

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Ивановский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Факультет подготовки медицинских кадров высшей квалификации**

**Кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья**

**Рабочая программа дисциплины  
«Общественное здоровье и здравоохранение»**

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.36 Кардиология

Направленность: Кардиология

Квалификация выпускника: врач – кардиолог

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.О.3

## ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.36 Кардиология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) с учётом профессионального стандарта 02.025 «Врач – кардиолог» и реализуется в образовательной программе ординатуры по специальности 31.08.36 Кардиология.

### 1. Цель освоения дисциплины

Целью освоения дисциплины является сформировать у обучающихся по программе ординатуры уровень знаний, умений и навыков по вопросам общественного здоровья и здравоохранения, необходимый для осуществления своей профессиональной деятельности.

### 2. Место дисциплины в структуре основной образовательной программы

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» относится к Обязательной части Блока 1 Дисциплины (модули) программы ординатуры, установленной Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры (ФГОС ВО) по специальности 31.08.36 Кардиология.

### 3. Планируемые результаты обучения по дисциплине

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

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.

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

Трудовая функция с кодом	Компетенции, обеспечивающие выполнение трудовой функции	
	индекс	содержание компетенции
Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала (А/06.8)	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.
	ОПК-9	Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

### 3.1. Паспорт компетенций, формируемых в процессе освоения рабочей программы дисциплины

Код трудовой функции	Индекс компетенции	Индекс и содержание индикаторов достижения компетенции
А/06.8	ОПК-2	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан. ОПК-2.2. Применяет основные принципы организации и управления в сфере оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
	ОПК-9	ОПК-9.1. Проводит анализ медико-статистической информации.

### 3.2. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенный с формируемыми компетенциями и индикаторами компетенций

В результате освоения дисциплины (модуля) обучающийся должен:

Индекс компетенции	Индекс индикатора достижения компетенции	Перечень знаний, умений навыков
ОПК-2	ОПК-2.1.	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии;</li> <li>- должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях кардиологического профиля;</li> <li>- систему и основные принципы организации здравоохранения;</li> <li>- основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;</li> <li>- основы управления коллективом в медицинской организации.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала;</li> <li>- применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения;</li> <li>- работать с законами, подзаконными нормативными актами, нормативно-методической литературой, регулирующими правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности;</li> <li>- адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализом особенностей организации медицин-</li> </ul>

		ской помощи с учетом специальности.
	ОПК-2.2.	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;</li> <li>- основные медико-статистические показатели, применяемые в оценке качества оказания медицинской помощи.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применять порядки медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи по специальности;</li> <li>- адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации;</li> <li>- применять критерии качества медицинской помощи и использовать современные методы оценки качества оказания медицинской помощи в своей практической деятельности;</li> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения контроля качества медицинской помощи</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современными методами оценки качества медицинской помощи.</li> </ul>
ОПК-9	ОПК-9.1.	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья;</li> <li>- группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения;</li> <li>- анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, факторы, определяющие общественное здоровье, и применять их в практической деятельности;</li> <li>- рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру;</li> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методиками расчета и анализа основных показателей здоровья;</li> <li>- методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности.</li> </ul>

**4.Общая трудоемкость дисциплины составляет 1 зачетную единицу, 36 академических часов.**

Общая трудоемкость		Количество часов					Форма контроля
в ЗЕ	в часах	Контактная работа			Внеаудиторная самостоятельная работа		
		Всего	Лекции	Семинары		Практические занятия	
1	36	24	2	12	10	12	Зачет

## **5. Учебная программа дисциплины**

### **5.1. Учебно-тематический план**

**Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций**

Наименование модулей дисциплины	Часы контактной работы			Всего часов контактной работы	Самостоятельная работа обучающегося	Итого часов	Формируемые компетенции			Формы текущего контроля успеваемости
	Лекции	семинары	практические занятия				ОПК-2.1	ОПК-2.2	ОПК-9.1	
<b>Модуль 1. Общественное здоровье</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>18</b>			+	<b>Т, ЗС, Р</b>
1.1. Современное состояние общественного здоровья, основные показатели	2	-	-	-	-	2			+	
1.2. Методологические основы изучения показателей здоровья населения	-	4	-	4	-	4			+	
1.3. Концепция факторов риска и ее практическое значение	-	-	-	-	3	3			+	
1.4. Социально-гигиенические методики сбора информации о показателях здоровья	-	3	-	-	-	3			+	
1.5. Методы медико-статистического анализа информации о показателях здоровья	-	-	3	-	-	3			+	
1.6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем	-	-	-	-	1	1			+	
1.7. Профилактика как система медицинских и социально-экономических мероприятий	-	-	-	-	2	2			+	

<b>Модуль 2. Организация и управление в здравоохранении</b>	-	5	7	12	6	18	+	+		<b>Т, ЗС, Р</b>
2.1. Современное состояние и перспективы развития российского здравоохранения.	-	5	-	5	-	5	+	+		
2.2. Организационно-правовые основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации	-	-	1	1	-	1	+	+		
2.3. Система медицинского законодательства	-	-	-	-	6	6	+	+		
2.4. Современные аспекты оценки качества медицинской помощи	-	-	3	3	-	3		+		
2.5. Методология внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности	-	-	3	3	-	3	+			
<b>ИТОГО:</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>12</b>	<b>36</b>				

**Список сокращений:** \_\_\_\_\_

- **Трудоёмкость** в учебно-тематическом плане указывается в академических часах.
- **Примерные формы текущего успеваемости** (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, КЛ – написание и защита кураторского листа, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада и др.

## **5.2.Содержание дисциплины**

### **Модуль 1. Общественное здоровье (18 часов)**

#### *Лекция 1.*

#### *Современное состояние общественного здоровья, основные показатели (2 часа)*

Общественное здоровье: современное состояние, показатели, важнейшие группы факторов их определяющих, влияние на показатели сложившихся политических, социально-экономических установок в современном обществе. Источники информации о здоровье населения. Роль медико-социальных исследований в анализе общественного здоровья. Прогнозирование и направленное влияние на здоровье, управление общественным здоровьем. Современные медико-социальные проблемы здоровья населения России и зарубежных стран.

#### *Семинар 1.*

#### *Методологические основы изучения показателей здоровья населения (4 часа)*

Методы учета, сбора информации, анализа и оценки состояния здоровья населения (общественного здоровья); источники информации, измерители. Методика изучения состояния здоровья индивидуума, семьи, населения или его отдельных групп в конкретной ситуации. Методы изучения заболеваемости, их сравнительная характеристика. Значение комплексного подхода к изучению заболеваемости населения. Основные тенденции в состоянии здоровья населения России, проблемы здоровья населения мира. Факторы, определяющие общественное здоровье. Факторы риска нарушения здоровья и методика их изучения. Основные группы факторов риска: социально-экономические, социально-биологические, социально-гигиенические, экологические, медико-организационные. Основные факторы риска нарушения здоровья и их характеристика: повышенное артериальное давление, курение, алкоголизм, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, несбалансированное питание, низкая физическая активность.

#### *Самостоятельная работа. Тема 1.*

#### *Профилактика как система медицинских и социально-экономических мероприятий (3 часа)*

Современные методы и средства профилактики. Виды профилактики, их организационные особенности. Уровни воздействия, формы и методы укрепления здоровья и профилактики нарушений в состоянии здоровья населения. Особенности профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний. Основные нормативно-правовые документы, регламентирующие профилактическую деятельность. Федеральные целевые программы в области укрепления здоровья и совершенствования профилактической медицины. Центры здоровья и медицинской профилактики: задачи, структура, организация работы. Критерии эффективности профилактических мероприятий. Региональные программы укрепления здоровья населения.

Значение образа жизни в формировании здоровья населения. Основные направления государственной политики по формированию здорового образа жизни у граждан. Мероприятия, направленные на информирование граждан о факторах риска для их здоровья, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни и создание условий для ведения здорового образа жизни, в том числе для занятий физической культурой и спортом. Формы и методы пропаганды здорового образа жизни в медицинских учреждениях. Характеристика основных методов пропаганды здорового образа жизни: устный, печатный, изобразительный, смешанный. Основные разделы методической работы в медицинских организациях.

#### *Семинар 2.*

#### *Социально-гигиенические методика сбора информации о показателях здоровья (3 часа)*

Методология сбора медико-социологической информации. Особенности наблюдения медико-социальных явлений. Структурные компоненты исследования, разработка общей концепции, принципы выбора методов для сбора медико-социологической информации.



Методы медико-социального исследования. Общая характеристика методов. Организация сбора медико-социологической информации. Метод анализа документов. Приемы определения достоверности сведений, содержащихся в документах. Качественный анализ документов. Контент-анализ. Определение, особенности и возможности метода опроса. Интервью как метод опроса: виды, особенности процедуры. Анкетирование как метод опроса: виды, конструкция и содержание вопросов. Основные требования к вопросам о фактических событиях. Виды вопросов. Смысловые разделы анкеты. Типичные недостатки анкет. Анализ ответов на вопросы анкеты. Специализированные виды опросов. Экспертный опрос: сущность, принципы. Отбор экспертов для проведения опроса. Метод Дельфи. Метод фокус-группы: сущность, принципы, подбор группы, сценарии, методика подбора вопросов. Социометрический опрос: сущность, подбор группы и места проведения.

*Практическое занятие 1.*

Методы медико-статистического анализа информации о показателях здоровья (3 часа).

Методы статистического анализа общественного здоровья и здравоохранения. Обобщающие показатели (относительные и средние величины). Графические изображения в статистике. Методы сравнения различных статистических совокупностей, Значение в работе врача.

*Самостоятельная работа. Тема 2.*

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (1 час).

Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: понятие, назначение. История возникновения. Современные подходы к разработке и утверждению. Структура, принципы построения и особенности Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10). Проблемы практического применения МКБ-10.

*Самостоятельная работа. Тема 3.*

Качество жизни, связанное со здоровьем (2 часа)

Понятия условий жизни, образа жизни, стиля жизни, уровня жизни. Понятие качества жизни и качества жизни, связанного со здоровьем. Методика изучения и оценки качества жизни, связанного со здоровьем. Общие и специальные опросники: понятие, технология составления. Характеристика наиболее известных опросников. Изучение качества жизни в клинических исследованиях. Проблемы оценки качества жизни, связанного со здоровьем.

## **Модуль 2. Организация и управление в здравоохранении (18 часов)**

*Семинар 3.*

Современное состояние и перспективы развития российского здравоохранения. (5 часов)

Современное состояние и перспективы развития российского здравоохранения. Основные задачи здравоохранения на современном этапе развития общества. Стратегические подходы к организации системы здравоохранения. Проблемы реформирования в связи с изменениями в системе медицинского и социального страхования. Изменение системы управления здравоохранением на федеральном и региональном уровне. Изменение финансового и планово-экономического механизма в здравоохранении. Принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях

*Практическое занятие 2.*

Организационно-правовые основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации (1 час)

Конституция Российской Федерации, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» – нормативно-правовые акты, создающие правовую основу охраны здоровья

граждан в Российской Федерации. Понятие конституционных прав, свобод и обязанностей человека и гражданина в сфере охраны здоровья. Правовые основы реализации государственной политики в сфере охраны здоровья населения России. Основные принципы охраны здоровья граждан и пути их реализации.

*Самостоятельная работа. Тема 4.*

Система медицинского законодательства (3 часа).

Аналитический обзор действующего федерального законодательства в сфере охраны здоровья граждан. Система подзаконных нормативно-правовых актов в области здравоохранения. Состояние регионального законодательства в сфере охраны здоровья граждан. Перспективы развития медицинского законодательства.

*Практическое занятие 3.*

Современные аспекты оценки качества медицинской помощи (3 часа)

Качество медицинской помощи как объект экспертизы. Компоненты, свойства и индикаторы качества медицинской помощи. Критерии медицинской помощи надлежащего качества. Значимость метода экспертных оценок в процессе управления современным здравоохранением. Направления использования экспертных методов в здравоохранении.

*Практическое занятие 4.*

Методология внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (3 часа).

Нормативно-правовая база внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Организационные основы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи. Система внутреннего контроля за организацией, проведением лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности. Методика осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с использованием основных медико-статистических показателей. Структура, полномочия и организация деятельности врачебной комиссии медицинской организации. Функции лечащего врача в оценке качества медицинской помощи.

*Самостоятельная работа. Тема 5.*

Клинико-экспертная работа в медицинской организации (3 часа).

Основные формы организации клинико-экспертной работы. Основные направления работы врачебной комиссии медицинской организации. Экспертная оценка качества и эффективности лечебно-диагностического процесса. Контроль за организацией экспертизы временной нетрудоспособности в медицинской организации. Контроль за назначением и обеспечением отдельных категорий граждан РФ лекарственными средствами и предметами медицинского назначения. Контроль организации и проведения врачами экспертной работы. Правовая регламентация экспертной деятельности медицинских работников. Аналитический обзор нормативно-правовых актов, регламентирующих экспертную деятельность. Права и обязанности медицинских работников, осуществляющих экспертную работу в медицинских организациях. Значение локального регулирования клинико-экспертной работы. Порядок разработки и содержание Положения о клинико-экспертной работе в медицинской организации.

### 5.3. Тематический план лекционного курса

Раздела, темы	Название темы	Часы
1.1.	<b>Современное состояние общественного здоровья, основные показатели.</b> Общественное здоровье: современное состояние, показатели, важнейшие группы факторов их определяющих, влияние на показатели сложившихся политических, социально-экономических установок в современном обществе. Источники информации о здоровье населения. Роль медико-социальных исследований в анализе общественного здоровья. Прогнозирование и направленное влияние на здоровье, управление общественным здоровьем. Современные медико-социальные проблемы здоровья населения России и зарубежных стран.	2
Итого		2

### 5.4. Тематический план семинаров

Раздела, темы	Название темы	Часы
	<b>Модуль 1</b>	
1.1.	<b>Методологические основы изучения показателей здоровья населения</b> Методы учета, сбора информации, анализа и оценки состояния здоровья населения (общественного здоровья); источники информации, измерители. Методика изучения состояния здоровья индивидуума, семьи, населения или его отдельных групп в конкретной ситуации. Методы изучения заболеваемости, их сравнительная характеристика. Значение комплексного подхода к изучению заболеваемости населения. Основные тенденции в состоянии здоровья населения России, проблемы здоровья населения мира. Факторы, определяющие общественное здоровье. Факторы риска нарушения здоровья и методика их изучения. Основные группы риска: социально-экономические, социально-биологические, социально-гигиенические, экологические, медико-организационные. Основные факторы риска нарушения здоровья и их характеристика: повышенное артериальное давление, курение, алкоголизм, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела, несбалансированное питание, низкая физическая активность.	4

1.2.	<b>Социально-гигиенические методики сбора информации о показателях здоровья</b> Методология сбора медико-социологической информации. Особенности наблюдения медико-социальных явлений. Структурные компоненты исследования, разработка общей концепции, принципы выбора методов для сбора медико-социологической информации. Методы медико-социального исследования. Общая характеристика методов. Организация сбора медико-социологической информации. Метод анализа документов. Приемы определения достоверности сведений, содержащихся в документах. Качественный анализ документов. Контент-анализ. Определение, особенности и возможности метода опроса. Интервью как метод опроса: виды, особенности процедуры. Анкетирование как метод опроса: виды, конструкция и содержание вопросов. Основные требования к вопросам о фактических событиях. Виды вопросов. Смысловые разделы анкеты. Типичные недостатки анкет. Анализ ответов на вопросы анкеты. Специализированные виды опросов. Экспертный опрос: сущность, принципы. Отбор экспертов для проведения опроса. Метод Дельфи. Метод фокус-группы: сущность, принципы, подбор группы, сценарии, методика подбора вопросов. Социометрический опрос: сущность, подбор группы и места проведения.	3
	<b>Модуль 2</b>	
2.3	<b>Современное состояние и перспективы развития российского здравоохранения</b> Современное состояние и перспективы развития российского здравоохранения. Основные задачи здравоохранения на современном этапе развития общества. Стратегические подходы к организации системы здравоохранения. Проблемы реформирования в связи с изменениями в системе медицинского и социального страхования. Изменение системы управления здравоохранением на федеральном и региональном уровне. Изменение финансового и планово-экономического механизма в здравоохранении. Принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях	5
Итого		12

### 5.5. Тематический план практических занятий

Раздела, темы	Название темы	Часы
	<b>Модуль 1</b>	
1.1.	<b>Методы медико-статистического анализа информации о показателях здоровья</b> Методы статистического анализа общественного здоровья и здравоохранения. Обобщающие показатели (относительные и средние величины). Графические изображения в статистике. Методы сравнения различных статистических совокупностей, Стандартизация как метод сравнения неоднородных статистических совокупностей. Значение в работе врача.	3
	<b>Модуль 2</b>	

2.2.	<b>Организационно-правовые основы охраны здоровья граждан в Российской Федерации</b> Конституция Российской Федерации, Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан» – нормативно-правовые акты, создающие правовую основу охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Понятие конституционных прав, свобод и обязанностей человека и гражданина в сфере охраны здоровья. Правовые основы реализации государственной политики в сфере охраны здоровья населения России. Основные принципы охраны здоровья граждан и пути их реализации	1
2.3.	<b>Современные аспекты оценки качества медицинской помощи</b> Качество медицинской помощи как объект экспертизы. Компоненты, свойства и индикаторы качества медицинской помощи. Критерии медицинской помощи надлежащего качества. Значимость метода экспертных оценок в процессе управления современным здравоохранением. Направления использования экспертных методов в здравоохранении. Методика расчета показателей качества медицинской помощи: показатель качества структуры медицинских учреждений, уровень качества медицинской помощи, коэффициент достижения результатов по модели конечных результатов, интегральный коэффициент эффективности, комплексная оценка деятельности медицинской организации	3
2.4.	<b>Методология внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности</b> Нормативно-правовая база внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Организационные основы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи. Система внутреннего контроля за организацией, проведением лечебно-диагностического процесса и экспертизы временной нетрудоспособности. Методика осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности с использованием основных медико-статистических показателей. Структура, полномочия и организация деятельности врачебной комиссии медицинской организации. Функции лечащего врача в оценке качества медицинской помощи.	3
Итого		10

#### **5.6. Образовательные технологии, в том числе перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине**

Для успешного освоения дисциплины «Коммуникации» в программе курса используются как традиционные, так и инновационные образовательные технологии: решение учебных кейсов, деловая игра, мозговой штурм, метод малых групп, решение ситуационных задач, учебно-исследовательская работа.

Интерактивные формы обучения составляют 80 % от общего числа используемых образовательных технологий. Занятия проходят в форме ролевых игр, решений ситуационных задач и учебных кейсов. Дидактическая ценность перечисленных методов заключается в создании условий для активизации творческой деятельности ординаторов, возможности использования теоретических знаний для решения конкретных задач, развития коммуникативных навыков, формирования системного мышления, развития способности к критическому мышлению и оценке, как собственной деятельности, так и деятельности коллег. Обучающиеся выполняют учебно-исследовательскую работу, которая затрагивает наиболее интересные темы дисциплины.

## **6. Формы контроля. Оценочные средства для контроля уровня сформированности компетенций (текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация)**

**6.1. Текущий контроль** успеваемости на занятиях проводится в форме устного опроса, собеседования, тестирования, решения ситуационных задач, разбора клинических ситуаций, оценки усвоения практических навыков, написание и защита реферата, доклада.

**6.2. Промежуточная аттестация** - в форме зачета по модулю дисциплины на последнем занятии, который проводится в два этапа: тестирование и решение ситуационной задачи.

### **6.3. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации**

Оценочными средствами для текущего контроля успеваемости являются: тестовые задания и ситуационные задачи.

Оценочные средства для промежуточной аттестации представлены в Приложении 1 к рабочей программе.

## **7. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине**

### **Формы организации СРО:**

- Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе) с использованием учебных пособий и методических разработок кафедры, а также электронных учебных пособий;

- Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом. На самостоятельное изучение вынесены следующие темы:

Тема 1. Профилактика как система медицинских и социально-экономических мероприятий  
Тема 2. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем

Тема 3. Качество жизни, связанное со здоровьем

Тема 4. Система медицинского законодательства

Тема 5. Клинико-экспертная работа в медицинской организации

- подготовка рефератов и докладов по предложенной тематике, которые заслушиваются либо на практическом занятии (если тема доклада и занятия совпадают)

- выполнение НИРС по актуальным вопросам теоретической и практической медицины с оформлением результатов в виде печатных работ и выступлений на заседаниях СНК кафедры и конференциях СНО.

- подготовка учебных схем, таблиц, слайдов, учебных видеофильмов;

- работа в компьютерном классе с обучающей и/или контролирующей программой;

- работа с учебной и научной литературой

- участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.

Контроль самостоятельного изучения тем осуществляется на практических занятиях с использованием тестовых заданий, контрольных вопросов, ситуационных задач, а также в ходе промежуточной аттестации;

На кафедре для самостоятельной работы в аудиторное и внеаудиторное время созданы и постоянно обновляются методические разработки по всем темам рабочей учебной программы дисциплины (представлены в УМКД).

## **8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ:**

## 8.1. Перечень литературы, необходимой для освоения дисциплины

1. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник : для системы послевузовского профессионального образования врачей по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение" : [гриф] / О. П. Щепин, В. А. Медик ; М-во образования и науки РФ, ФГУ Федер. ин-т развития образования. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 591 с. : граф., табл. - (Послевузовское образование). – Текст : непосредственный.  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970422168.html>  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970422168.html>
2. Медик, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение : руководство к практическим занятиям : учебное пособие для использования в учебном процессе образовательных организаций, реализующих программы высшего образования по специальностям 31.05.01 "Лечебное дело", 31.05.02 "Педиатрия", 31.05.03 "Стоматология" / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 452 с. – Текст : непосредственный.  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442913.html>
3. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Элланский Ю.Г. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с. - Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450338.html>
4. ВИЧ-инфекция и СПИД : клинические рекомендации / под ред. В. В. Покровского. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. - (Серия "Клинические рекомендации"). - - Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448694.html>
5. Герасимов А.Н. Медицинская статистика : учебное пособие для медицинских вузов : [гриф] УМО / А.Н. Герасимов. – М. : Медицинское информационное агентство, 2007. – Текст : непосредственный.
6. Здоровье населения – основа развития здравоохранения / О.П. Щепин [и др.] / под ред. О.П. Щепина. – М., 2009. – 375 с. – Текст : непосредственный.
7. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения / [Г.А. Александрова и др.] ; под ред. О.П. Щепина, В.А. Медика. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 376 с. – Текст : непосредственный.  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970417126.html>  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417126.html>
8. Медицина, основанная на доказательствах : учебное пособие для последипломного образования врачей : [гриф] ММА им. И.М. Сеченова / Ш.Е. Страус [и др.] ; пер с англ. под ред. В.В. Власова, К.И. Сайткулова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 309 с. - Текст : непосредственный.
9. Медицинская профилактика. Современные технологии : руководство / [Г.П. Сквирская и др.]; под ред. А.И. Вялкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 231 с. - Текст : непосредственный.

10. Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для студентов мед. вузов : [гриф] УМО / В. З. Кучеренко [и др.] ; под ред. В. З. Кучеренко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 245 с. - Текст : непосредственный.  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419151.html>
11. Правоведение : учебное пособие : для студентов, обучающихся по специальностям высшего профессионального образования группы "Здравоохранение" : [гриф] УМО / В. В. Сергеев [и др.] ; рец.: В. И. Бахметьев, С. В. Ерофеев, А. В. Малько. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 400 с. – Текст : непосредственный.  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430156.html>  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430156.html>
12. Медицинское право : учебное пособие / Сашко С.Ю., Кочорова Л.В. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 352 с. – Текст : непосредственный.  
То же. - 2011. - Текст : электронный // ЭБС Консультант врача. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970418451.html>  
То же. – Текст : электронный // ЭБС Консультант студента. – URL: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970418451.html>
13. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : практикум : учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицин, А. В. Прохорова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 144 с. – Текст : непосредственный.
14. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины. Руководство к практическим занятиям : учеб. пособие / под ред. В.И. Покровского, Н.И. Брико. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 400 с. – Текст : непосредственный.

#### **Базы данных, архивы которых доступны с персональной регистрацией**

• Научная электронная библиотека, Российский индекс научного цитирования;

- Электронный каталог ИвГМУ;
- Электронная библиотека ИвГМУ.

#### **Базы данных, архивы которых доступны по подписке ИвГМУ**

- ЭБС Консультант студента;
- ЭБС Консультант врача;
- Scopus;
- Web of science;
- Elsevier;
- SpringerNature.

#### **Комплект лицензионного программного обеспечения**

1. Microsoft Office
2. Microsoft Windows
3. КонсультантПлюс



## **8. Материально-техническое обеспечение дисциплины:**

Кабинеты: кафедра организации здравоохранения и общественного здоровья ИПО располагается в главном здании академии по адресу: г. Иваново, Шереметевский пр., д.8 (корпус А, 3-1 этаж)

Кабинет зав. кафедрой, преподавательская, 3 учебные комнаты, конференц-зал ученого совета (ком.109) для лекций

**Лаборатории:** нет

**Мебель:** учебные столы, стулья, шкафы.

**Тренажеры, тренажерные комплексы, фантомы, муляжи:** нет.

**Медицинское оборудование** (для отработки практических навыков): нет.

**Аппаратура, приборы:** нет.

**Технические средства обучения** (персональные компьютеры с выходом в Интернет, мультимедиа, аудио- и видеотехника): персональный компьютер – 3 шт., в том числе с выходом в Интернет – 1 шт., ноутбук – 2 шт., мобильный персональный компьютер - 1 шт., мультимедийный проектор – 2 шт., копировальный аппарат – 1 шт., оверхед – 1 шт.

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Ивановская государственная медицинская академия»**

**Институт последипломного образования**

Кафедра (*наименование*)

**Приложение 1**

**к рабочей программе дисциплины**

**Фонд оценочных средств**  
**для проведения промежуточной аттестации по дисциплине**  
*Общественное здоровье и здравоохранение*

Уровень высшего образования: подготовка кадров высшей квалификации

Тип образовательной программы: программа ординатуры

Направление подготовки (специальность): 31.08.36 Кардиология

Направленность: Кардиология

Квалификация выпускника: врач – кардиолог

Форма обучения: очная

Срок освоения образовательной программы: 2 года

Код дисциплины: Б1.О.3

## 1. Паспорт ФОС по дисциплине

### 1.1. Компетенции, формированию которых способствует дисциплина (модуль)

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикаторов достижения компетенций	Этапы формирования
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.	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан.	1 год обучения
	ОПК-2.2. Применяет основные принципы организации и управления в сфере оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	1 год обучения
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	ОПК-9.1. Проводит анализ медико-статистической информации.	1 год обучения

### 1.2. Программа оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Код компетенции	Коды индикаторов компетенций	Контролируемые результаты обучения	Виды контрольных заданий (оценочных средств)	Аттестационное испытание, время и способы его проведения
ОПК-2.	ОПК-2.1.	<b>Знать:</b> - требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии; - должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях кардиологического профиля; - систему и основные принципы организации здравоохранения; - основные принципы управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;	Комплекты: 1. тестовых заданий 2. практико-ориентированных заданий	Зачет, 1 год обучения

		<p>- основы управления коллективом в медицинской организации.</p> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала;</li> <li>- применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения;</li> <li>- работать с законами, подзаконными нормативными актами, нормативно-методической литературой, регулирующими правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности;</li> <li>- адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности.</li> </ul>		
	ОПК-2.2.	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современную систему контроля качества медицинской помощи, функции врача-специалиста в оценке качества медицинской помощи в сфере внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;</li> <li>- основные медико-статистические показатели, применяемые в оценке качества оказания медицинской помощи.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применять порядки медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи по специальности;</li> <li>- адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации;</li> <li>- применять критерии качества медицинской помощи и исполь-</li> </ul>		

		<p>зовать современные методы оценки качества оказания медицинской помощи в своей практической деятельности;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения контроля качества медицинской помощи</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современными методами оценки качества медицинской помощи.</li> </ul>		
ОПК-9	ОПК-9.1.	<p><b>Знать:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- основные социально-гигиенические методики сбора и анализа информации о показателях общественного здоровья;</li> <li>- группы показателей общественного здоровья, используемые при проведении медико-статистического анализа.</li> </ul> <p><b>Уметь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения;</li> <li>- анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, факторы, определяющие общественное здоровье, и применять их в практической деятельности;</li> <li>- рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру;</li> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа.</li> </ul> <p><b>Владеть:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методиками расчета и анализа основных показателей здоровья;</li> <li>- методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности.</li> </ul>		

## 2. Оценочные средства

### 2.1. Оценочное средство: комплект тестовых заданий

### 2.1.1. Содержание

**Вариант тестовых заданий с инструкцией по выполнению для ординаторов, эталонами ответов и оценочными рубриками для каждого задания:**

#### **Блок 1. Общественное здоровье**

Контроль ОПК-9 (ОПК-9.1)

Выберите один правильный ответ

*Основными группами показателей общественного здоровья являются:*

1. только показатели заболеваемости и инвалидности;
2. только демографические показатели;
3. только демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности;
- 4. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития;**
5. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития, обращаемости за медицинской помощью.

*Основными источниками информации о здоровье населения являются:*

- 1. официальные статистические материалы о смертности и рождаемости;**
2. данные страховых компаний;
3. данные анонимного опроса населения;
4. данные мониторинга посещений населением медицинских организаций по поводу заболеваний и травм;
5. все вышеперечисленное.

*Показатель общей заболеваемости характеризует:*

1. удельный вес того или иного заболевания среди населения;
2. степень изменения уровня заболеваемости во времени;
3. исчерпанная заболеваемость населения;
- 4. распространенность заболеваний среди населения;**
5. распространенность социально значимых заболеваний.

*Убедительность рекомендаций о целесообразности использования медицинских технологий относится к категории А, если они подтверждены результатами:*

- 1. крупных рандомизированных исследований с однозначными результатами и минимальной вероятностью ошибки;**
2. небольших рандомизированных исследований с противоречивыми результатами и средней вероятностью ошибки;
3. нерандомизированных проспективных контролируемых исследований;
4. нерандомизированных ретроспективных контролируемых исследований; неконтролируемых исследований.

*Основное различие между аналитическим и экспериментальным исследованием заключается в том, что в эксперименте:*

1. контрольная и основная группа одинаковы по численности единиц наблюдения;
2. используется проспективное, а не ретроспективное наблюдение;
3. контрольная и основная группа подбираются методом “копи - пар”;
- 4. исследователь определяет, кто будет подвергаться воздействию этиологического фактора, а кто нет;**
5. обязательно используется контрольная группа для сравнения.

#### **Блок 2. Организация здравоохранения**

Контроль ОПК-2 (ОПК-2.1, ОПК-2.2)

Выберите один правильный ответ

*Порядки и стандарты оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации разрабатываются и утверждаются на уровне:*

- 1. федеральном;**
2. региональном;
3. областном;
4. муниципальном;
5. медицинской организации.

*Медицинская помощь в экстренной форме оказывается безотлагательно и безвозмездно:*

- 1. в любой медицинской организацией независимо от организационно-правовой формы;**
2. только государственными учреждениями здравоохранения;
3. только медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию;
4. только специализированными медицинскими организациями;
5. медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь.

*Отказ от медицинского вмешательства в соответствии с законом:*

1. может быть принят в устной форме;
2. должен быть оформлен записью врача с визой заведующего отделением;
- 3. должен быть оформлен записью в медицинской документации, подписан врачом и пациентом;**
4. законом оформление отказа не регламентировано;
5. законом отказ от медицинского вмешательства не допускается.

*Нормативным документом, определяющим правовой статус лечащего врача, является:*

1. коллективный договор, заключенный между работодателем и коллективом работников медицинской организации;
2. правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации;
3. Трудовой кодекс Российской Федерации;
- 4. Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";**
5. Федеральный закон №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании".

*Территориальная программа государственных гарантий устанавливает:*

- 1. объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;**
2. оценка эффективности использования государственных средств, выделенных на закупку отдельных видов медицинского оборудования;
3. порядок независимой оценки качества медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС;
4. оценку эффективности использования медицинского оборудования, используемого при оказании медицинских услуг в системе ОМС;
5. все вышеперечисленное.

*Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет:*

1. не допускаются к осуществлению медицинской деятельности;

2. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка);
- 3. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации специалиста;**
4. могут осуществлять медицинскую деятельность без каких-либо дополнительных условий;
5. законодательством данная ситуация не урегулирована.

*Понятие «качество медицинской помощи» включает в себя следующие характеристики:*

1. только своевременность оказания медицинской помощи;
2. только правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
3. только степень достижения запланированного результата;
- 4. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;**
5. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, рациональное использование финансовых и материальных средств.

*Целевые значения критериев доступности медицинской помощи установлены:*

1. Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральным законом №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Приказом Федерального фонда ОМС;
4. Приказом Территориального фонда ОМС;
- 5. Территориальной программой государственных гарантий.**

*Какой из нижеперечисленных критериев качества медицинской помощи, установленной Программой государственных гарантий, указан ошибочно:*

1. удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
2. смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
3. материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми);
4. младенческая смертность, в том числе в городской и сельской местности (на 1000 человек, родившихся живыми);
- 5. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей.**

*Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:*

1. только государственный контроль;
2. только государственный и ведомственный контроль;
- 3. государственный, ведомственный и внутренний контроль;**
4. государственный, ведомственный, внутренний и судебный контроль;



5. государственный, ведомственный, внутренний и личный контроль.

*Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности функционирует:*

1. на территории Российской Федерации;
2. на территории субъекта Российской Федерации;
3. только в медицинских организациях государственной системы здравоохранения;
4. только в медицинских организациях частной системы здравоохранения;
- 5. в любых медицинских организациях всех форм собственности и ведомственной подчиненности.**

*В случае выявления нарушения при оказании медицинской помощи в ходе экспертизы качества медицинской помощи, осуществляемой экспертами страховых медицинских организаций:*

1. штрафуются главный врач медицинской организации;
2. штрафуются лечащий врач, допустивший выявленные нарушения;
- 3. предъявляются финансовые санкции к медицинской организации;**
4. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности главного врача;
5. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности лечащего врача.

### **2.1.2. Критерии и шкала оценки**

Отметка «зачтено» на этапе тестирования выставляется, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. При доле правильных ответов менее 71% ординатор на следующий этап зачета не допускается.

### **2.1.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:**

Компьютерный тест проводится на заключительном занятии цикла. Имеются 2 варианта тестов по 50 вопросов. Продолжительность тестирования – 60 минут. На каждый вопрос необходимо дать один правильный ответ. Тестовый контроль считается успешно пройденным, когда доля правильных ответов составляет не менее 71%. В случае не сдачи зачета ординатор должен пересдать тест до достижения результата не менее 71% правильных ответов. График отработок теста вывешивается на кафедре заранее.

**2.2. Оценочное средство:** комплект практико-ориентированных заданий.

### 2.2.1. Содержание

**Вариант практико-ориентированных заданий для оценки практических навыков с инструкцией по выполнению для студентов и оценочными рубриками для каждого задания:**

#### **Блок 1. Общественное здоровье** ОПК-9 (ОПК-9.1)

##### **Практико-ориентированное задание № 1**

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности в г. N в 2017-м году были получены следующие данные:

1. Болезни системы кровообращения	-	8,5%
2. Болезни органов дыхания	-	38,3%
3. Болезни органов пищеварения	-	6,3%
4. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	-	13,2%
5. Травмы и отравления	-	11,0%
6. Прочие	-	22,7%
Все причины	-	100,0%

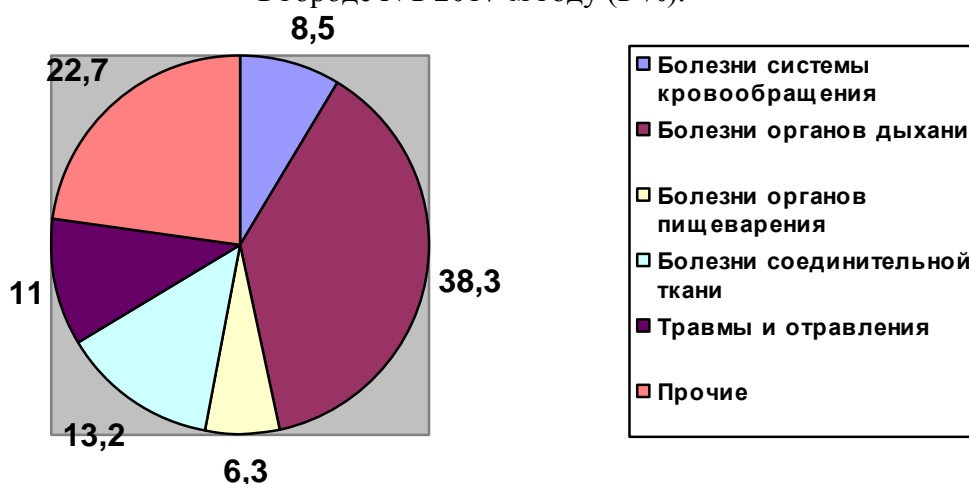
К какой группе показателей относятся указанные данные? Представленные данные проиллюстрируйте графическим изображением и дайте их анализ.

##### **Эталон ответа**

Представленные данные относятся к группе экстенсивных показателей. Эти показатели отражают структуру явления, удельный вес части явления в целом. Графически могут быть проиллюстрированы следующим образом:

Рисунок 1.

Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности в городе N в 2017-м году (в %).



При оформлении диаграммы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Для иллюстрации данных необходимо выбрать секторную диаграмму.
2. Рисунок должен иметь номер.
3. Рисунок должен иметь название, в котором отражаются суть представленных данных, место и время. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
4. Данные представляются в масштабе и должны иметь цифровые обозначения.

5. Секторы диаграммы должны иметь различную штриховку. Рядом с диаграммой размещается легенда (условные обозначения).

### Практико-ориентированное задание № 2

Составьте макет комбинационной таблицы, которая отражает структуру нарушений различных прав пациента в медицинских учреждениях города N в 2017-м г., а также особенности этой структуры в учреждениях различного вида (амбулаторно-поликлинических и стационарных) и формы собственности (государственных, муниципальных, частных).

#### Эталон ответа

Комбинационная таблица позволяет проводить углубленный анализ полученных статистических данных. В ней каждому статистическому подлежащему соответствует два или более статистических сказуемых, связанных друг с другом. Макет таблицы может выглядеть следующим образом:

Таблица 1.

Структура нарушений различных прав пациента  
в медицинских учреждениях города N в 2017-м году (в %).

№ п/п	Наименование прав пациента	Амбулаторно-поликлинические орг.			Стационары		
		Государств. областные	Государств. федеральн.	Частные	Государств. областные	Государств. федеральн.	Частные
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Право на выбор врача						
2.	Право на отказ от медицинского вмешательства						
3.	Право на информацию о состоянии здоровья						
4.	Прочие права пациента						
Всех нарушений:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При оформлении таблицы должны быть соблюдены следующие правила:

1. Таблица должна иметь номер.
2. Таблица должна иметь название, в котором отражается суть представленных данных, а также пространственные и временные характеристики объекта исследования. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
3. Макет таблицы должен быть замкнутый.
4. Строки и графы в таблице должны быть пронумерованы.
5. Должны выделяться итоговые строки и графы. Для их обозначения, по возможности, следует избегать малоинформативных названий «Всего» и «Итого».

### Практико-ориентированное задание № 3

Рассчитайте показатели структуры и уровней заболеваемости по данным обращаемости в медицинские учреждения населения города А (численность населения 20 тысяч человек) и города В (численность населения 200 тысяч человек) в 2017 г., используя следующие данные:

Класс заболеваний	Абсолютное число обращений (город А)	Абсолютное число обращений (город В)
1. Болезни органов кровообращения	3 000	32 000

2. Болезни органов дыхания	4 000	64 000
3. Болезни органов пищеварения	1 000	24 000
4. Прочие	2 000	40 000
Всех обращений:	10 000	160 000

Используя полученные данные, укажите, в каком городе более распространены болезни сердечно-сосудистой системы?

#### Эталон ответа

При расчете показателей структуры заболеваемости (экстенсивных показателей) слушатели принимают за 100% общее количество обращений за медицинской помощью, и решая пропорцию определяют долю обращений по каждому из классов заболеваний.

Для определения уровней заболеваемости (интенсивных показателей) слушатели соотносят общее количество обращений, а также обращений по каждому классу заболеваний с численностью населения соответствующего города, а затем проводят перерасчет на 1000 населения.

В итоге слушателем должны быть получены следующие результаты:

Класс заболеваний	Город А		Город В	
	Структура заболеваемости (в %)	Уровни заболеваемости (в ‰)	Структура заболеваемости (в %)	Уровни заболеваемости (в ‰)
1. Болезни органов кровообращения	30	150	20	160
2. Болезни органов дыхания	40	200	40	320
3. Болезни органов пищеварения	10	50	15	120
4. Прочие	20	100	25	200
Всего:	100	500	100	800

Болезни органов кровообращения более распространены в городе В (160 на 1000 населения против 150 на 1000 населения в городе А). Суждение о большей распространенности болезней органов кровообращения в городе А (на основании сравнения соответствующих долей в структуре заболеваемости по обращаемости) будет являться ошибкой.

## Блок 2. Организация здравоохранения

### ОПК-2 (ОПК-2.1, ОПК-2.2)

#### Практико-ориентированное задание № 1

Врач-стоматолог В. осуществлял частный прием пациентов на основании имеющегося у него сертификата специалиста и лицензии на соответствующий вид медицинской деятельности. Кроме него в кабинете осуществлял прием, осмотр, назначал лечение его сын, студент 4-го курса медицинского вуза. Однако, на основании проверки по поводу поступившей жалобы одного из пациентов, лечившегося у студента, на его непрофессионализм, решением лицензионной комиссии лицензия была аннулирована.

Укажите порядок аннулирования лицензии на осуществление медицинской деятельности. Оцените данную ситуацию с учетом требований, предъявляемых к лицензированию медицинской деятельности.

#### **Эталон ответа**

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензирующие органы осуществляют плановые и внеплановые проверки соблюдения лицензионных требований и условий. Поводом для внеплановой проверки может быть жалоба (обращение) пациента. В данной ситуации медицинскую помощь осуществляло лицо (студент 4-го курса), не имеющий право на её осуществление (отсутствует диплом врача и сертификат по специальности «урология»). Данное нарушение в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации «О лицензировании медицинской деятельности...» является грубым нарушением лицензионных требований и условий, за которое предусмотрена административная ответственность по ст.14.1 КоАП РФ, в том числе, приостановление действия лицензии. При выявлении грубых нарушений лицензионных требований и условий лицензирующие органы выдают предписание об устранении нарушений в определенный срок, а также вправе составить протокол об административном правонарушении, который передается в течение 3-х суток в суд для вынесения решения. В любом случае вопрос об аннулировании лицензии принимается судом, а не лицензирующим органом.

#### **Практико-ориентированное задание № 2**

Преподаватель медицинского вуза, входящий в реестр внештатных экспертов территориального фонда обязательного медицинского страхования, обратился к заведующему отделением с просьбой предоставить необходимую документацию для проведения углубленной экспертизы случая оказания медицинской помощи по просьбе родственников пациента. Администрация данного медицинского учреждения отказала в предоставлении медицинской документации.

Правомерны ли действия администрации медицинского учреждения?

#### **Эталон ответа**

В данной ситуации, прежде всего, необходимо установить полномочия родственников представлять интересы пациента. Если пациент старше 15 лет и является дееспособным, то все юридически значимые действия в отношении оказанной ему медицинской помощи совершаются им лично. В соответствии со статьей 13 Федерального закона Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 указанной статьи. Так, в соответствии с частью 3 указанной статьи допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам с письменного согласия пациента. В соответствии с частью 4 указанной статьи допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ.

Таким образом, родственники пациента могут представлять его интересы, в том числе запрашивать информацию по медицинской документации, при наличии письменного согласия или доверенности со стороны пациента.

Одним из прав пациента является его право на ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также на получение на основании такой документации консультации у других специалистов (ч.4 ст.22 ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В соответствии с ч.5 ст.22 ФЗ №323-ФЗ пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

Таким образом, для получения консультации (в том числе по качеству оказанной помощи) пациент либо его представители по доверенности должны обратиться с письменным заявлением к администрации медицинской организации о предоставлении им медицинской документации (копий и выписок).

Кроме того, действующее законодательство предусматривает проведение экспертизы качества медицинской помощи внештатным экспертом в рамках обязательного медицинского страхования. Поводом для внеплановой проверки может служить, в том числе, жалоба застрахованного. В этом случае страховой медицинской организацией назначается эксперт из реестра, запрашиваются медицинские документы для проведения указанным экспертом экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). Результаты ЭКМП в этом случае по просьбе застрахованного могут быть доведены до его сведения.

Таким образом, действия администрации правомерны. Пациент или его родственники (при наличии письменной доверенности) вправе лично обратиться с письменным заявлением к администрации медицинской организации о предоставлении медицинской документации (копий, выписок) и затем получить по ней необходимую ему (им) консультацию. Второй вариант – пациенту или его родственникам (при наличии доверенности) обратиться с жалобой в свою страховую медицинскую организацию для назначения внеплановой экспертизы качества медицинской помощи и дальнейшего ознакомления с её результатами. В этом случае эксперта назначает страховая компания, поручение экспертизы конкретному эксперту по требованию застрахованного законодательством не предусмотрено.

## 2.2.2. Критерии и шкала оценки

Практические навыки оценивают отметками «выполнено», «не выполнено».

Индикатор достижения компетенции	«выполнено»	«не выполнено»
ОПК-2.1	<p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала;</li> <li>- применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения;</li> <li>- работать с законами, подзаконными нормативными актами, нормативно-методической литературой, регулирующими правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности;</li> <li>- адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации.</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- анализом особенностей организации медицинской помощи с учетом специальности.</li> </ul>	<p><b>Умеет</b> <u>Не может</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- контролировать выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала;</li> <li>- применять в практической деятельности основные принципы охраны здоровья и работать в современной системе организации здравоохранения;</li> <li>- работать с законами, подзаконными нормативными актами, нормативно-методической литературой, регулирующими правоотношения в сфере охраны здоровья и оказание медицинской помощи по специальности;</li> <li>- адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности.</li> </ul>

		сти и в работе медицинской организации, <u>даже под руководством преподавателя.</u>
<b>ОПК-2.2</b>	<p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применять порядки медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи по специальности;</li> <li>- адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации;</li> <li>- применять критерии качества медицинской помощи и использовать современные методы оценки качества оказания медицинской помощи в своей практической деятельности;</li> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения контроля качества медицинской помощи</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- современными методами оценки качества медицинской помощи.</li> </ul>	<p><b>Умеет</b></p> <p><u>Не может</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- применять порядки медицинской помощи, клинические рекомендации и стандарты медицинской помощи по специальности;</li> <li>- адекватно применять необходимые нормы права в своей профессиональной деятельности и в работе медицинской организации;</li> <li>- применять критерии качества медицинской помощи и использовать современные методы оценки качества оказания медицинской помощи в своей практической деятельности;</li> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения контроля качества медицинской помощи, <u>даже под руководством преподавателя</u></li> </ul>
<b>ОПК-9.1</b>	<p><b>Умеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения;</li> <li>- анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, факторы, определяющие общественное здоровье, и применять их в практической деятельности;</li> <li>- рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру;</li> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа.</li> </ul> <p><b>Владеет:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- методиками расчета и анализа основных показателей здоровья;</li> <li>- методиками расчета и анализа показателей заболеваемости с учетом специальности.</li> </ul>	<p><b>Умеет</b></p> <p><u>Не может</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения;</li> <li>- анализировать основные тенденции в состоянии здоровья населения, факторы, определяющие общественное здоровье, и применять их в практической деятельности;</li> <li>- рассчитывать и анализировать показатели заболеваемости, выявлять тенденции и структуру;</li> <li>- использовать учетные и отчетные формы медицинской документации для проведения медико-статистического анализа.</li> </ul> <p>, <u>даже под руководством преподавателя</u></p>

### **2.2.3. Методические указания по организации и процедуре оценивания:**

Количество практик-ориентированных заданий, предполагающих оценку уровня формирования компетенции – 20. Комплекты практик-ориентированных заданий ежегодно обновляются. На подготовку по практик-ориентированному заданию ординатору дается 40 мин, продолжительность ответа на билет – 10 мин.

### **2.3. Критерии получения студентом зачета (зачета с оценкой) по дисциплине (модулю)**

До зачета по модулю дисциплины допускаются ординаторы, получившие отметку «выполнено» за выполнение тестовых заданий.

Обучающийся получает отметку «зачтено», если за оба этапа поставлены отметки «выполнено».



## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

### Контроль сформированности индикаторов достижения компетенций: ОПК-2.1

1. Основными источниками информации о здоровье населения являются:

1. официальные статистические материалы о смертности и рождаемости;
2. данные страховых компаний;
3. данные анонимного опроса населения;
4. данные мониторинга посещений населением медицинских организаций по поводу заболеваний и травм;
5. все вышеперечисленное.

2. Здоровье населения рассматривается (изучается) как:

1. проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и фактора окружающей среды, оказывающего наибольшее влияние;
2. многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости;
3. многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды;
4. оценка показателей естественного движения населения;
5. оценка показателей общей смертности и инвалидности.

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

1. генетические
2. природно-климатические
3. уровень и образ жизни населения
4. уровень, качество и доступность медицинской помощи
5. все вышеперечисленное

4. Наиболее значимым фактором, влияющим на здоровье человека, является:

1. образ жизни;
2. состояние окружающей среды;
3. организация медицинской помощи;
4. биологический фактор;
5. все вышеперечисленное в равной мере.

5. Группами факторов риска, в соответствии с классификацией ВОЗ, являются:

1. образ жизни, качество медицинской помощи;
2. образ жизни, качество медицинской помощи, социальная политика государства;
3. образ жизни, среда обитания, качество медицинской помощи, социальная политика государства;
4. образ жизни, среда обитания, наследственность, качество медицинской помощи;
5. образ жизни, среда обитания, наследственность, качество медицинской помощи, социальная политика государства.

6. К социально-биологическим факторам риска принято относить:

1. стиль и образ жизни;
2. экологические проблемы, загрязнение окружающей среды;
3. условия труда и отдыха;
4. качество и доступность медицинской помощи;
5. возраст, пол.

7. К вторичным факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний принято относить:

1. курение;
2. неправильное питание, связанное с избыточным употреблением соли;
3. гиподинамия;
4. холестеринемия;
5. все вышеперечисленное.

8. Организационные принципы формирования групп риска среди населения включают в себя:

1. проведение эпидемиологических исследований;
2. разработку карт обследования с перечнем факторов, достоверно увеличивающих риск заболеваемости;
3. определение комплекса методов углубленного обследования лиц группы высокого риска;
4. обеспечение активного диспансерного наблюдения отобранных контингентов;
5. все вышеперечисленное.

9. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается:

1. разработкой и реализацией программ формирования здорового образа жизни;
2. осуществлением санитарно-противоэпидемических мероприятий;
3. осуществлением мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний;
4. проведением профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
5. всем вышеперечисленным.

10. Предупреждение обострений имеющихся хронических заболеваний, осложнений и хронизации острых заболеваний является важнейшим компонентом:

1. первичной профилактики;
2. вторичной профилактики;
3. третичной профилактики;
4. первичной и вторичной профилактики;
5. первичной, вторичной и третичной профилактики.

11. Эффективность мероприятий первичной и вторичной профилактики определяется в первую очередь:

1. снижением заболеваемости и смертности у лиц трудоспособного возраста;
2. снижением заболеваемости и смертности у детей и подростков;
3. снижением заболеваемости и смертности у лиц пожилого возраста;
4. рациональностью финансовых вложений в систему здравоохранения;
5. рациональностью распределения кадровых ресурсов в системе здравоохранения.

12. Причинами смерти, занимающими три первых ранговых места в структуре смертности населения Российской Федерации, в настоящее время являются:

1. болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы, внешние причины;
2. болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, внешние причины;
3. инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, травмы и отравления;
4. болезни системы кровообращения, новообразования, внешние причины;
5. болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения, болезни крови.

13. Причинами инвалидности, занимающими три первых ранговых места в структуре первичной инвалидности населения Российской Федерации, являются:

1. болезни органов дыхания, травмы и отравления, болезни крови;
2. болезни системы кровообращения, болезни органов дыхания, болезни эндокринной системы;
3. инфекционные и паразитарные болезни, новообразования, травмы и отравления;
4. болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования; болезни костно-мышечной системы;
5. болезни органов пищеварения, болезни системы кровообращения, болезни крови.

14. Причинами инвалидности, занимающими три первых ранговых места в структуре первичной инвалидности среди детского населения в Российской Федерации, являются:

1. врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения; психические расстройства и расстройства поведения; болезни нервной системы;
2. болезни нервной системы; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни органов пищеварения;
3. болезни органов пищеварения; болезни системы кровообращения; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
4. болезни мочеполовой системы; психические расстройства и расстройства поведения; болезни органов пищеварения.
5. врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения; болезни органов пищеварения; болезни системы кровообращения.

15. Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей причиной заболеваемости и смертности:

1. только в странах – членах ВОЗ;
2. во всех странах мира;
3. только в развивающихся странах;
4. только в странах Европейского региона;
5. только в Российской Федерации.

16. Различия между развитыми и развивающимися странами фиксируются, прежде всего, по уровню заболеваемости:

1. инфекционными и паразитарными заболеваниями;
2. осложнений беременности, родов и послеродового периода;
3. сердечно-сосудистыми заболеваниями;
4. онкологическими заболеваниями;
5. травм и отравлений.

17. Медицинские осмотры позволяют выявить:

1. первичную заболеваемость;
2. общую заболеваемость;
3. накопленную заболеваемость;
4. патологическую пораженность;
5. исчерпанную заболеваемость.

18. Первичная медико-санитарная помощь может оказываться гражданам:

1. только в амбулаторных условиях;
2. только в условиях дневного стационара;
3. в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара;
4. в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации;

5. в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации, в условиях круглосуточного стационара.

19. Для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин имеет право выбирать медицинскую организацию:

1. кратность не установлена;
2. не чаще, чем один раз в полгода;
3. не чаще чем один раз в год;
4. не чаще, чем один раз в пять лет;
5. данное право законодательством не предусмотрено;

20. Специализированная медицинская помощь может оказываться гражданам:

1. только в стационарных условиях;
2. только в условиях дневного стационара;
3. в стационарных условиях и в условиях дневного стационара;
4. в стационарных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации;
5. в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, вне медицинской организации, в условиях круглосуточного стационара.

21. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь может оказываться гражданам:

1. только вне медицинской организации;
2. вне медицинской организации и в амбулаторных условиях;
3. в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара;
4. в амбулаторных условиях, в условиях дневного стационара, в условиях круглосуточного стационара;
5. вне медицинской организации, в амбулаторных и стационарных условиях.

22. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается безотлагательно и безвозмездно:

1. в любой медицинской организацией независимо от организационно-правовой формы;
2. только государственными учреждениями здравоохранения;
3. только медицинскими организациями, имеющими соответствующую лицензию;
4. только специализированными медицинскими организациями;
5. медицинскими организациями, оказывающими скорую медицинскую помощь.

23. Критериями разграничения экстренной и неотложной помощи является:

1. срочность;
2. угроза для жизни пациента;
3. внезапность возникновения заболевания (состояния);
4. наличие осложнений;
5. обострение хронического заболевания

24. Комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан осуществляется в рамках:

1. первичной медико-санитарной помощи;
2. специализированной медицинской помощи;
3. скорой медицинской помощи;
4. скорой специализированной медицинской помощи;
5. паллиативной медицинской помощи;

25. Согласие на медицинское вмешательство в соответствии с законом является:

1. необходимым условием проведения любого медицинского вмешательства;
2. необходимым условием только при оперативном вмешательстве;
3. необходимым условием проведения только лечебных, диагностических и профилактических процедур;
4. желательным условием проведения медицинского вмешательства;
5. необязательным условием проведения медицинского вмешательства.

26. Врач должен получать согласие на медицинское вмешательство у самого несовершеннолетнего пациента:

1. с 14 лет;
2. с 15 лет;
3. с 18 лет;
4. несовершеннолетние пациенты не имеют права на согласие;
5. законом это не установлено.

27. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в отношении несовершеннолетних до 15 лет дает:

1. один из родителей несовершеннолетнего;
2. оба родителя несовершеннолетнего;
3. любой член семьи несовершеннолетнего при условии совместного проживания;
4. представитель образовательного учреждения, которое посещает несовершеннолетний;
5. сам несовершеннолетний.

28. Отказ от медицинского вмешательства в соответствии с законом:

1. может быть принят в устной форме;
2. должен быть оформлен записью врача с визой заведующего отделением;
3. должен быть оформлен записью в медицинской документации, подписан врачом и пациентом;
4. законом оформление отказа не регламентировано;
5. законом отказ от медицинского вмешательства не допускается.

29. Законным основанием предоставления пациенту информации о состоянии его здоровья является:

1. необходимость информирования о неблагоприятном прогнозе заболевания;
2. тяжесть состояния пациента;
3. просьба или требование пациента;
4. просьба родственников пациента;
5. оснований не существует.

30. В случае неблагоприятного прогноза развития заболевания информация должна сообщаться одному из близких родственников пациента при условии:

1. если пациент не запретил сообщать им об этом;
2. если пациент находится без сознания;
3. если пациент является иностранным гражданином;
4. если пациент письменно отказался от получения информации лично;
5. подобных условий законодательством не предусмотрено.

31. Имеет ли пациент право непосредственно знакомиться с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья:

1. да;

2. нет;
3. только с письменного разрешения лечащего врача;
4. только с письменного разрешения заведующего отделением;
5. только в исключительных ситуациях.

32. Пациент имеет право получать копии и выписки из медицинских документов:

1. на основании устной просьбы, высказанной лечащему врачу;
2. на основании письменного заявления на имя руководителя медицинской организации;
3. на основании письменного заявления на имя руководителя органа управления здравоохранением;
4. только на основании решения суда;
5. по любому из перечисленных оснований.

33. Передача сведений, составляющих врачебную тайну, для проведения научных исследований и в учебных целях, допускается:

1. с согласия пациента;
2. без согласия пациента, если этого требуют интересы науки и учебный процесс;
3. по согласованию с администрацией медицинской организации без получения согласия пациента;
4. в медицинских учреждениях, имеющих статус клиник;
5. передача этих сведений не допускается ни при каких обстоятельствах.

34. Для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме выбор медицинской организации осуществляется:

1. по направлению лечащего врача;
2. по направлению врачебной комиссии;
3. по направлению руководителя медицинской организации;
4. при самостоятельном обращении пациента;
5. порядок определяется локальным нормативным актом медицинской организации.

35. Нормативным документом, определяющим правовой статус лечащего врача, является:

1. коллективный договор, заключенный между работодателем и коллективом работников медицинской организации;
2. правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации;
3. Трудовой кодекс Российской Федерации;
4. Федеральный закон №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ";
5. Федеральный закон №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании".

36. Лечащий врач может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения:

1. по согласованию с руководителем медицинской организации, но только в случаях, если пациент нарушает внутренний распорядок медицинской организации;
2. по согласованию с руководителем медицинской организации, но только в случаях, если пациент написал необоснованную жалобу на врача;
3. по согласованию с руководителем медицинской организации, но только в случаях, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих;
4. без каких либо условий;
5. данное право лечащего врача законодательством не установлено.

37. В случае требования пациента о замене лечащего врача руководитель медицинской организации:

1. имеет право отказать пациенту в его просьбе;

2. должен содействовать выбору пациентом другого врача в установленном приказом Минздрава России порядке;
3. должен направить пациента в департамент здравоохранения субъекта для решения вопроса;
4. должен направить пациента в ближайшую к его месту жительства (пребывания) медицинскую организацию для прикрепления к другому врачу;
5. законодательством данная ситуация не урегулирована.

38. Имеет ли гражданин право на отказ от профилактических прививок:

1. да;
2. нет;
3. только по согласованию с лечащим врачом;
4. только по согласованию с заведующим поликлиникой;
5. только по согласованию с главным санитарным врачом.

39. Имеет ли пациент право отказаться от участия в клинических исследованиях лекарственных средств:

1. да, но только до начала исследования;
2. да, но только до оформления письменного согласия на участие в исследованиях;
3. да, но только до оформления договора медицинского страхования на случай; неблагоприятных последствий для здоровья;
4. да, на любой стадии клинических исследований;
5. законом это право не установлено.

40. В соответствии с ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» под процедурой аккредитации специалиста понимается:

1. процедура определения соответствия лица, получившего медицинское образование, требованиям к осуществлению медицинской деятельности по определенной медицинской специальности;
2. процедура получения разрешения на осуществление медицинской деятельности;
3. процедура подтверждения квалификационной категории;
4. процедура совершенствования знаний, умений и навыков специалиста по определенной медицинской специальности;
5. понятие аккредитации отсутствует в указанном федеральном законе.

41. Аккредитация специалиста проводится:

1. ежегодно;
2. не реже одного раза в пять лет;
3. не чаще одного раза в пять лет;
4. в любой период времени, в зависимости от выбранной специальности;
5. частота проведения аккредитации нормативно не установлена.

42. Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет:

1. не допускаются к осуществлению медицинской деятельности;
2. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка);
3. могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности после прохождения обучения по дополнительным профессиональным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации специалиста;

4. могут осуществлять медицинскую деятельность без каких-либо дополнительных условий;
5. законодательством данная ситуация не урегулирована.

43. Объектом обязательного медицинского страхования (ОМС) является:

1. гражданин Российской Федерации;
2. застрахованный;
3. гражданин, нуждающийся в оказании медицинской помощи;
4. медицинская услуга;
5. страховой риск.

44. Страховой риск при обязательном медицинском страховании связан с:

1. наступлением инвалидности;
2. несчастным случаем на производстве;
3. случаем временной нетрудоспособности;
4. необходимостью получения медицинской помощи;
5. со всем вышеперечисленным.

45. Не является застрахованным в системе ОМС:

1. гражданин, работающий по трудовому договору;
2. индивидуальный предприниматель;
3. неработающий гражданин;
4. иностранный гражданин, работающий на территории Российской Федерации;
5. военнослужащий.

46. Документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное получение медицинской помощи в рамках ОМС, является:

1. договор обязательного медицинского страхования;
2. договор добровольного медицинского страхования;
3. полис обязательного медицинского страхования;
4. договор о финансовом обеспечении ОМС;
5. соглашение о долевом участии в финансировании медицинской помощи.

47. Какое из прав застрахованных указано ошибочно:

1. право на обязательное и добровольное медицинское страхование;
2. право на выбор лечебного учреждения в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
3. право на получение медицинской помощи по страховому полису на всех территории России, в том числе за пределами постоянного места жительства;
4. право на предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации (СМО), независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;
5. право на возвратность части страховых взносов при обязательном медицинском страховании, если это предусмотрено условиями договора.

48. Страховые платежи на обязательное медицинское страхование неработающих граждан осуществляются:

1. из средств федерального фонда ОМС;
2. из средств территориального фонда ОМС;
3. из средств страховой медицинской организации;
4. из средств бюджета субъекта Российской Федерации;
5. из средств медицинской организации.

49. Территориальная программа государственных гарантий устанавливает:



1. объем медицинской помощи в расчете на одного жителя, стоимость объема медицинской помощи с учетом условий ее оказания, подушевой норматив финансирования;
2. оценка эффективности использования государственных средств, выделенных на закупку отдельных видов медицинского оборудования;
3. порядок независимой оценки качества медицинской помощи, оказанной за счет средств ОМС;
4. оценку эффективности использования медицинского оборудования, используемого при оказании медицинских услуг в системе ОМС;
5. все вышеперечисленное.

50. При формировании Территориальной программы государственных гарантий учитывают:

1. порядок оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи;
2. адрес проживания, пребывания пациента;
3. ориентировочные сроки временной нетрудоспособности;
4. среднюю заработную плату медицинского персонала;
5. уровень инвалидности в регионе.

51. Территориальная программа ОМС является составной частью:

1. Государственной программы «Развитие здравоохранения»;
2. Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
3. Программы государственных гарантий;
4. государственной программы «Доступная среда»;
5. Территориальной программы по развитию здравоохранения региона.

52. Целевые значения критериев доступности медицинской помощи установлены:

1. Федеральным законом №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральным законом №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
3. Приказом Федерального фонда ОМС;
4. Приказом Территориального фонда ОМС;
5. Территориальной программой государственных гарантий.

53. Финансовое обеспечение скорой медицинской помощи осуществляется за счет средств:

1. областного бюджета;
2. обязательного медицинского страхования;
3. федерального бюджета;
4. личных средств граждан;
5. всех вышеперечисленных средств.

54. Лицензирование медицинской деятельности осуществляется в рамках:

1. государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
2. федерального контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
3. ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
4. регионального контроля качества и безопасности медицинской деятельности;
5. внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

55. Срок действия лицензии на осуществление медицинской деятельности:

1. один год;

2. три года;
3. пять лет;
4. десять лет;
5. бессрочно.

56. Основным методическим подходом к решению задач в области организации здравоохранения является:

1. статистический анализ состояния здоровья населения
2. системный управленческий подход
3. изучение общественного мнения
4. решение кадровых вопросов
5. решение финансовых вопросов

57. Основным критерием эффективного управления с точки зрения менеджмента является:

1. использование руководителем преимущественно демократического стиля руководства;
2. благоприятный социально-психологический климат в коллективе;
3. авторитетность руководителя у подчиненных, коллег и вышестоящего руководства;
4. степень достижения организацией поставленных целей;
5. все вышеперечисленное в равной мере.

58. Наиболее сложными для управления являются:

1. финансовые ресурсы;
2. информационные ресурсы;
3. кадровые ресурсы;
4. экономические ресурсы;
5. материальные ресурсы.

59. Манера поведения руководителя по отношению к подчиненным с целью побудить их к приложению трудовых усилий называется:

1. метод управления;
2. манера управления;
3. принцип управления;
4. стиль управления;
5. функция управления.

60. Наиболее оптимальным стилем управления является:

1. авторитарный;
2. демократический;
3. либеральный;
4. попустительский;
5. в работе эффективного руководителя в той или иной степени присутствует каждый из трех стилей руководства в зависимости от ситуации и иных факторов.

61. Когда возникает необходимость управления?

1. При желании производить товары и услуги.
2. При объединении людей для совместной деятельности.
3. При наличии собственности.
4. При определении стратегии развития предприятия.
5. При определении стратегии и тактики предприятия.

62. Какие существуют виды источников персонала для медицинской организации?



1	1	18	3	35	4	52	5
2	3	19	3	36	3	53	2
3	5	20	3	37	2	54	1
4	1	21	5	38	1	55	5
5	4	22	1	39	4	56	2
6	5	23	2	40	1	57	4
7	4	24	5	41	2	58	3
8	5	25	1	42	3	59	4
9	5	26	2	43	5	60	5
10	2	27	1	44	4	61	2
11	1	28	3	45	5	62	4
12	4	29	3	46	3	63	3
13	4	30	1	47	5	64	2
14	1	31	1	48	4	65	2
15	2	32	2	49	1	66	5
16	1	33	1	50	1		
17	4	34	1	51	2		

### **Контроль сформированности индикаторов достижения компетенций: ОПК-2.2**

1. Порядки и стандарты оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации устанавливаются на уровне:

1. федеральном;
2. региональном;
3. областном;
4. муниципальном;
5. медицинской организации.

2. Порядок оказания медицинской помощи включает в себя:

1. этапы оказания помощи, стандарт оснащения подразделений, штатные нормативы;
2. перечень медицинских услуг;
3. виды лечебного питания;
4. перечень лекарственных средств;
5. критерии качества медицинской помощи.

3. Стандарт медицинской помощи включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

1. только медицинских услуг;
2. только медицинских услуг и лекарственных препаратов (с указанием средних доз)
3. медицинских услуг, лекарственных препаратов, видов лечебного питания;
4. медицинских услуг, лекарственных препаратов и всех используемых медицинских изделий;
5. стандарта оснащения подразделений, штатные нормативы.

4. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются:

1. в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению лечащего врача;
2. в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии;

3. в случае наличия социальных показаний (инвалидность, отнесение к малоимущим) по решению лечащего врача;
4. в случае наличия социальных показаний (инвалидность, отнесение к малоимущим) по решению врачебной комиссии;
5. не допускается в любом случае.

5. Какой из нижеперечисленных критериев качества медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий, указан ошибочно:

1. удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе городского и сельского населения (процентов числа опрошенных);
2. смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
3. материнская смертность (на 100 тыс. человек, родившихся живыми);
4. младенческая смертность, в том числе в городской и сельской местности (на 1000 человек, родившихся живыми);
5. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей.

6. Какой из нижеперечисленных критериев доступности медицинской помощи, установленных Программой государственных гарантий, указан ошибочно:

1. количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы;
2. обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
3. обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. человек населения, включая городское и сельское население), в том числе оказывающим медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;
4. доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе городских и сельских жителей;
5. доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы ОМС.

7. Контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах:

1. только государственный контроль;
2. только государственный и ведомственный контроль;
3. государственный, ведомственный и внутренний контроль;
4. государственный, ведомственный, внутренний и судебный контроль;
5. государственный, ведомственный, внутренний и личный контроль.

8. Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности функционирует:

1. на территории Российской Федерации;
2. на территории субъекта Российской Федерации;
3. только в медицинских организациях государственной системы здравоохранения;
4. только в медицинских организациях частной системы здравоохранения;
5. в любых медицинских организациях всех форм собственности и ведомственной подчиненности.

9. Понятие «качество медицинской помощи» включает в себя следующие характеристики:

1. только своевременность оказания медицинской помощи;
2. только правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации;
3. только степень достижения запланированного результата;
4. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата;
5. своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата, рациональное использование финансовых и материальных средств.

10. Является ли наличие в медицинской документации «информированного добровольного согласия» критерием оценки качества медицинской помощи?

1. Является, но только в случае оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях.
2. Является, но только в случае оказания медицинской помощи в стационарных условиях.
3. Является, но только в случае утверждения данного требования локальным нормативным актом медицинской организации.
4. Является в любом случае.
5. Не является.

11. Что включает в себя такой критерий оценки качества медицинской помощи, как «установление клинического диагноза» при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях?

1. Достаточно только наличия клинического диагноза в медицинской документации.
2. Необходимо не только установление в течение 10 дней с момента обращения, но и обоснование клинического диагноза в медицинской документации.
3. Необходимо не только установление в течение 1 месяца с момента обращения, но и обоснование клинического диагноза в медицинской документации,
4. Установление клинического диагноза в течение 24 часов с момента обращения.
5. Установление клинического диагноза в течение 72 часов с момента обращения.

12. Какие сроки установления клинического диагноза установлены как критерии оценки качества медицинской помощи в стационарных условиях?

1. Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 12 часов с момента поступления пациента в приемное отделение.
2. Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение.
3. Установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение.
4. Установление клинического диагноза в течение 5 дней с момента поступления пациента в профильное отделение медицинской организации.
5. Сроки нормативно не установлены.

13. В случае выявления нарушений при оказании медицинской помощи в ходе экспертизы качества медицинской помощи, осуществляемой экспертами страховых медицинских организаций:

1. штрафуются главный врач медицинской организации;
2. штрафуются лечащий врач, допустивший выявленные нарушения;
3. предъявляются финансовые санкции к медицинской организации;

4. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности главного врача;
5. экспертами страховых организаций выносится решение о привлечении к дисциплинарной ответственности лечащего врача.

14. Экономическая сущность финансовых санкций, применяемых к медицинским организациям при выявлении нарушений при оказании медицинской помощи в рамках ОМС, заключается в:

1. неоплате или неполной оплате оказанной медицинской помощи;
2. форме возмещения материального и (или) морального вреда, причиненного пациенту;
3. административном взыскании должностному лицу;
4. увеличении налогооблагаемой базы;
5. возмещении убытков страховой медицинской организации.

#### **Эталон ответов**

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	1	5	5	9	4	13	3
2	1	6	1	10	4	14	1
3	3	7	3	11	2		
4	2	8	5	12	2		

#### **Контроль сформированности индикаторов достижения компетенций: ОПК-9.1**

1. Основными группами показателей общественного здоровья являются:

1. только показатели заболеваемости и инвалидности;
2. только демографические показатели;
3. только демографические показатели, показатели заболеваемости и инвалидности;
4. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития;
5. демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития, обращаемости за медицинской помощью.

2. Показателями, характеризующими естественное движение населения, являются:

1. рождаемость, смертность, естественный прирост населения, ожидаемая продолжительность жизни;
2. рождаемость, смертность, естественный прирост населения, заболеваемость, инвалидность;
3. смертность, летальность, ожидаемая продолжительность жизни;
4. патологическая пораженность, заболеваемость;
5. рождаемость, смертность, естественный прирост населения, миграция.

3. Основным методом изучения показателей естественного движения населения является:

1. перепись населения;
2. текущая регистрация случаев смерти и рождения;
3. социологический опрос населения;
4. выборочное демографическое исследование;
5. все вышеперечисленное в равной мере.

4. Из количественных критериев уровня общественного здоровья населения главным показателем здоровья нации является показатель:

1. уровня детской смертности;
2. трудового потенциала населения;
3. ожидаемой продолжительности жизни;
4. младенческой смертности;
5. перинатальной смертности.

5. Тип возрастного состава населения, при котором доля детей в возрасте 0-14 лет превышает долю населения в возрасте 50 лет и старше называется:

1. прогрессивный;
2. регрессивный;
3. стационарный;
4. амбулаторный;
5. старый.

6. Основным методом изучения образа жизни является:

1. наблюдение;
2. анкетирование;
3. тестирование;
4. выкопировка данных из первичной медицинской документации;
5. анализ результатов медицинского осмотра.

7. Совокупность всех первичных обращений в медицинской организации в течение года относится к понятию:

1. заболеваемость;
2. распространенность заболеваний;
3. патологическая пораженность;
4. обращаемость;
5. статика населения.

8. Количественным показателем заболеваемости является:

1. средняя продолжительность лечения;
2. средняя длительность пребывания больного в стационаре;
3. уровень заболеваемости;
4. структура заболеваемости;
5. все вышеперечисленное.

9. Качественным показателем заболеваемости является:

1. средняя продолжительность лечения;
2. кратность заболеваний в год;
3. уровень заболеваемости;
4. структура заболеваемости;
5. все вышеперечисленное.

10. Удельный вес болезней органов дыхания в городе А. составляет 32%, а в городе В. – 22% среди всех заболеваний. Можно ли утверждать, что в городе В. эти заболевания встречаются реже?

1. можно, так как данные показатели характеризуют частоту патологии;
2. можно, так как процент заболеваний в городе В. явно ниже;
3. можно, так как данные показатели характеризуют распространенность заболеваний;



4. нельзя, так как неизвестно общее число заболеваний в каждом городе, принятое за 100%;
5. нельзя, так как неизвестны ошибки данных показателей.

11. Показателями использования коечного фонда являются:

1. выполнение плана койко-дней и показатели летальности;
2. показатели оборота койки, средней занятости койки и больничной летальности;
3. показатели оборота койки и среднегодовой занятости койки;
4. показатели летальности и хирургической активности;
5. любой из вышеперечисленных показателей.

12. Каким показателем измеряется объем потребности населения в амбулаторной – поликлинической помощи?

1. нормы нагрузки врачей, работающих в поликлинике;
2. функция врачебной должности;
3. среднее число посещений в поликлинику на одного жителя в год;
4. численность обслуживаемого населения;
5. доля лиц, находящихся на диспансерном наблюдении по поводу хронического заболевания.

13. Что понимается под потребностью населения в госпитализации?

1. число коек на определенную численность населения;
2. доля населения, нуждающегося в госпитализации;
3. число госпитализированных за год больных;
4. число врачебных должностей стационара на определенную численность населения;
5. доля населения, высказавшая желание госпитализироваться для прохождения обследования и лечения, по данным опроса.

14. Средние нормативы объемов медицинской помощи по базовой программе ОМС определяются:

1. в расчете на одного жителя;
2. в расчете на одного застрахованного;
3. в расчете на одного работающего;
4. в расчете на одного неработающего;
5. в расчете на десять тысяч населения.

#### Эталон ответов

№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ	№ вопроса	правильный ответ
1	4	5	1	9	4	13	2
2	1	6	2	10	4	14	2
3	2	7	1	11	3		
4	3	8	3	12	3		

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### № 1

При анализе заболеваемости с временной утратой трудоспособности в г. N в 2020-м году были получены следующие данные:

1. Болезни системы кровообращения	-	8,5%
2. Болезни органов дыхания	-	38,3%
3. Болезни органов пищеварения	-	6,3%
4. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	-	13,2%
5. Травмы и отравления	-	11,0%
6. Прочие	-	22,7%
Все причины	-	100,0%

**Выполните задания:**

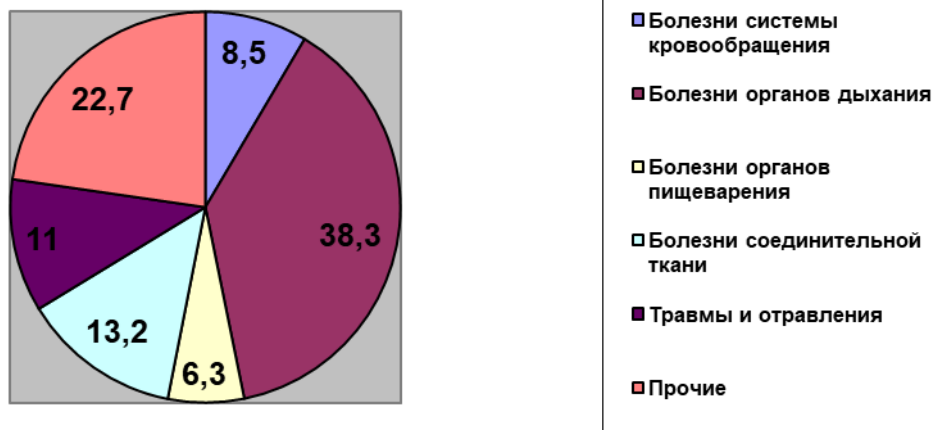
1. Определите, к какой группе показателей относятся указанные данные (ОПК-9.1).
2. Представленные данные проиллюстрируйте графическим изображением и дайте их анализ (ОПК-9.1).

**Эталон ответа**

Представленные данные относятся к группе экстенсивных показателей. Эти показатели отражают структуру явления, удельный вес части явления в целом. Графически могут быть проиллюстрированы следующим образом:

Рисунок 1.

Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности в городе N в 2020-м году (в %).



При оформлении диаграммы должны быть соблюдены следующие правила:

6. Для иллюстрации данных необходимо выбрать секторную диаграмму.
7. Рисунок должен иметь номер.
8. Рисунок должен иметь название, в котором отражаются суть представленных данных, место и время. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
9. Данные представляются в масштабе и должны иметь цифровые обозначения.
10. Секторы диаграммы должны иметь различную штриховку. Рядом с диаграммой размещается легенда (условные обозначения).

**№ 2**

**Выполните задания:** Составьте макет комбинационной таблицы, которая отражает структуру нарушений различных прав пациента в медицинских учреждениях города N в 2017-м г., а также особенности этой структуры в учреждениях различного вида (амбулаторно-поликлинических и стационарных) и формы собственности (государственных, муниципальных, частных) (ОПК-9.1).

**Эталон ответа**

Комбинационная таблица позволяет проводить углубленный анализ полученных статистических данных. В ней каждому статистическому подлежащему соответствует два или более статистических сказуемых, связанных друг с другом. Макет таблицы может выглядеть следующим образом:

Таблица 1.

**Структура нарушений различных прав пациента  
в медицинских учреждениях города N в 2017-м году (в %).**

№ п/п	Наименование прав пациента	Амбулаторно-поликлинические орг.			Стационары		
		Государств. областные	Государств. федеральн.	Частные	Государств. областные	Государств. федеральн.	Частные
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Право на выбор врача						
2.	Право на отказ от медицинского вмешательства						
3.	Право на информацию о состоянии здоровья						
4.	Прочие права пациента						
Всех нарушений:		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

При оформлении таблицы должны быть соблюдены следующие правила:

6. Таблица должна иметь номер.
7. Таблица должна иметь название, в котором отражается суть представленных данных, а также пространственные и временные характеристики объекта исследования. В конце названия в скобках указываются единицы измерения.
8. Макет таблицы должен быть замкнутый.
9. Строки и графы в таблице должны быть пронумерованы.
10. Должны выделяться итоговые строки и графы. Для их обозначения, по возможности, следует избегать малоинформативных названий «Всего» и «Итого».

### № 3

**Выполните задания:** 1. Рассчитайте показатели структуры и уровней заболеваемости по данным обращаемости в медицинские учреждения населения города А (численность населения 20 тысяч человек) и города В (численность населения 200 тысяч человек) в 2017 г., используя следующие данные (ОПК-9.1):

Класс заболеваний	Абсолютное число обращений (город А)	Абсолютное число обращений (город В)
1. Болезни органов кровообращения	3 000	32 000
2. Болезни органов дыхания	4 000	64 000
3. Болезни органов пищеварения	1 000	24 000
4. Прочие	2 000	40 000
Всех обращений:	10 000	160 000

2. Используя полученные данные, укажите, в каком городе более распространены болезни сердечно-сосудистой системы (ОПК-9.1).

**Эталон ответа**

При расчете показателей структуры заболеваемости (экстенсивных показателей) слушатели принимают за 100% общее количество обращений за медицинской помощью, и решая пропорцию определяют долю обращений по каждому из классов заболеваний.

Для определения уровней заболеваемости (интенсивных показателей) слушатели соотносят общее количество обращений, а также обращений по каждому классу заболеваний с численностью населения соответствующего города, а затем проводят перерасчет на 1000 населения.

В итоге слушателем должны быть получены следующие результаты:

Класс заболеваний	Город А		Город В	
	Структура заболеваемости (в %)	Уровни заболеваемости (в ‰)	Структура заболеваемости (в %)	Уровни заболеваемости (в ‰)
1. Болезни органов кровообращения	30	150	20	160
2. Болезни органов дыхания	40	200	40	320
3. Болезни органов пищеварения	10	50	15	120
4. Прочие	20	100	25	200
Всего:	100	500	100	800

Болезни органов кровообращения более распространены в городе В (160 на 1000 населения против 150 на 1000 населения в городе А). Суждение о большей распространенности болезней органов кровообращения в городе А (на основании сравнения соответствующих долей в структуре заболеваемости по обращаемости) будет являться ошибкой.

#### № 4

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в регионе N. за последние 5 лет представлена следующим образом: 2017 г. – 285,0; 2018 г. – 327,7; 2019 г. – 304,5; 2020 г. – 309,5; 2021 г. – 310,8 на 100 000 населения. В 2021-м году было зарегистрировано 8797 новых случаев онкозаболеваний. В этом же году при профилактических осмотрах были выявлены 1055 больных онкозаболеваниями.

#### Выполните задания:

1. Охарактеризуйте заболеваемость злокачественными новообразованиями в регионе N (ОПК-2.1).
2. Объясните динамику показателя заболеваемости (ОПК-9.1).
3. Объясните, в чем заключается первичная и вторичная профилактика онкопатологии (ОПК-2.1).
4. Назовите возможные причины несвоевременного выявления злокачественных новообразований (ОПК-2.2).

#### Эталон ответа

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в регионе N. за последние 5 лет характеризуется положительной динамикой. Рост заболеваемости объясняется активной выявляемостью патологии в ходе проведения диспансеризации населения в рамках национального проекта «Здоровье»

Первичная профилактика рака - предупреждение воздействия канцерогенов, нормализацию питания и образа жизни, повышение устойчивости организма к вредным факторам. Вторичная профилактика онкозаболеваемости заключается в формировании у населения и врачей первичного звена здравоохранения онконастороженности, совершенствование системы проведения профилактических осмотров и информирования населения о злокачественных новообразованиях, обеспечение широкого внедрения скрининговых методов диагностики, направленных на раннюю диагностику рака.

Причинами несвоевременного выявления злокачественных новообразований могут быть следующие факторы:

- низкая информированность населения о проявлениях злокачественных новообразований и как следствие позднее обращение к врачу;
- низкая «онкологическая настороженность» врачей первичного звена;
- неполный охват населения профосмотрами;
- низкая нагрузка в смотровых кабинетах, в которых не производится осмотр мужского населения, не производится пальцевое ректальное исследование;
- недостаточно проводится работа с диспансерной группой больных с предопухолевыми заболеваниями (нерегулярные осмотры).

## № 5

В 2020-м году численность взрослого населения области составила 1040752 человек. Зарегистрировано болезней системы кровообращения (БСК) всего – 197477, в том числе:

гипертонической болезни – 76844  
ИБС – 39983  
ЦВБ – 58239  
Хронической ревматической болезнью – 1590

### Выполните задания:

1. Рассчитайте показатель заболеваемости взрослого населения гипертонической болезнью в области (ОПК-9.1).
2. Изобразите графически структуру заболеваемости БСК (ОПК-9.1).
3. Представьте анализ полученных данных (ОПК-9.1).
4. Оцените изменение показателя заболеваемости по сравнению с 2019-м годом при условии, что он составил 205,98 ‰ (ОПК-9.1).

### Эталон ответа

Заболеваемость болезнями системы кровообращения в 2020 году составила:  
 $197477 / 1040752 \times 1000 = 189,7‰$

в том числе:

Гипертонической болезнью -  $76844 / 1040752 \times 1000 = 73,8‰$

ИБС -  $39983 / 1040752 \times 1000 = 38,4‰$

ЦВБ -  $58239 / 1040752 \times 1000 = 55,9‰$

Хронической ревматической болезнью =  $1590 / 1040752 \times 1000 = 1,5‰$

Другие заболевания =  $20821 / 1040752 \times 1000 = 20 ‰$

Структура заболеваемости БСК в 2020-м году составила:

гипертонической болезнью –  $73,8 / 189,7 \times 100 = 38,9\%$

ИБС –  $38,4 / 189,7 \times 100 = 20,2\%$

ЦВБ –  $55,9 / 189,7 \times 100 = 29,5\%$

Ревматические болезни –  $1,5 / 189,7 \times 100 = 0,8\%$

Другие заболевания –  $20 / 189,7 \times 100 = 10,6\%$

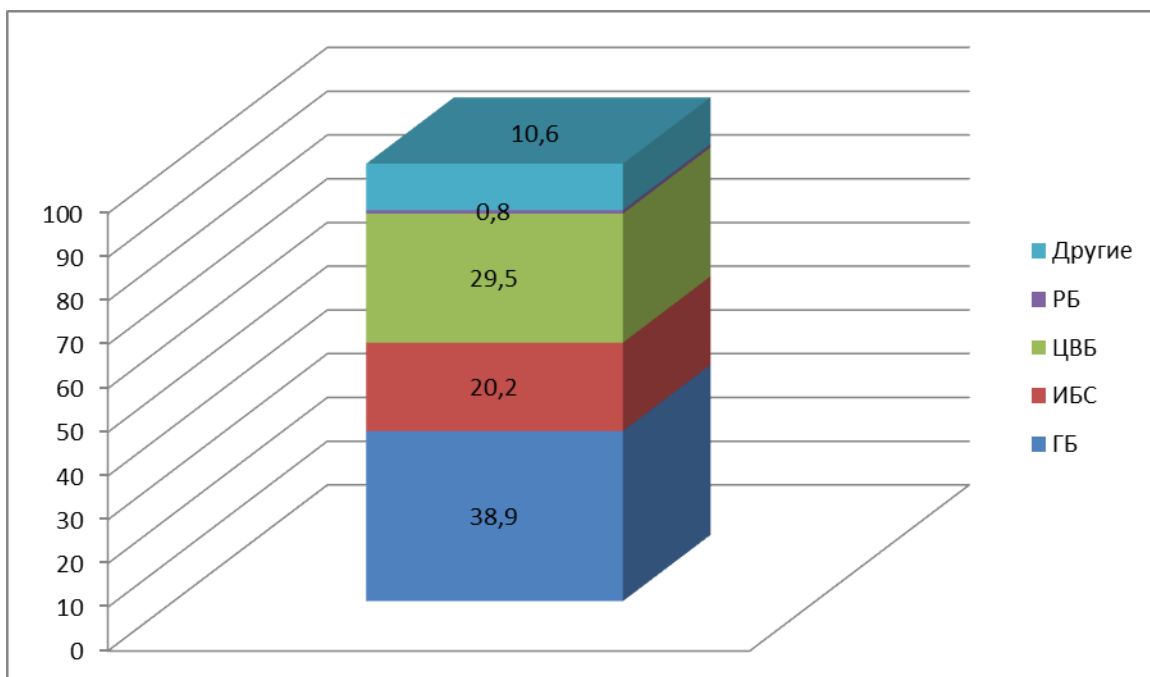


Рис. Структура заболеваемости БСК в 2020 году (%)

Заболеваемость гипертонической болезнью в 2020 году составила 92,1% к уровню 2019 года. Отмечено снижение уровня заболеваемости на 6,3%.

### № 6

В районе А с численность населения 75000 за год умерло 743 человека, в районе Б, численность населения которого составила 89000, умерло 820 человек. Возрастно-половой состав проживающих в двух районах был примерно одинаковым.

#### Выполните задания:

Требуется определить, отличаются ли уровни смертности в названных районах и отобразить их доверительные границы (ОПК-9.1).

#### Эталон ответа

Определение уровня смертности (интенсивный показатель) для района А.

$$75\ 000 - 743$$

$$1000 - x \quad x = 743 \times 1000 / 75000 = 9,9 \%$$

Уровень смертности в районе А составил 9,9 на 1000 населения.

Оценка достоверности показателя смертности (район А). Для этого необходимо рассчитать ошибку показателя

$$m_p = \sqrt{\frac{pq}{n}}$$

$m$  – ошибка показателя  
 $p$  – шансы за (показатель)  
 $q$  – шансы против

$q = 100 - P$ , если показатель вычислен на 100,  
 $q = 1000 - P$ , если показатель вычислен на 1000,  
 $q = 10000 - P$ , если показатель вычислен на 10000.

$$m = \pm \sqrt{\frac{9.9 \times (1000 - 9.9)}{75000}} = \pm 3.6$$

коэффициент достоверности (Стьюдента,  $t$ ).

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

Но т.к. у нас имеется только один показатель (P), то формула упростится до  $t = P / m$ , где P – относительный показатель, m – ошибка показателя P.

$$t = 9,9 / 3,6 = 2,8$$

Показатель следует считать статистически достоверным, если коэффициент достоверности равен или превышает 2. Следовательно, найденный показатель смертности в районе А является статистически достоверным более чем в 99,9% (вероятность ошибки вывода составляет 1%,  $p < 0,001$ ).

Определение уровня смертности для района Б.

$$89000 - 820$$

$$1000 - x \quad x = 820 \times 1000 / 89000 = 9,2\%$$

Оценка достоверности показателя смертности (район Б)

$$m = \pm \sqrt{\frac{9.2 \times (1000 - 9.2)}{89000}} = \pm 3,3$$

$$t = P / m = 9.2 / 3.3 = 2.8$$

Критерий  $t > 2$ , следовательно, показатель смертности в районе Б статистически достоверен с вероятностью безошибочного прогноза данной гипотезы 99% ( $p \leq 0,01$ ).

Определение различия показателей смертности по двум районам А и Б.

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} = \frac{9,9 - 9,2}{\sqrt{3.6^2 + 3.3^2}} = 0,1$$

где t – критерий достоверности,  $P_1$  и  $P_2$  – сопоставимые коэффициенты,  $m_1$  и  $m_2$  – ошибки коэффициентов  $P_1$  и  $P_2$

Оценка достоверности критерия t

$t = 0,1 < 2$ . Следовательно, показатели смертности в двух районах статистически не отличаются, безошибочный прогноз составил меньше 95% ( $P < 95\%$ ), ошибка вывода превышает 5% ( $p > 0,05$ ).

Определение доверительных границ статистических показателей по формуле:  $P \pm tm$ , где P – показатель, t – доверительный коэффициент, m – ошибка показателя. Если  $t = 1$ , то с вероятностью в 68,3% результаты выборочного исследования могут быть перенесены на генеральную совокупность; при  $t = 2$  вероятность перенесения результатов выборочного исследования на генеральную совокупность увеличивается до 95,5% и при  $t = 3$  – до 99,7%.

Доверительные границы показателя оформляются следующей записью:

$$\text{Для района А} \quad 9,9 \pm 3,6$$

$$\text{Для района Б} \quad 9,2 \pm 3,6$$

## № 7

В г. N. проживает 100 000 человек, за последние годы отмечается рост смертности, сформировался регрессивный тип структуры населения.

За изучаемый год в городе родилось 1300 детей, из них 10 умерли на первом году жизни, в том числе 5 – от состояний, возникших в перинатальном периоде, 4 – от врожденных аномалий, 1 – от пневмонии.

**Выполните задания:**

1. Объясните, при каком соотношении возрастных групп можно говорить о регрессивном типе структуры населения (ОПК-2.2).
2. Назовите, какие демографические показатели можно рассчитать по представленной информации. Изобразите их графически (ОПК-9.1).

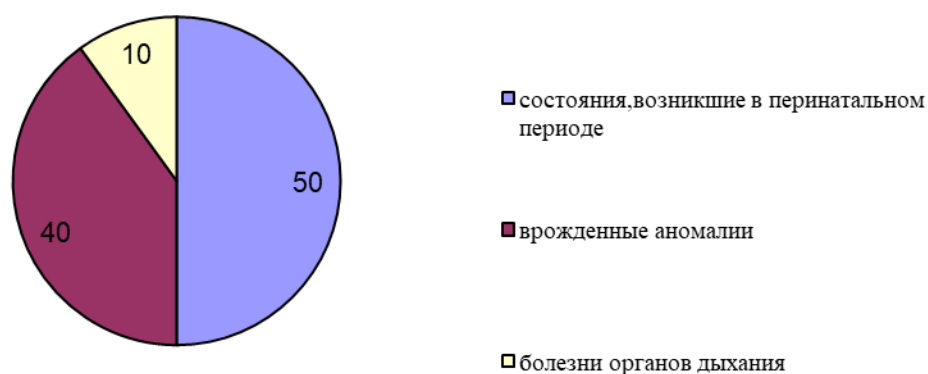
**Эталон ответа**

О регрессивном типе структуры населения судят по соотношению между группами населения в возрасте до 15 лет и 50 лет и старше, при этом доля лиц в возрасте 50 лет и старше должна быть больше доли лиц до 15 лет.

Можно рассчитать показатель рождаемости, уровень младенческой смертности и его структуру.

Для изображения данного показателя можно применить круговую диаграмму (или внутривертикальную). В данном случае представлена круговая диаграмма.

Структура причин младенческой смертности в городе N. в изучаемом году, в %



## № 8

Одним из принципов здравоохранения в РФ является: личная (персональная) ответственность за свое здоровье и здоровье окружающих.

### Выполните задания:

1. Объясните, каким образом у пациента Вы могли бы узнать, как он осуществляет этот принцип в своей жизни (ОПК-2.2).
2. Дайте краткую характеристику методу анкетирования, требованиям к составлению анкет (типичные ошибки и способы их преодоления) (ОПК-9.1).

### Эталон ответа

С помощью метода интервью по вопросам, касающимся образа жизни, условий жизни, отношения к соблюдению правил охраны труда и техники безопасности на производстве, соблюдения личной гигиены, заботы о сохранении нормального психологического климата в семье и на работе, соблюдения принципа – не вреди себе и людям.

При помощи метода анкетирования можно с наименьшими затратами получить высокий уровень массовости исследования. Особенностью этого метода можно назвать его анонимность (личность респондента не фиксируется, фиксируются лишь его ответы). Анкетирование проводится в основном в случаях, когда необходимо выяснить мнения людей по каким-то вопросам и охватить большое число людей за короткий срок.

Требования к формулированию вопросов: они должны быть понятны для исследуемой категории людей; лаконичны; исключать двусмысленность в понимании; не раздражать, не унижать достоинства; хорошо и четко напечатаны.

Самые типичные ошибки при составлении анкет: скрытая заданность ответа; сверхдетализованность; двусмысленность вопросов; недостаточная различительная сила вопросов.



Надо противостоять «синдрому жадности» и не ставить лишних вопросов, без которых можно обойтись. В то же время переупрощение проблемы, постановка ограниченного числа вопросов дает возможность интерпретировать полученные результаты в желаемом направлении.

Анкета не должна быть большой и утомительной (не более 20-25 вопросов).

Следует ограничивать количество открытых вопросов (где требуется вписать свой вариант ответа). Объяснение простое - у всех мало времени, поэтому, либо ответ будет логичным, но бессмысленным (например: "Почему Вы выбрали именно это творческое объединение?" - "Захотел"), либо ответа не будет вообще.

Опрашиваемый должен просто читать вопросы и обводить подходящие варианты ответов. Это позволит сэкономить время и получить ответы на большинство вопросов. При перечислении вариантов ответов постараться перечислить все возможные, но также избегать бессмысленных.

Важно подчеркнуть необходимость соблюдения правила системности анкеты. Это нужно, чтобы использовать в научных целях информацию не только по отдельным вопросам, но и ту, которая обнаруживается при осмыслении всех вопросов как взаимодействующих структур, а всех ответов на них как взаимодействующих элементов.

Непосредственно перед началом опроса проведите небольшое тестирование составленной анкеты, желательно не на своих сослуживцах. Достаточно будет десяти заполненных анкет и Вы сможете исправить несколько явных недочетов в анкете.

## № 9

Врач-уролог В. осуществлял частный прием пациентов на основании имеющегося у него сертификата специалиста и лицензии на соответствующий вид медицинской деятельности. Кроме него в кабинете осуществлял прием, осмотр, назначал лечение его сын, студент 4-го курса медицинского вуза. Однако, на основании проверки по поводу поступившей жалобы одного из пациентов, лечившегося у студента, на его непрофессионализм, решением лицензионного органа лицензия была аннулирована.

### **Выполните задания:**

1. Укажите порядок аннулирования лицензии на осуществление медицинской деятельности (ОПК-2.1).
2. Оцените данную ситуацию с учетом требований, предъявляемых к лицензированию медицинской деятельности (ОПК-2.1).

### **Эталон ответа**

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации «О лицензировании отдельных видов деятельности» лицензирующие органы осуществляют плановые и внеплановые проверки соблюдения лицензионных требований и условий. Поводом для внеплановой проверки может быть жалоба (обращение) пациента. В данной ситуации медицинскую помощь осуществляло лицо (студент 4-го курса), не имеющий право на её осуществление (отсутствует диплом врача и сертификат по специальности «урология»).

Данное нарушение в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации «О лицензировании медицинской деятельности...» является грубым нарушением лицензионных требований и условий, за которое предусмотрена административная ответственность по ст.14.1 КоАП РФ, в том числе, приостановление действия лицензии. При выявлении грубых нарушений лицензионных требований и условий лицензирующие органы выдают предписание об устранении нарушений в определенный срок, а также вправе составить протокол об административном правонарушении, который передается в течение 3-х суток в суд для вынесения решения. В любом случае вопрос об аннулировании лицензии принимается судом, а не лицензирующим органом.

## № 10

Преподаватель медицинского вуза, являющийся внештатным экспертом ТФОМС, обратился к заведующему отделением с просьбой предоставить необходимую документацию для проведения углубленной экспертизы случая оказания медицинской помощи по просьбе родственников пациента. Администрация данного медицинского учреждения отказала в предоставлении медицинской документации.

**Выполните задания:**

Оцените правомерность ли действий администрации медицинского учреждения (ОПК-2.1).

**Эталон ответа**

В данной ситуации, прежде всего, необходимо установить полномочия родственников представлять интересы пациента. Если пациент старше 15 лет и является дееспособным, то все юридически значимые действия в отношении оказанной ему медицинской помощи совершаются им лично. В соответствии со статьей 13 Федерального закона Российской Федерации №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, за исключением случаев, установленных частями 3 и 4 указанной статьи. Так, в соответствии с частью 3 указанной статьи допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам с письменного согласия пациента. В соответствии с частью 4 указанной статьи допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в целях осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ.

Таким образом, родственники пациента могут представлять его интересы, в том числе запрашивать информацию по медицинской документации, при наличии письменного согласия или доверенности со стороны пациента.

Одним из прав пациента является его право на ознакомление с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, в порядке, установленном Министерством здравоохранения Российской Федерации, а также на получение на основании такой документации консультации у других специалистов (ч.4 ст.22 ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). В соответствии с ч.5 ст.22 ФЗ №323-ФЗ пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов.

Таким образом, для получения консультации (в том числе по качеству оказанной помощи) пациент либо его представители по доверенности должны обратиться с письменным заявлением к администрации медицинской организации о предоставлении им медицинской документации (копий и выписок).

Кроме того, действующее законодательство предусматривает проведение экспертизы качества медицинской помощи внештатным экспертом в рамках обязательного медицинского страхования. Поводом для внеплановой проверки может служить, в том числе, жалоба застрахованного. В этом случае страховой медицинской организацией назначается эксперт из реестра, запрашиваются медицинские документы для проведения указанным экспертом экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП). Результаты ЭКМП в этом случае по просьбе застрахованного могут быть доведены до его сведения.

Таким образом, действия администрации правомерны. Пациент или его родственники (при наличии письменной доверенности) вправе лично обратиться с письменным заявлением к администрации медицинской организации о предоставлении медицинской документации (копий, выписок) и затем получить по ней необходимую ему (им) консультацию. Второй вариант – пациенту или его родственникам (при наличии доверенности) обратиться с жалобой в свою страховую медицинскую организацию для назначения внеплановой экспертизы качества медицинской помощи и дальнейшего ознакомления с её результатами. В этом случае эксперта назначает страховая компания, поручение экспертизы

конкретному эксперту по требованию застрахованного законодательством не предусмотрено.

### № 11

**Выполните задания:** Объедините в логическую схему указанные ниже элементы управленческой функции «Принятие управленческого решения» (ОПК-2.1).



#### Эталон ответа

Существует два вида управленческих решений:

- а) запрограммированное;
- б) незапрограммированное.

Три способа принятия управленческого решения:

- I. на основе интуиции (интуитивное решение);
- II. на основе жизненного и профессионального опыта (суждение);
- III. на основе логического анализа возможных позитивных и негативных последствий принятого решения (рациональное решение).

Этапы деятельности по принятию рационального решения:

1. Диагностика проблемы.  
Управленческие проблемы бывают двух типов:
  - отклонение от нормы;
  - потенциальная возможность.
2. Определение критериев и ограничений принимаемого решения.
3. Определение альтернатив.
4. Оценка альтернатив.
5. Выбор альтернативы.
6. Реализация управленческого решения.
7. Контроль результатов.

Логическая схема может выглядеть следующим образом:



#### № 12

Существуют различные стили управления в зависимости от того, как распределяется власть, полномочия и ответственность в коллективе, на какой основе строятся рабочие взаимоотношения. В частности, авторитарный и демократичный стили управления схематично можно изобразить следующим образом.

#### Авторитарный стиль

Руководитель



Подчиненный

#### Демократичный стиль

Подчиненный ↔ Руководитель

#### **Выполните задания:**

1. Ответьте, какие из взаимоотношений, авторитарные или демократичные, более эффективны в деловых кругах (ОПК-2.1).
2. Оцените, не снижается ли в глазах подчиненных авторитет руководителя при использовании им демократического стиля руководства (ОПК-2.1).
3. Объясните, как совместить требовательность к подчиненному и добрые с ним взаимоотношения (ОПК-2.1).
4. Объясните особенности взаимоотношений между руководителем и подчиненными в учреждениях здравоохранения современной России (ОПК-2.1).

#### **Эталон ответа**

1. Более эффективными в настоящее время признаются демократичные взаимоотношения. Однако современный менеджмент широко использует ситуационный подход. В отдельных случаях более эффективным может оказаться авторитарный стиль руководства – все зависит от личностных особенностей руководителя, особенностей трудового коллектива, нюансов конкретной управленческой ситуации.
2. При использовании руководителем демократического стиля руководства его авторитет в глазах подчиненных не только не уменьшается, но, наоборот, увеличивается. Демократичный руководитель использует особо сильные формы власти, оказы-

вающие воздействие на потребности высших уровней у подчиненных, а именно потребности причастности, уважения и самовыражения. К этим формам власти относятся:

- экспертная власть;
  - власть, основанная на процессе убеждения подчиненных в правильности принятого руководителем решения;
  - власть, основанная на процессе привлечения подчиненных к процессу принятия управленческого решения.
3. Требовательность к подчиненному и добрые с ним взаимоотношения не находятся в противоречии.
- Руководитель несет ответственность за качество работы структурного подразделения. Следовательно, он обязан требовать надлежащих результатов работы. Эти требования необходимо высказывать в вежливой, дружелюбной манере, с уважением и доверием к компетенции исполнителя, без чванства и высокомерия. Четко отлаженная, хорошо организованная работа всегда способствует нормализации социально-психологического климата в коллективе, улучшает взаимоотношения руководителя и подчиненных.
  - Если руководитель стремится сохранить благоприятный социально-психологический климат в коллективе путем уменьшения требовательности к результатам работы подчиненных, то он совершает грубейшую ошибку. Результаты будут прямо противоположными: социально-психологический климат только ухудшится. Дело в том, что такой руководитель переходит к попустительству, фактически перестает выполнять свои обязанности, остается руководителем только «на бумаге». Таким поведением он удовлетворяет у подчиненных только часть низших потребностей, не задействует в своей работе мотивирующие факторы (влияние на потребности высших уровней). Подчиненные быстро теряют азарт и интерес к работе, начинают отлынивать от выполнения рабочих заданий, растет чувство неудовлетворенности трудом и руководителем, в коллективе усиливается психологическая напряженность. Однако, руководителю следует помнить о существовании либерального стиля управления, который рекомендуется использовать в зрелых коллективах, занятых высококвалифицированным трудом. В этом случае работники могут самостоятельно планировать, организовывать и контролировать выполнение работы. В таком коллективе руководитель может не слишком часто вмешиваться в ход рутинных работ, не рискуя при этом впасть в попустительство.
4. Взаимоотношения между руководителем и подчиненными в учреждениях здравоохранения РФ характеризуются слишком частым использованием авторитарного стиля управления и недостаточным применением демократического стиля. Причины следующие:
- Во-первых, слабая подготовка руководителей разных уровней по вопросам управления; руководители просто не знают, что авторитарный стиль руководства является, как правило, менее эффективным.
  - Во-вторых, российская управленческая культура характеризуется гигантской дистанцией власти между руководителем и подчиненными. Эти субъекты обычно не воспринимают друг друга как равных партнеров, работающих на разных должностях ради достижения одной общей цели.

### № 13

В кабинете заместителя главного врача идёт разбор конфликтной ситуации, выразившейся в виде письменной жалобы на действия лечащего врача. При разборе участвуют три человека: заместитель главного врача Мария Ивановна, заведующий отделением Артём Александрович и молодой врач Ирина Игоревна.

Мария Ивановна (обращаясь вначале к заведующему отделением): «Почему я опять вынуждена разбирать жалобы на Ваше отделение? Вы что, не можете сами проблемы с пациентами разрулить? Обязательно надо доводить до жалоб? Из-за очередной глупости с Вашей стороны я вынуждена опять это разгребать. Вам нельзя поручить ничего серьезного»

Ирина Игоревна: «Мария Ивановна, но ведь Вы...»

Мария Ивановна: «Не перебивай меня! Артём Александрович, но ведь Ирина не глупая у нас. Помнишь, как она помогла нам разобраться с тем пациентом-дебоширом? Ладно, дело в принципе поправимо. Артём, возьми на себя подготовку ответа. Поручила бы я исправить положение Ирине, да еще дров наломает»

Ирина: «Мария Ивановна! Позвольте мне...»

Мария Ивановна: «Всё, разговор окончен»

**Выполните задания:**

1. Сформулируйте основные правила критики. Выделите те моменты диалога, в которых руководитель нарушает правила критики (ОПК-2.1).

2. Объясните, в чем именно проявились нарушения этих правил, и каковы, на Ваш взгляд, должны быть действия руководителя в этой ситуации (ОПК-2.1).

**Эталон ответа**

Основные правила критики действий подчиненных:

Не высказывайте критические замечания при свидетелях.

Сохраняйте ровный тон.

Найдите повод для похвалы.

Не выносите поспешных обвинений, выслушайте объяснения с другой стороны.

Признайте собственные ошибки в ситуации, расскажите об опыте собственных неудач.

Критикуйте поступки, а не способности и свойства другого человека.

Помогите найти правильное решение в сложившейся ситуации. Поддержите престиж критикуемого.

В данном диалоге руководитель нарушает правила критики в таких фразах, как «...очередной глупости с Вашей стороны... Ничего серьезного поручить нельзя. ... дров наломает».

В этом случае руководитель критикует в присутствии других лиц и не дает высказаться критикуемой. Критикует самого человека, а не его поступки. Не помогает найти правильное решение в ситуации.

**№ 14**

В коллективах структурных подразделений крупного лечебно-профилактического учреждения в результате сложных условий работы нарастает психологическая напряженность. Она сопровождается ухудшением исполнительской дисциплины сотрудников, снижением количественных и качественных показателей работы отделений. В связи с недостатками в работе персонала увеличилось число обоснованных и необоснованных жалоб от пациентов и их родственников. Несколько сотрудников уволились по собственному желанию. Все это повлекло за собой формирование конфликтной ситуации, направленной против администрации медицинского учреждения. Стремясь не допустить дальнейшего развития конфликта, она принимает меры для смягчения создавшейся ситуации.

**Выполните задания:**

1. Назовите, какие действия может принять администрация для разрешения возникшего в медицинском учреждении организационного конфликта (ОПК-2.1).

2. Обоснуйте целесообразность использования того или иного способа урегулирования данного конфликта (достоинства и недостатки) (ОПК-2.1).

**Эталон ответа**

Основными способами урегулирования данного конфликта являются следующие.

Средства убеждения. Этот способ предпочтителен в случае, если конфликтующая сторона готова действовать иначе в результате осознания, что изменение ситуации полезно для нее самой. Основным преимуществом этого способа является гибкость и достоверность.

Навязывание норм. Это институциональный подход, опирающийся на традиции, ценности и интересы общества. Главное преимущество метода заключается в возможности предсказания поведения соперников, недостаток – в отсутствии достаточной гибкости.

Материальное стимулирование. Обычно применяется в случае далеко зашедшего конфликта. Стимулирование позволяет создать тот минимум доверия, на основе которого вырабатывается приемлемое решение конфликта. Преимущество способа в его гибкости. Недостатком является малое практическое применение, относительная безрезультативность и слабая нормативность.

Использование власти. Применяется только ситуативно и только посредством негативных санкций (запугивание или фактическое применение силы). На практике применяется в сочетании с предыдущими способами.

### № 15

При проведении экспертизы случая оказания медицинской помощи больному 68 лет, находящемуся на стационарном лечении по поводу гипертонической болезни II степени, эксперт установил, что назначение данному пациенту фуросемида не было адекватно состоянию больного и с определенной долей вероятности могло привести к обострению подагры, имевшейся у пациента.

#### **Выполните задания:**

1. Объясните, может ли эксперт квалифицировать действия врача как ошибочные, если проведенное лечение не привело к реальному ухудшению в состоянии больного (ОПК-2.2).

2. Назовите, при каком условии мнение эксперта может быть признано обоснованным? (ОПК-2.1)

#### **Эталон ответа**

Отсутствие реальных негативных следствий не исключает самого факта врачебной ошибки. Если, по мнению эксперта, то или иное действие (бездействие) врача повышает риск ухудшения какого-либо из компонентов качества медицинской помощи (в данном случае – риск от медицинского вмешательства), то это является достаточным для того, чтобы квалифицировать действие (бездействие) врача как ошибочное.

Однако мнение эксперта требует доказательств и может быть признано обоснованным при условии описания конкретных (в данном случае - вероятных) следствий врачебной ошибки (в данном случае – следствия для состояния пациента).

### № 16

Гражданин России В., житель города N (застрахованный по ОМС по месту регистрации в г. N), находящийся в командировке в городе M., обратился за медицинской помощью по поводу болей в животе, слабости в городскую больницу. В анамнезе у В. язва желудка. Состояние пациента дежурным врачом оценено как среднетяжелое, что обусловили слабость, головокружение, бледность кожных покровов, снижение артериального давления, тахикардия. В медицинской помощи и госпитализации было отказано на основании отсутствия регистрации в г. M. и медицинского страхового полиса. Через 2 часа В. по скорой помощи был доставлен в другую клинику в тяжелом состоянии с явлениями язвенного кровотечения.

#### **Выполните задания:**

Дайте оценку действиям дежурного врача (ОПК-2.1, ОПК-2.2).

#### **Эталон ответа**

Действия дежурного врача противоправны. При получении медицинской помощи по ОМС иногородним гражданам обеспечиваются права, установленные Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан, Законом о медицинском страховании граждан. Так, в соответствии со статьей 6 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» граждане РФ в системе медицинского страхования имеют право на получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства.

В данной ситуации с учетом данных анамнеза и объективных данных дежурный врач должен был осознать необходимость экстренной медицинской помощи и госпитализировать пациента. Наличие полиса обязательного медицинского страхования не является обязательным условием для оказания экстренной медицинской помощи.

### № 17

Девушка 15 лет обратилась к гинекологу, на приеме была выявлена беременность 7-8 недель, которую девушка решила сохранить. Однако на следующий день мать девушки, обратившись к этому врачу, настояла на проведении дочери аборта. Несмотря на категорический отказ девушки, данное медицинское вмешательство было проведено. Через 5 лет у девушки выявлено бесплодие, причиной которого признали осуществленный в 15 лет аборт. Девушка возбудила гражданский иск и потребовала возмещения ущерба, обвиняя врача-гинеколога в наступлении подобных последствий аборта.

#### **Выполните задания:**

1. Определите, есть ли основания для наступления гражданской ответственности (ОПК-2.2).

2. Объясните, применяется ли в данном случае срок исковой давности (ОПК-2.1).

#### **Эталон ответа**

Ст. 54 «Права несовершеннолетних» Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» устанавливает особый правовой статус несовершеннолетних пациентов старше 15 лет, согласно которому права пациентов, регламентированные ст. 30 названного закона, подросток реализует самостоятельно. Основаниями для наступления гражданской ответственности являются: 1. противоправность деяния – нарушены права пациента на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала, право на врачебную тайну, право на согласие на медицинское вмешательство, право на отказ от медицинского вмешательства; 2. вредный результат – бесплодие женщины; 3. причинно-следственная связь – должна быть установлена в результате проведения судебно-медицинской экспертизы; 4. вина лечебного учреждения, в котором проводился аборт. По делам о возмещении вреда причиненного жизни или здоровью срок исковой давности не применяется (ст. 208 ГК РФ). Однако требования по компенсации имущественного вреда, предъявленные по истечении трех лет с момента возникновения права на возмещение такого вреда, удовлетворяются за прошлое время не более чем за три года, предшествовавшие предъявлению иска.

### № 18

Лечащий врач В. назначил пациенту К. гормонотерапию длительностью 6 месяцев. На просьбу пациента пояснить целесообразность данного назначения и возможные его последствия врач ответил отказом, объяснив, что решения о лечении принимает сам, а в случае возникновения возможных осложнений и побочных эффектов примет необходимые меры. К. отказался от проведения гормонотерапии, оформив соответствующим образом отказ, после чего В. на этом основании выписал его из больницы, хотя состояние пациента оставалось тяжелым, не дав никаких рекомендаций по дальнейшему наблюдению и лечению.

#### **Выполните задания:**

1. Оцените правомерность действий медицинского работника и пациента (ОПК-



2.2).

2. Поясните, какие права пациента были нарушены (ОПК-2.1).

**Эталон ответа**

Действия медицинского работника являются неправомерными, поскольку нарушают права пациента на добровольное информированное согласие на медицинское вмешательство и информирование о состоянии здоровья, в том числе предоставление сведений о лечении и связанных с ним последствиях. Неправомерным является также отказ от наблюдения и лечения пациента на основании отказа от предложенного лечения. Врач должен был предложить иные возможные варианты лечения.

**№ 19**

В отделение гинекологии поступила женщина, у которой была выявлена быстро растущая миома. Врач-гинеколог подробно рассказывал больной и ее мужу, который в течение всего периода лечения проявлял нежную заботу о жене, о серьезности заболевания, о необходимости операции по удалению матки. Через полгода бывшая пациентка подала в суд гражданско-правовой иск на врача за разглашение врачебной тайны, так как муж подал на развод, мотивируя тем, что не может преодолеть в себе чувство неприязни к жене, после того как узнал от врача о ее заболевании.

**Выполните задания:**

Объясните, правомерно ли привлечение врача к гражданской ответственности. Обоснуйте свой ответ (ОПК-2.1, ОПК-2.2).

**Эталон ответа**

В соответствии со ст. 1068 ГК РФ вред, причиненный работником организации при исполнении трудовых обязанностей, возмещается юридическим лицом – работодателем. Основаниями для наступления гражданской ответственности являются: 1. противоправность деяния – нарушены права пациента на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала, право на врачебную тайну; 2. вредный результат – бесплодие женщины; 3. причинно-следственная связь – должна быть установлена в результате проведения судебно-медицинской экспертизы; 4. вина лечебного учреждения, в котором проводилось лечение. Следует отметить, что в соответствии со ст.61 Основ при неблагоприятном прогнозе заболевания информируется пациент и члены его семьи при условии отсутствия возражений со стороны пациента.

**№ 20**

Преподаватель медицинского вуза, проводя с группой студентов занятия по гинекологии, описал клинический случай и продемонстрировал пациентку с бесплодием. Больная категорически отказывалась от разговора с преподавателем в присутствии студентов, но он настоял на этом на основании нахождения ее в медицинском учреждении, имеющим статус клинического. Один из студентов, являясь знакомым мужа пациентки, рассказал ему о бесплодии жены, которое она скрывала. Муж возбудил дело о разводе, пациентка, в свою очередь, - гражданский иск по факту морального вреда

**Выполните задания:**

1. Объясните, есть ли основания для наступления гражданской ответственности (ОПК-2.2).

2. Назовите, кто должен возмещать моральный вред? (ОПК-2.1)

**Эталон ответа**

Основаниями для наступления гражданской ответственности являются: 1. противоправность деяния – нарушены права пациента на уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского персонала, право на врачебную тайну; 2. вредный результат – физические и нравственные страдания вследствие нарушения права на врачебную тайну, материальный ущерб и моральный вред в связи с расторжением брака; 3. причинно-следственная связь – разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, привело к

расторжению брака и страданиям гражданки; 4. вина лечебного учреждения, в котором проводилось лечение пациентки. В соответствии со ст. 1068 ГК РФ вред, причиненный работником организации при исполнении трудовых обязанностей, возмещается юридическим лицом – работодателем. Следует отметить, что в соответствии со ст.13 Федерального закона №323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» сведения, составляющие врачебную тайну, могут передаваться в учебных и научных целях с согласия пациента. Основания передачи сведений без согласия пациента установлены ч.4 ст.13 указанного федерального закона, при этом статус медицинского учреждения как клинической базы не предполагает передачу этой информации без согласия пациента.