

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Ярославский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по научно-
исследовательской работе
ФГБОУ ВО ЯГМУ МЗ РФ
д.м.н., профессор
И.Н. Стариков



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Программа: основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа подготовки научных и научно-
педагогических кадров в аспирантуре

Научная специальность:

**3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза.**

Ярославль, 2024

Фонд оценочных средств рабочей программы «Общественное здоровье и организация здравоохранения» составлен сотрудниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения проф. Черногоровой М.В., доц. Шубиным Л.Б., доц. Кайковой Л.В. под руководством зав. кафедрой доцента Беловой К.Ю. в соответствии с Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 20.10.2021 № 951 "Об утверждении федеральных государственных требований к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов (адъюнктов)", учебным планом ФГБОУ ВО ЯГМУ МЗ РФ по основной образовательной программе высшего образования подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре и входит в состав Программы подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза.

Заведующий кафедрой – Белова К.Ю., д.м.н., доцент

1. **Форма промежуточной аттестации:** Зачет по дисциплине, который является недифференцированным и оцениваются отметками «зачтено», «не зачтено».

2. Перечень вопросов для собеседования

№	Вопросы для собеседования
1.	Наиболее выраженные изменения происходящих структурных преобразований в здравоохранении заключаются
2.	Наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении
3.	Медицинская статистика
4.	Разделы медицинской статистики
5.	Основные этапы статистического исследования
6.	Виды относительных величин
7.	Экстенсивные показатели
8.	Интенсивные показатели
9.	Показатели соотношения
10.	Показатели наглядности
11.	Применение средние величины в медицине
12.	Средняя величина
13.	Показатели, характеризующие меру типичности средней величины для изучаемой популяции
14.	Статистическая достоверность при изучении какого-либо явления
15.	Положения закона больших чисел при проведении исследований в медицине
16.	Суть метода стандартизации
17.	Методы стандартизации
18.	Статистика заболеваемости
19.	Виды статистической заболеваемости
20.	Источники изучения заболеваемости
21.	Виды заболеваемости, подлежащие специальному учету
22.	Единица наблюдения при изучении заболеваемости по обращаемости
23.	Правила регистрации острых и хронических заболеваний
24.	Основной документ для учета заболеваемости по данным обращаемости в амбулаторных условиях
25.	Правила регистрации заболевания, возникшее у больного впервые в жизни
26.	Правила регистрации хронического заболевания
27.	Методика расчета показателя первичной заболеваемости

28.	Значение первичной заболеваемости населения
29.	Значение общей заболеваемости населения
30.	Методика расчета общей заболеваемости
31.	Порядок регистрации инфекционной заболеваемости Важнейшие неэпидемические заболевания, подлежащие специальному учету
32.	Важнейшие неэпидемические заболевания, подлежащие специальному учету
33.	Порядок регистрации важнейших неэпидемических заболеваний
34.	Учетный документ для регистрации госпитализированной заболеваемости
35.	Значение госпитализированной заболеваемости
36.	Учетный документ для регистрации заболеваемости с временной утратой трудоспособности
37.	Методика расчета числа случаев заболеваемости с временной утраты трудоспособности
38.	Методика расчета числа дней временной утраты трудоспособности
39.	Виды профилактических осмотров
40.	Установление причины смерти
41.	Учетный документ, регистрирующий случай смерти человека
42.	Разделы демографической статистики
43.	Статика населения, как раздел демографической статистики
44.	Основные черты современных переписей населения
45.	Динамика населения как раздел демографической статистики
46.	Методика расчета показателя общей рождаемости
47.	Методика расчета показателя общей плодовитости (фертильности)
48.	Методика расчета показателя общей смертности
49.	Методика расчета показателя младенческой смертности
50.	Методика расчета показателя естественного прироста населения
51.	Физическое развитие
52.	Планирование в здравоохранении
53.	Виды планирования в здравоохранении по времени

54.	Норма и норматив в здравоохранения
55.	Основные принципы амбулаторно-поликлинической помощи
56.	Диспансерный метод в медицине
57.	Диспансерное наблюдение
58.	Виды групп показателей диспансерного наблюдения
59.	Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебном участке терапевта, врача общей практики и семейного врача?
60.	Методика расчета показателя числа посещений в поликлинике на одного жителя в год.
61.	Понятие «проектная деятельность»
62.	Содержание проектной деятельности
63.	Цель использования проектного подхода в государственном управлении
64.	Понятие «проект»
65.	Жизненный цикл проекта.
66.	Структура жизненного цикла проекта.
67.	Классификация видов проектов
68.	Команда проекта.
69.	Команда управления проектом
70.	Значение проекта
71.	SWOT- анализ
72.	Время, как один из приоритетных факторов в управлении проектами
73.	Диаграмма Гантта.
74.	Требования к системе контроля проекта.
75.	Управление рисками.
76.	Преимущества от профессионального управления проектно-ориентированной деятельности для государства.
77.	Национальный проект (программа)
78.	Значение программно-целевого управления в здравоохранении.
79.	Цели Госпрограммы развития Российской Федерации на период до 2024 года.

80.	Структура территориальной программы госгарантий об оказании населению бесплатной медицинской помощи
81.	Цель использования проектного подхода в государственном управлении.
82.	Основные этапы в осуществлении проекта
83.	Основные характеристики социального проекта.
84.	Основные блоки при написании паспорта социального проекта.
85.	Источники финансирования национального проекта «Здравоохранение»
86.	Федеральные проекты в сфере здравоохранения.
87.	Цель проекта «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами».
88.	Проекты, входящие в состав национального проекта «Демография»
89.	Цель проекта.
90.	Реализация проекта.
91.	Отличие проекта от процессной деятельности.
92.	Процессы организации и проведения контроля качества проекта.
93.	Факторы сильнее всего влияющие на реализацию проекта.
94.	Отличительная особенность инвестиционных проектов:
95.	Участникам проекта.
96.	Завершающая фаза жизненного цикла проекта.
97.	Объект в системе управления проектом.
98.	Критерии успешности проекта используемые на практике.
99.	Основные функции менеджмента.
100.	Управление проектами в здравоохранении.
101.	Планирование в здравоохранении Российской Федерации.
102.	Значение Swot-анализа.
103.	Критерии принципа SMART при формулировке цели проекта
104.	Особенности проектного подхода, присущие государственному

	управлению.
105.	Стратегическое планирование.
106.	Понятие «программа».
107.	Региональный проект.
108.	Федеральный проект.
109.	Федеральный проект «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи».
110.	Федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями
111.	Федеральный проект «Развитие сети национальных медицинских исследовательских центров и внедрение инновационных медицинских технологий»
112.	Федеральный проект «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации»
113.	Первая цель национального развития РФ.
114.	Федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек»
115.	Важнейшие приоритеты национальных проектов.
116.	Важнейшие направления деятельности реализации национальных проектов.
117.	Отличие критериев от индикаторов национального проекта.
118.	Основные разделы стратегических документов.
119.	Крупнейшие фонды инновационного развития.
120.	Экономическая эффективность проектов.
121.	Организация оказания медицинской помощи
122.	Медицинское вмешательство
123.	Медицинская помощь
124.	Медицинская услуга
125.	Права пациента при оказании медицинской помощи
126.	Виды медицинской помощи
127.	Условия оказания медицинской помощи

128.	Формы оказания медицинской помощи
129.	Условия оказания первичной медико-санитарная помощи населению
130.	Диспансеризация
131.	Особенности диспансеризации определенных групп взрослого населения
132.	Организация проведения профилактических осмотров несовершеннолетних
133.	Необходимое предварительное условие проведения профилактического осмотра
134.	Универсальные принципы управления
135.	Общие законы менеджмента (управления)
136.	Управление рисками
137.	Основные принципы управления рисками
138.	Тайм-менеджмент (управление временем)
139.	Персональный менеджмент
140.	Преимущества самоменеджмента
141.	Компетенции «хорошего» персонального менеджмента (ПМ)
142.	Формальные (жесткие) методы - HARD SKILLS
143.	Неформальные (мягкие) методы – SOFT SKILLS
144.	Мастерство руководителя
145.	Техника личной работы
146.	Психология управления
147.	Организация – как общая функция менеджмента
148.	Дезорганизация
149.	Несогласие
150.	Напряженность
151.	Конфронтация
152.	Меры противостояния анти-менеджменту
153.	Полномочия

154.	Делегирование полномочий
155.	Цели делегирования полномочий
156.	Препятствия эффективного делегирования полномочий со стороны руководителя
157.	Препятствия эффективного делегирования полномочий со стороны подчиненного
158.	Уровни управления
159.	Стратегический уровень
160.	Тактический уровень
161.	Оперативный уровень
162.	Лидерство в организации
163.	Лидер-организатор
164.	Виды лидерства
165.	Лидер-творец
166.	Лидер-борец
167.	Лидер-дипломат
168.	Лидер-утешитель
169.	Основными задачами общественного здоровья и здравоохранения являются
170.	Особенности возмещения за вред, причинённый жизни и (или) здоровью граждан при оказании медицинской помощи
171.	Медико-экономический стандарт
172.	Основная обязанность медицинского работника
173.	Права пациента при оказании ему медицинской помощи
174.	Обязанности медицинских организаций
175.	Методы мотивации в управлении коллективом
176.	Причины неблагоприятных исходов лечения
177.	Причины ятрогении
178.	Управленческий цикл
179.	Элементы управления управленческого цикла

180.	Концепции процесса делегирования полномочий
181.	Основные принципы здравоохранения
182.	Управление (менеджмент)
183.	Управленческий цикл
184.	Ресурсы управления
185.	Цель управления в здравоохранении
186.	Существующие особенности управления здравоохранением
187.	Основная задача, стоящая перед управлением здравоохранением
188.	Понятие процесса (технологии) управления
189.	Основные составляющие процесса управления
190.	Формула принципа замещения в управлении
191.	Основные функции управления
192.	Связь основных функций управления с уровнями здравоохранения
193.	Уровни управления должностных лиц в медицинской организации
194.	Способы административного воздействия в управлении здравоохранением
195.	Прямые социально-психологические методы управления медицинской организацией
196.	Основные стили управления медицинской организацией
197.	Особенности управления здравоохранением в РФ на современном этапе
198.	Делегирование полномочий
199.	Методы мотивации в управлении коллективом
200.	Определение паллиативной медицинской помощи
201.	Виды паллиативной медицинской помощи
202.	Условия оказания паллиативной медицинской помощи
203.	Специализированная медицинская помощь.
204.	Условия оказания специализированной медицинской помощи.
205.	Высокотехнологичная медицинская помощь

206.	Скорая медицинская помощь
207.	Понятие «качество медицинской помощи», согласно, рекомендаций ВОЗ
208.	Качество медицинской помощи, согласно, определения 323-ФЗ РФ
209.	Мероприятия, направленные на повышение качества медицинской помощи населению
210.	Организация оказания медицинской помощи
211.	Клинические рекомендации
212.	Порядок оказания медицинской помощи
213.	Стандарт медицинской помощи
214.	Основа международных стандартов ISO 9001 по управлению КМП
215.	Основа философии всеобщего управления качеством (TQM)
216.	Принципы системы менеджмента КМП
217.	Основные компоненты деятельности по контролю и обеспечению качества медицинской помощи
218.	«Триада Донабедиана»
219.	Качество структуры МО
220.	Качество процесса МО
221.	Качество результата деятельности МО
222.	Формы осуществления контроля качества и безопасности медицинской деятельности
223.	Виды государственного контроля, проводимые Росздравнадзором
224.	Ведомственный контроль КМП
225.	Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности
226.	Основные направления внутреннего контроля
227.	Структура внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности
228.	Формирование системы управления качеством медицинской помощи в МО

229.	Структура службы качества
230.	Технология управления качеством
231.	Результаты управления качеством
232.	Нежелательные события при осуществлении медицинской деятельности
233.	Источники информации при осуществлении внутреннего контроля
234.	Критерии оценки качества медицинской помощи
235.	Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи
236.	Экспертиза качества медицинской помощи
237.	Показатели, характеризующие качество лечебно-диагностической работы амбулаторно-поликлинического звена
238.	Показатели, характеризующие качество лечебно-диагностической работы стационара
239.	Основные права пациента при оказании медицинской помощи
240.	Обязанности медицинской организации
241.	Медицинская экспертиза
242.	Основные задачи ЭВН
243.	Виды медицинских экспертиз
244.	Критерии экспертизы нетрудоспособности
245.	Медицинский критерий ЭВН.
246.	Социальный критерий ЭВН.
247.	Порядок проведения ЭВН в медицинской организации
248.	Понятие «лечащий врач»
249.	Состав врачебной комиссии
250.	Основные цели создания ВК
251.	Условия создания ВК
252.	Основные функции врачебной комиссии
253.	Функции листка нетрудоспособности.

254.	Причины временной нетрудоспособности.
255.	Кто формирует ЛН
256.	Документы, необходимые для формирования ЛН.
257.	Условия формирования (выдачи) ЛН
258.	Порядок формирования ЛН в амбулаторно-поликлинических условиях.
259.	Порядок формирования ЛН в стационарных условиях.
260.	Порядок формирования ЛН при заболевании, травме
261.	Порядок формирования ЛН при направлении гражданина по решению ВК в другую медицинскую организацию.
262.	Порядок формирования ЛН при наступлении ВН в период отпуска без сохранения заработной платы, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста трех лет.
263.	Порядок формирования ЛН гражданам, нуждающимся в специализированной медицинской помощи.
264.	Порядок формирования ЛН при наступлении ВН, связанной с заболеванием, травмой и иными состояниями, в период ежегодного оплачиваемого отпуска
265.	Порядок направления на МСЭ при благоприятном прогнозе
266.	Порядок направления на МСЭ при неблагоприятном прогнозе
267.	Понятие медико-социальной экспертизы.
268.	Цели услуги по проведению МСЭ.
269.	Формат прохождения МСЭ.
270.	Условия признания гражданина инвалидом.
271.	Кто направляет на МСЭ.
272.	Порядок направления на МСЭ.
273.	Срок проведения медицинских обследований, необходимых для получения клинико-функциональных данных.
274.	Требования к оформлению направления на МСЭ.
275.	Действия МСЭ при отсутствии некоторых результатов обследования.

276.	Место проведения МСЭ.
277.	Критерии инвалидности.
278.	Виды нарушений функций организма
279.	Степени стойких нарушений функций.
280.	Критерии для установления групп инвалидности.
281.	Категории жизнедеятельности человека.
282.	Сроки переосвидетельствования.
283.	Порядок формирования ЛН при направлении на МСЭ.
284.	Отказ гражданина от направления на МСЭ или его неявка без уважительных причин в назначенный срок на МСЭ
285.	Порядок формирования ЛН при направлении больных на долечивание в санаторно-курортную организацию.
286.	Порядок формирования ЛН при направлении гражданина, пострадавшего в связи с тяжелым несчастным случаем на производстве, на санаторно-курортное лечение в период ВН
287.	Порядок формирования(выдачи) ЛН на период санаторно-курортного лечения больным туберкулезом.
288.	Порядок формирования ЛН по уходу за больным членом семьи возраста 15 лет и старше.
289.	Порядок формирования (выдачи) ЛН по уходу за больным ребенком
290.	Особенности оформления ЛН по уходу за больным членом семьи.
291.	Порядок формирования ЛН при карантине, а также при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
292.	Порядок формирования ЛН по уходу за здоровым ребенком в случае наложения карантина на образовательную организацию, которую он посещает.
293.	Порядок формирования ЛН при гельминтозе.
294.	Порядок формирование ЛН при протезировании.
295.	Порядок формирования ЛН по беременности и родам.
296.	Порядок формирования ЛН при операции прерывания беременности.

297.	Порядок формирования ЛН при усыновлении ребенка.
298.	Экспертиза качества медицинской помощи
299.	Критерии оценки качества медицинской помощи.
300.	Возмещение за вред, причинённый жизни и (или) здоровью граждан при оказании медицинской помощи.
301.	Система государственной статистики
302.	Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ)
303.	Организационные документы
304.	Распорядительные документы
305.	Информационно-справочные документы
306.	Требования законодателя к медицинским документам
307.	Основные принципы ведения медицинской документации
308.	Организация и структура документации
309.	Правила оформления
310.	Форма ведения и сроки хранения медицинской документации
311.	Порядок предоставления медицинских документов пациенту или его законному представителю
312.	Правила учета медицинской документации
313.	Виды текущей медицинской документации МО
314.	Оперативная медицинская документация
315.	Оперативно-учетная медицинская документация
316.	Учетная медицинская документация
317.	Статистическая медицинская документация
318.	Основной документ, являющийся формой статистического отчета медицинской организации по итогам работы за год
319.	Основные разделы Формы государственного статистического наблюдения "Сведения о медицинской организации» (ф. 30)

320.	Виды документов, являющихся основой, для заполнения раздела годового отчета «Деятельность МО по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях»
321.	Значение медицинской отчетности
322.	Общие методические требования к проведению анализа статистических данных
323.	Значение статистического анализа
324.	Анализ кадрового потенциала
325.	Анализ деятельности МО по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях
326.	Анализ хирургической помощи в амбулаторных условиях
327.	Анализ хирургической помощи в стационарных условиях
328.	Отчетная форма для анализа оказания медицинской помощи в стационарных условиях
329.	Формы медицинской документации при оказании медпомощи в амбулаторных условиях
330.	Формы медицинской документации при оказании медпомощи в стационарных условиях
331.	Формы медицинской документации при оказании медпомощи по акушерству и гинекологии
332.	Ведение медицинской документации в форме электронных медицинских документов
333.	Содержание образа электронного медицинского документа
334.	Формы медицинской документации, регистрирующие обращение
335.	Понятие термина «обращаемость»
336.	Значение «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (ф.025-1/у)
337.	Понятие «посещение»
338.	Требования к заполнению "Медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях"
339.	Учет заболеваемости по данным обращаемости

340.	Система учета инфекционной заболеваемости
341.	Отчетная форма для анализа показателей заболеваемости
342.	Общая заболеваемость
343.	Методика расчета показателя первичной заболеваемости
344.	Значение госпитализированной заболеваемости
345.	Учетный документ для регистрации госпитализированной заболеваемости
346.	Учетный документ для регистрации заболеваемости с временной утратой трудоспособности
347.	Методика расчета обеспеченности населения койками
348.	Показатели, применяемые для оценки эффективности деятельности стационара
349.	Методика расчета оборота койки
350.	Методика расчета показателя больничной летальности
351.	Методика расчета обеспеченности населения койками
352.	Методика расчета показателя обеспеченности населения врачами
353.	Методика расчета показателя укомплектованности врачебных должностей
354.	Методика расчета показателя числа посещений на одного жителя в поликлинике в год
355.	Виды групп показателей диспансерного наблюдения
356.	Методика расчета полноты охвата населения профилактическими осмотрами
357.	Методика расчета объема потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи
358.	Основные критерии оценки медицинской эффективности
359.	Основные критерии оценки социальной эффективности
360.	Базовая основа оценки здоровья населения и деятельности медицинских организаций

Эталоны ответов

Эталоны ответов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

Номер вопроса	Ответ
1.	В оптимизации коечного фонда
2.	Развитие первичной медико-санитарной помощи
3.	Медицинская статистика – общественно-медицинская наука, содержанием которой является изучение процессов здоровья населения и деятельности здравоохранения
4.	Медицинская статистика делится на 2 раздела: 1) статистика здоровья (изучает заболеваемость, демографические процессы и физическое развитие населения); статистика здравоохранения (изучает сведения о количестве медико-санитарных учреждений, их деятельности, кадрах и оценивает качество работы этих учреждений)
5.	Статистическое исследование состоит из последовательно проводимых 4-х этапов: 1. Составление плана и программы исследования; 2. Статистическое наблюдение (сбор материала); 3. Группировка и сводка материала; 4. Анализ полученных данных (вычисление относительных и средних величин и их графическое изображение)
6.	В медицинской статистике применяются следующие виды относительных величин: 1) экстенсивные показатели; 2) интенсивные показатели; 3) показатели соотношения; 4) показатели наглядности
7.	Экстенсивные показатели характеризуют распределение целого на составляющие его части по их удельному весу или выражают отношение части к целому (например, распределение больных по классам болезней, по возрасту, полу; распределение умерших по причинам смерти; структура коечной сети и др.)
8.	Интенсивные показатели – это показатели, характеризующие частоту или распространенность того или иного явления в своей среде (например, показатель заболеваемости, общей смертности, детской смертности, рождаемости и др.)
9.	Показатели соотношения характеризуют отношение между двумя самостоятельными, не связанными между собой совокупностями, исчисляются на 1, 100, 1000 и т. д. (например, показатель обеспеченности населения врачами, койками и т. д.)
10.	Показатели наглядности характеризуют отношение каждой из сравниваемых величин к исходному уровню, принятому за 1, 100, 1000 и т. д. Они применяются в тех случаях, когда в ходе

	анализа статистического материала возникает необходимость показать изменение во времени ряда величин (явлений) или наглядно сопоставить ряд однородных статистических величин (например, сопоставить уровни рождаемости, смертности, заболеваемости за ряд лет и др.)
11.	Средние величины применяются в медицине: а) при изучении физического развития отдельных групп населения; б) для оценки деятельности медицинских организаций; в) в различных санитарно-гигиенических исследованиях; г) в экспериментально-лабораторных исследованиях; д) в демографических и социально-гигиенических исследованиях
12.	Средняя величина – это сводная обобщающая характеристика какого-либо явления по определенному изменяющемуся количественному признаку. Она измеряет характерные типичные черты изучаемого явления
13.	Мерой типичности средней величины является среднее квадратическое отклонение (δ) и коэффициент вариации (Cv)
14.	Значимость, надежность показателя (то же самое существенность, неслучайность), т. е. право показателя на обобщающую характеристику явления называется статистической достоверностью
15.	1) результаты исследования обычно тем достовернее, чем больше сделано наблюдений; 2) достаточно ограничиться таким объемом, который дает устойчивые значимые результаты
16.	Суть метода стандартизации состоит в том, чтобы исключить влияние возрастного, социального, профессионального и т. д. состава населения на размеры общих показателей смертности или заболеваемости.
17.	Существует три метода стандартизации: прямой, косвенный и обратный.
18.	Под заболеваемостью следует понимать распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и др.). Она служит одним из критериев оценки работы врача, медицинской организации, органа здравоохранения.
19.	Первичная заболеваемость (собственно заболеваемость) — частота новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных среди населения заболеваний; общая заболеваемость (распространенность) — частота всех имеющих среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном

	<p>году; патологическая пораженность (частота заболеваний, выявленных при медицинском осмотре) — патология среди населения, устанавливаемая при проведении единовременных медицинских осмотров (обследований), в результате которых учитываются все заболевания, а также преморбидные формы и состояния.</p>
20.	<p>При изучении заболеваемости используются данные трех основных источников: 1. Материалы обращаемости населения за медицинской помощью; 2. Данные профилактических осмотров; 3. Материалы о причинах смерти.</p>
21.	<p>В статистике принято выделять: 1. инфекционную заболеваемость, 2. заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями, 3. госпитализированную заболеваемость, 4. заболеваемость с временной утратой трудоспособности.</p>
22.	<p>Единицей наблюдения при изучении заболеваемости по обращаемости является первичное обращение к врачу по данному заболеванию в календарном году</p>
23.	<p>Диагнозы острых заболеваний регистрируются при каждом их новом возникновении, хронические заболевания учитываются только 1 раз в году, обострения хронических заболеваний в этом году повторно они не учитываются.</p>
24.	<p>Учет заболеваемости по данным обращаемости ведется на основании «талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (ф. 025—1/у).</p>
25.	<p>В листе записи заключительных диагнозов впервые возникшее заболевание будет регистрироваться со знаком (+) и регистрируется в «талоне пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (ф. 025—1/у).</p>
26.	<p>Если хроническое заболевание впервые в жизни поставлено, то заболевание будет регистрироваться со знаком (+) при первичном обращении в данном календарном году. Хроническое заболевание, по поводу которого больной уже обращался в предыдущие годы, также подлежит записи на «лист». Однако такое заболевание не считается впервые установленным и не отмечается знаком (+).</p>
27.	<p>Показатель первичной заболеваемости рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний к средней численности населения, умноженное на 1000.</p>
28.	<p>Данные о первичной заболеваемости используются для оценки здоровья населения; для оценки роли различных социально-гигиенических факторов, влияющих на здоровье населения; для оценки эффективности профилактических мероприятий</p>

29.	Данные об общей заболеваемости населения используются для оценки здоровья населения; планирования здравоохранения; оценки эффективности методов лечения
30.	Показатель общей заболеваемости рассчитывается как отношение числа имевшихся заболеваний у населения за год к средней численности населения, умноженное на 1000.
31.	В случае обнаружения инфекционного заболевания (подозрения на него) заполняется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. 058/у) врачами и средним медицинским персоналом медицинских организаций всех ведомств, медицинским персоналом школ, детских домов, детских дошкольных учреждений и в течение 12 часов направляется в Центр гигиены и эпидемиологии и запись в журнале ф. № 060/у.
32.	К важнейшим неэпидемическим, подлежащим специальному учету, относятся: туберкулез, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, микозы, трахома, злокачественные новообразования, психические расстройства и расстройства поведения, гепатиты В и С, ВИЧ инфекция, сахарный диабет и болезни, характеризующие повышенным кровяным давлением
33.	Извещение о важнейшем неэпидемическом заболевании, подлежащем специальному учету, заполняет врач-специалист в виде утвержденных специальных форм в трехдневный срок направляют в специализированный диспансер
34.	Единицей учета в данном случае является случай основного заболевания выбывшего больного из стационара (выписанного или умершего), а учетным документом – «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (ф. 066/у).
35.	Сведения о госпитализированной заболеваемости позволяют судить: о своевременности госпитализации, продолжительности и исходе лечения, о совпадении или расхождении диагнозов, о объеме оказанной медицинской помощи.
36.	Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является каждый случай временной нетрудоспособности, имевший место у работающего в данном году; временная нетрудоспособность удостоверяется листком нетрудоспособности
37.	Число случаев временной утраты трудоспособности равно отношению числа случаев нетрудоспособности к среднегодовому числу работающих, умноженному на 100

38.	Число дней временной утраты трудоспособности рассчитывается как отношение числа дней нетрудоспособности к среднегодовому числу работающих, умноженному на 100.
39.	Различают следующие виды профилактических осмотров: предварительные, профилактические медицинские, предсменные, предрейсовые, послесменные, послерейсовые
40.	Причину смерти устанавливает врач на основании наблюдения за течением болезни в период, непосредственно предшествующий смерти; а также на основании осмотра или вскрытия трупа.
41.	В случае смерти человека врач заполняет «Медицинское свидетельство о смерти» (ф. 106у) или «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти» (ф. 106-2/у).
42.	Демографическая статистика изучает два раздела: статику и динамику населения.
43.	Статика населения изучает численность и состав населения (возрастной, половой состав, по уровню образования, социальному и семейному положению, профессии и т. д.), а также особенности территориального его расселения.
44.	Перепись населения должна соответствовать принципам: всеобщности, единства программы, поименности регистрации, одновременности регистрации на определенный момент переписи.
45.	Динамика населения изучает три вида движения населения: механическое, естественное движение и развитие населения
46.	Показатель общей рождаемости рассчитывается как отношение годового числа родившихся живыми к среднегодовой численности населения, умноженное на 1000
47.	Показатель общей плодовитости (фертильности) рассчитывается как отношение годового числа родившихся живыми к числу женщин в возрасте от 15 до 49 лет
48.	Показатель общей смертности рассчитывается как отношение годового числа умерших к среднегодовой численности населения, умноженное на 1000.
49.	Показатель младенческой смертности рассчитывается как отношение числа детей, умерших на первом году, число родившихся живыми, умноженное на 1000.
50.	Показатель естественного прироста населения рассчитывается как отношение разности между годовым числом родившихся и годовым числом умерших к среднегодовой численности населения, умноженное на 1000.
51.	Под физическим развитием человека понимается комплекс признаков, характеризующих размеры, силу и гармоничность человеческого тела.

52.	Планирование в здравоохранении — это процесс определения необходимых ресурсов и механизмов эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, а также достижения конкретных показателей здоровья населения.
53.	Выделяют три вида планирования: стратегическое; перспективное; текущее
54.	Норма – установленная и документально подтвержденная величина, определяющая максимальный уровень расходования ресурсов, получения доходов, прибыли, выработки продукции; норматив — это временная, оптимальная расчетная величина затрат материальных, трудовых, временных, финансовых и других ресурсов, применяемая при нормировании труда и планировании производственной и хозяйственной деятельности.
55.	Основными принципами амбулаторно-поликлинической помощи являются: доступность, участковость, профилактическая направленность, преемственность и этапность лечения
56.	Это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья определённых групп населения, своевременного проведения профилактических мероприятий
57.	Диспансерное наблюдение – это динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации.
58.	Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебном участке: на терапевтическом участке – 1700 человек, на участке врача общей практики – 1500; на участке семейного врача – 1200 человек.
59.	Показатель рассчитывается как отношение суммы числа посещений врачей в поликлинике и на дому к среднегодовой численности населения, обслуживаемого данной поликлиникой
60.	Показатели диспансерного наблюдения делятся на три группы: отражающие объем диспансерного наблюдения, качество диспансерного наблюдения и эффективность диспансерного наблюдения
61.	Проектная деятельность – это деятельность, связанная с инициированием, подготовкой, реализацией и завершением проектов.

62.	Проектная деятельность содержит: анализ проблемы («нет проблем» = проблема); постановка цели; выбор средств ее достижения; контроль за выполнением проекта; оценка полученных результатов и выводов.
63.	Проектный подход используется для повышения эффективности деятельности, направлен на достижение конкретных конечных результатов в установленные сроки при ограниченных ресурсах, находящихся в распоряжении исполнителей.
64.	Проект – это комплекс мероприятий, состоящий из взаимосвязанных задач, с четко определенными целями, календарным планом и бюджетом.
65.	Жизненный цикл проекта (ЖЦП) — это промежуток времени между моментом формализации идеи или утверждения технического задания проекта и моментом его закрытия, т. е. от состояния, «когда проекта еще нет», до состояния, «когда проекта уже нет».
66.	Начало проекта, оценка жизнеспособности и эффективности проекта с учетом возможных рисков, разработка проекта и системы управления им, организация выполнения проекта, эффективный контроль и оперативное регулирование выполнения проекта, закрытие проекта
67.	Различают следующие виды проектов: по сферам деятельности: технический, организационный, экономический, социальный; по целевому назначению: инвестиционный, инновационный, научно-исследовательский, смешанный; по масштабу: малый, средний, крупный; по составу: монопроект, мультипроект, мегапроект; по срокам реализации: краткосрочный, среднесрочный, долгосрочный.
68.	Это временная организационная структура, объединяющая отдельных специалистов, группы и/или организации, привлеченные к выполнению работ проекта и ответственные перед руководителем проекта за их выполнение.
69.	Команда управления проектом объединяет членов команды проекта, которые непосредственно вовлечены в управление проектом и принятие управленческих решений
70.	Любой проект направлен на достижение конкретных целей; проект включает в себя координированное выполнение взаимосвязанных действий; проект имеет ограниченную протяженность во времени, с определенным началом и концом; каждый проект в определенной степени неповторим и уникален.
71.	SWOT- анализ (по начальным буквам английских слов «S - сила», «W - слабости», «O - возможности», «T - угрозы»). Сильные стороны проекта, которые позволяют эффективно справляться с

	анализируемой ситуацией; слабые стороны проекта, которые могут проявляться в анализируемой ситуации; возможности, которые представляет нам анализируемая ситуация; угрозы, которые таит в себе анализируемая ситуация.
72.	Для обеспечения выполнения всех работ в срок принято составлять графики, показывающие время начала и окончания заданий («Дорожная карта» «Календарный план» ТПР)
73.	Это популярный тип столбчатых диаграмм, который используется для иллюстрации плана, графика работ по какому-либо проекту. Является одним из методов планирования проектов.
74.	Требования к системе контроля вырабатываются до начала реализации проекта с участием всех заинтересованных сторон и определяют состав анализируемой информации; периодичность сбора информации; структуру отчетов; ответственных за осуществление общего контроля изменений.
75.	Управление рисками – совокупность методов анализа и нейтрализации факторов рисков, объединенных в систему планирования, мониторинга и корректирующих воздействий. и является подсистемой управления проектом.
76.	Для государства преимущества состоят в том, что повышается обоснованность и четкость планирования и осуществления проектов и программ, контроль над расходованием средств, ресурсов и сроков исполнения, снижаются риски, затраты времени и ресурсов, снижаются расходы бюджетов всех уровней, повышается эффективность государственного управления и т.д.
77.	Национальный проект – это документ стратегического планирования, разрабатываемый в рамках целеполагания по межотраслевому принципу на федеральном уровне (основа для разработки или корректировки госпрограмм).
78.	Программно-целевое управление в здравоохранении позволяет: решать первоочередные проблемы системы здравоохранения; выстраивать приоритеты в организационно управленческой деятельности; алгоритмизировать управленческую деятельность в соответствии с разработанной программой; осуществлять мониторинг продвижения к реализации поставленной цели по этапам программы.
79.	Снижение к 2024 году смертности населения трудоспособного возраста до 350 случаев на 100 тыс. населения; снижение к 2024 году смертности от болезней системы кровообращения до 450 случаев на 100 тыс. населения; снижение к 2024 году смертности от новообразований, в том числе от злокачественных, до 185 случаев на 100 тыс. населения; снижение к 2024 году

	младенческой смертности до 4,5 случая на 1 тыс. родившихся живыми.
80.	Территориальная программа госгарантий включает: перечень заболеваний и видов медицинской помощи, предоставляемой гражданам бесплатно за счет средств бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования
81.	Проектный подход используется для повышения эффективности деятельности, направлен на достижение конкретных конечных результатов в установленные сроки при ограниченных ресурсах, находящихся в распоряжении исполнителей.
82.	К основным этапам осуществления проекта относятся: разработка проекта, привлечение ресурсов, реализация проекта, отчет и оценка проекта.
83.	Основными характеристиками социального проекта являются: решение конкретной проблемы, на конкретную целевую группу, для которой эта проблема актуальна, не имеет цели извлечения прибыли.
84.	К основным блокам при написании паспорта социального проекта относятся: название, сроки, цель и задачи, описание проекта, социальная значимость или научная новизна, количественные и качественные показатели, команда проекта, календарный план, бюджет
85.	Федеральный бюджет; внебюджетные источники; консолидированные бюджеты субъектов РФ.
86.	Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи; борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями; борьба с онкологическими заболеваниями; развитие детского здравоохранения, включая создание современной инфраструктуры оказания медицинской помощи детям; обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами; методическое руководство национальными медицинскими исследовательскими центрами; создание единого цифрового контура (ЕГИСЗ); развитие экспорта медицинских услуг.
87.	Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь
88.	В состав национального проекта «Демография» входит 5 проектов: «Финансовая поддержка семей при рождении детей», «Старшее поколение», «Содействие занятости женщин – создание условий дошкольного образования для детей в возрасте до 3-х лет», «Укрепление общественного здоровья», «Спорт – норма жизни».

89.	Цель проекта – это утверждение, формулирующее общие результаты, которых хотелось бы добиться в процессе выполнения проекта
90.	Комплексное выполнение всех описанных в проекте действий, которые направлены на достижение его целей
91.	Процессы однотипны и цикличны, проект уникален по своей цели и методам реализации, а также имеет четкие сроки начала и окончания
92.	Промежуточный и итоговый контроль качества с составлением отчетов
93.	Наиболее сильное влияние на реализацию проекта оказывают экономические и правовые факторы.
94.	Отличительной особенностью инвестиционных проектов является высокая степень неопределенности и рисков
95.	К участникам проекта относятся физические и юридические лица, непосредственно задействованные в проекте, или те, чьи интересы могут быть затронуты в ходе выполнения проекта.
96.	Завершающая фаза жизненного цикла проекта включает в себя приемочные испытания и опытную эксплуатацию.
97.	Объектом в системе управления проектом является портфель проектов, программа, проект, стадии жизненного цикла программ и проектов.
98.	К критериям успешности проекта относятся цели проекта, стоимость, сроки, качество.
99.	К основным целям менеджмента относятся планирование, организация, руководство, контроль.
100.	Управление проектами в здравоохранении – это организационный процесс, который улучшает работу медицинских организаций, направлен на решение проблемы в текущей деятельности и внедрять политику, которая улучшает обслуживание пациентов и способствует позитивным отношениям с заинтересованными сторонами
101.	Планирование в здравоохранении — это процесс определения необходимых ресурсов и механизмов эффективного их использования для решения задач повышения качества и доступности медицинской помощи, а также достижения конкретных показателей здоровья населения.
102.	SWOT-анализ нужен, чтобы оценить сильные и слабые стороны компании и определить перспективы развития и угрозы извне.
103.	В принцип SMART входят: конкретность, измеримость, достижимость, актуальность, ограниченность во времени
104.	Для государственного планирования существуют следующие особенности: финансовый ресурс ограничен рамками бюджета; подотчетность исполнителей органам власти более высокого

	уровня; наличие жесткого ведомственного исполнительского контроля, необходимость публичной отчетности, общественного контроля; ограниченность правового поля деятельности, особенно в сфере конкурсных процедур; направленность, прежде всего, на достижение социального эффекта.
105.	Стратегической планирование – это деятельность по целеполаганию, прогнозированию, планированию и программированию социально-экономического развития РФ и муниципальных образований, отраслей экономики и сфер государственного и муниципального управления, обеспечения национальной безопасности РФ, она направлена на решение задач устойчивого социально-экономического развития и обеспечения национальной безопасности.
106.	Программа – комплекс взаимосвязанных проектов и мероприятий, объединенных общей целью и координируемых совместно, в целях повышения общей результативности и управляемости.
107.	Региональный проект – проект, обеспечивающий достижение целей, показателей и результатов федерального проекта, мероприятия которого относятся к законодательно установленным полномочиям субъекта Российской Федерации, а также к вопросам местного значения муниципальных образований, расположенных на территории указанного субъекта Российской Федерации.
108.	Федеральный проект – проект, обеспечивающий достижение целей, целевых и дополнительных показателей, выполнение задач национального проекта и (или) достижение иных целей и показателей, выполнение иных задач по поручению и (или) указанию Президента Российской Федерации, поручению Председателя Правительства Российской Федерации, Правительства Российской Федерации, решению Совета, президиума Совета, поручению куратора соответствующего национального проекта
109.	Реализация мероприятий федерального проекта направлена на: увеличение доступности первичной медико-санитарной помощи для жителей отдаленных и малонаселенных пунктов; развитие санитарной авиации, формирование системы защиты прав пациентов, увеличение доступности для граждан поликлиник и поликлинических подразделений, внедривших стандарты и правила «Новой модели организации оказания медицинской помощи»; увеличение охвата профилактическими медицинскими осмотрами и диспансеризацией.
110.	В рамках федерального проекта «Борьба в онкологических заболеваниями» должно быть обеспечено повышение

	квалификации врачей, переоснащение медицинских организаций, открытие центров амбулаторной онкологической помощи, онкологических диспансеров, референс-центров для изучения наиболее тяжелых случаев, а также коммуникационная кампания по повышению уровня знаний населения о мерах профилактики онкозаболеваний.
111.	Федеральный проект реализуется в целях повышения качества медицинской помощи путем развития инноваций в сфере здравоохранения, укрепления кадрового, в том числе научного, потенциала, создания условий для устойчивого спроса на инновационную продукцию и ее внедрения в практическое здравоохранение, включая систему ранней диагностики заболеваний и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов, развитие трансляционной медицины.
112.	Цель проекта — организация оказания медицинской помощи рядом с местом жительства, обучения или работы исходя из потребностей всех групп населения.
113.	Первой целью национального развития является обеспечение устойчивого естественного роста численности населения Российской Федерации
114.	Федеральный проект «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек» поддерживает создание и развитие центров здоровья для взрослых и детей и корпоративные программы по укреплению здоровья
115.	Важнейшими приоритетами Национальных проектов являются развитие человеческого капитала и улучшение качества жизни.
116.	Три направления деятельности в соответствии с Национальными целями: развитие человеческого капитала, создание комфортной среды для жизни, обеспечение экономического роста.
117.	Критерии определяют общую цель реализуемого проекта, в то время как индикаторы отражают различные стороны достижения конечных целей. Критерии и индикаторы обеспечивают также контроль над осуществлением проекта.
118.	Стратегические документы должны отражать следующие основные разделы: анализ, оценку состояния соответствующей сферы; прогнозы развития на долгосрочный период; приоритеты, задачи и показатели для их измерения; способы их эффективного достижения; сроки и этапы проведения мероприятий; ожидаемые результаты проведения мероприятий; план мероприятий на среднесрочный период.
119.	Крупнейшими государственными фондами поддержки

	<p>научной, научно-технической и инновационной деятельности являются: Российский научный фонд, Российский гуманитарный научный фонд, Фонд содействия развитию малых форм предприятий в научно-технической сфере и Фонд перспективных исследований.</p>
120.	<p>Чем больше экономический эффект (или результат) и меньше примененные для этого ресурсы, тем выше эффективность системы.</p>
121.	<p>Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с Положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти</p>
122.	<p>Выполняемые медицинским работником по отношению к пациенту, затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность виды медицинских обследований и (или) медицинских манипуляций, а также искусственное прерывание беременности</p>
123.	<p>Комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг</p>
124.	<p>Медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение</p>
125.	<p>На сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, на информированное добровольное согласие (или отказ) на медицинское вмешательство, на возмещение вреда, причиненного его жизни и (или) здоровью, при оказании медицинской помощи</p>
126.	<p>Первичная медико-санитарная, специализированная, скорая и паллиативная</p>
127.	<p>Вне медицинской организации; амбулаторно; в дневном стационаре; стационарно</p>
128.	<p>экстренная, неотложная, плановая.</p>
129.	<p>Первичная медико-санитарная помощь оказывается в следующих условиях: на дому, амбулаторно, в дневном стационаре</p>

130.	Диспансеризация представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния здоровья (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определенных групп населения
131.	Диспансеризация проводится: 1 раз в три года в возрасте от 18 до 39 лет включительно; ежегодно в возрасте 40 лет и старше, а также в отношении отдельных категорий граждан, включая (инвалидов, блокадники, бывших несовершеннолетних узников и др.)
132.	Профилактические осмотры проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для несовершеннолетних и их родителей или иных законных представителей
133.	Дача информированного добровольного согласия несовершеннолетнего (его родителя или иного законного представителя) на медицинское вмешательство
134.	Разделение труда, полномочие и ответственность, дисциплина, единство руководства, подчинение личных интересов общим интересам, централизация, вознаграждение персонала, порядок, стабильность персонала, равенство, корпоративный дух, инициатива
135.	Закон специализации управления, закон интеграции управления, закон экономии времени
136.	Совокупность методов, приемов и способов, позволяющих прогнозировать наступление рискованных событий и применять меры к их уменьшению
137.	Нельзя рисковать больше, чем позволяет собственный капитал; нельзя рисковать большим ради малого; необходимо думать о последствиях риска
138.	Технология учета и планирования рабочего времени
139.	Приемы эффективного управления (чаще всего руководителем, менеджером) собственной трудовой деятельностью
140.	Выполнение работы с меньшими затратами; лучшая организация труда; лучшие результаты труда; меньше спешки и стресса; больше удовлетворения от работы; более высокая мотивация; рост квалификации; меньшая загруженность работой; меньше

	ошибок в выполнении своих функций; достижение профессиональных и жизненных целей кратчайшим путем
141.	Формальные (жесткие) методы - HARD SKILLS, неформальные (мягкие) методы – SOFT SKILLS, знания предметной области
142.	Стандарты, технологии, методики, ИТ – системы, математические методы
143.	Лидерство, харизма, интуиция, опыт и навыки
144.	Использование техники личной работы и психологию управления
145.	Планирование, организация, руководство, контроль, мотивация
146.	Конфликтология, межличностные отношения, групповые интересы и пр.
147.	Организация – это группа людей, деятельность которых сознательно координируется для достижения общей цели
148.	Это такое состояние управленческого взаимодействия, при котором существующие административно-бюрократические правила приходят в несоответствие с новыми условиями
149.	Это отказ определенных субъектов и объектов управления от предписанных шаблонов и норм поведения, неисполнение в той или иной мере своих обязанностей
150.	Это острая форма управленческого конфликта, затрагивающая устои существующей системы управления
151.	Это самая острая форма управленческого конфликта, ведущая к расколу и ликвидации существующей системы управления
152.	Выявить совокупность дезорганизующих факторов; определить руководителей дезорганизаторов (формальных или неформальных): проанализировать дефекты иерархии; постараться увидеть положительный аспект дезорганизации, который поможет разблокировать принятие решений и разрушит нежелательный конфликт
153.	Это совокупность официально представленных прав и обязанностей самостоятельно принимать решения и отдавать распоряжения в интересах организации
154.	Передача задач и полномочий лицу, которое принимает на себя ответственность за их выполнение
155.	Разгрузить вышестоящих руководителей, освободить их от текущей рутинной работы и создать условия для решения стратегических задач управления; повысить дееспособность нижестоящих звеньев управления; активизировать «человеческий фактор», как можно больше вовлечь и заинтересовать работников
156.	Отсутствие доверия к подчиненным; боязнь потерять власть над подчиненными; отсутствие способности руководить, обучать

	подчиненных; боязнь риска; отсутствие системы контроля за работой подчиненных; уверенность что руководитель выполнит эту работу лучше
157.	Боязнь ответственности, неуверенность в себе; боязнь риска, критики со стороны руководства; перегрузка подчиненного; отсутствие стимулов; отсутствие необходимых ресурсов для выполнения работы
158.	стратегический, тактический и оперативный
159.	прогноз и планирование; распределение ресурсов; организация и интеграция
160.	подбор кадров, координация работы подразделений, контроль качества
161.	регулирование, учет, контроль, анализ
162.	это процесс влияния на индивидуумов или групп лиц для достижения поставленных целей
163.	лидер-организатор, лидер-творец, лидер-борец, лидер-дипломат, лидер-утешитель
164.	умение быстро находить эффективные пути и средства решения задач
165.	привлекает к себе способностью видеть новое, браться за решение проблем, которые могут показаться неразрешимыми
166.	волевой, уверенный в своих силах человек. Готов отстаивать то, во что верит, и не склонен к уступкам
167.	опирается на превосходное знание ситуации, в курсе сплетен и пересудов и поэтому хорошо знает, на кого и как можно повлиять
168.	готов поддержать в трудную минуту
169.	изучения влияния окружающей среды и разработка мероприятий по сохранению и улучшению здоровья населения
170.	возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством РФ. Возмещению подлежат утраченный потерпевшим заработок (доход), который он имел либо определенно мог иметь, а также дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, в том числе расходы на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение
171.	это документ, определяющий объем лечебно-диагностических процедур, требования к результатам лечения, объем финансового обеспечения

172.	Оказание медицинской помощи в соответствии со своей квалификацией, должностными инструкциями, служебными и должностными обязанностями
173.	на сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью; на информированное добровольное согласие (или отказ) на медицинское вмешательство; на возмещение вреда, причиненного его жизни и (или) здоровью, при оказании медицинской помощи
174.	оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме, осуществлять медицинскую деятельность в соответствии с порядками, стандартами и клиническими рекомендациями, информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, соблюдать врачебную тайну, вести медицинскую документацию в установленном порядке, обеспечивать учет и хранение медицинской документации, обеспечивать предоставление информации в единую государственную информационную систему
175.	методы мотивации в управлении коллективом включают: содержание и условия труда, экономическое стимулирование, состояние социально-психологического климата, обучение, повышение квалификации
176.	Неблагоприятные исходы лечения всегда являются следствием двух причин: естественного развития болезни или нежелательных последствий самих мероприятий, проводимых медицинскими работниками, и ятрогения
177.	ятрогения может возникнуть на фоне проведения обоснованного, правильного и полноценного лечения, например, вследствие аномальной реакции организма на какое-либо лекарственное средство. Во-вторых, ятрогенные осложнения могут быть следствием врачебных ошибок. Наконец, ятрогении могут быть обусловлены нарушениями правил и технологий оказания медицинской помощи вследствие небрежности или легкомыслия со стороны медицинских работников
178.	это модель, которая описывает процесс управления как цикл из повторяющихся этапов, направленных на получение результата
179.	четыре основных элементов управления, из которых он состоит, присутствуют в любом виде управления организации. Это: планирование, организация, мотивация и контроль
180.	существуют две противоположные концепции процесса, посредством которого передаются полномочия: классическая концепция (назначение главного врача по хирургии, по терапии и др.) и концепция принятия полномочий (замещение сотрудника во время его отпуска или болезни)

181.	Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий; приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи; приоритет охраны здоровья детей; социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья; ответственность органов государственной власти и органов местного самоуправления, должностных лиц организаций за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья; доступность и качество медицинской помощи; недопустимость отказа в оказании медицинской помощи; приоритет профилактики в сфере охраны здоровья; соблюдение врачебной тайны
182.	Управление (менеджмент) — процесс прогнозирования, планирования, организации, мотивации, координации и контроля, направленный на формулировку и достижение цели организации
183.	Управленческий цикл включает следующие элементы: анализ ситуации, принятие решения, организация выполнения, контроль
184.	Под ресурсами управления понимают: кадры, информацию, финансы, основные фонды
185.	Целью управления в здравоохранении является снижение потерь общества от заболеваемости, инвалидности и смертности населения при имеющихся ресурсах
186.	К особенностям управления в здравоохранении относятся: особая ответственность при принятии решений; трудность (невозможность) предсказания отдаленных последствий этих решений; трудность (невозможность) исправления неверных решений
187.	Задача управления здравоохранением – это наиболее эффективное достижение цели путем повышения качества лечебно-профилактических мероприятий и рационального использования ресурсов здравоохранения
188.	Технология управления представляет собой систему операций и процедур, выполняемых в определенной последовательности (алгоритм управления) и приводящих к цели
189.	Процесс управления включает: постановку целей и задач; определение способов достижения целей; обучение и подготовку кадров; реализацию управленческих решений; проверку результатов их выполнения; корректировку управляющих воздействий
190.	Замещение отсутствующих сотрудников в современном менеджменте определяется как принцип «1=5»

191.	Основные функции управления: планирование и прогнозирование; организация; координация и регулирование; стимулирование и мотивация; руководство; контроль
192.	Стратегический уровень управления соответствует управлению здравоохранением Российской Федерации и субъектов РФ, тактический – территориальному и муниципальному уровню, оперативный – уровню медицинских организаций, их подразделений, отдельных специалистов
193.	Стратегический уровень управления осуществляет главный врач медицинской организации, тактический уровень – заместители главного врача; оперативный уровень – руководители подразделений, не имеющие в подчинении других руководителей
194.	К способам административного воздействия относятся: стабилизирующие (регламентирующие) методы (положения, нормы нагрузки, нормативы, штатное расписание); распорядительные методы – направлены на решения конкретных задач (директивы, приказы); дисциплинарные методы (строгое соблюдение дисциплины и установление ответственности)
195.	Прямые методы социально-психологического воздействия включают: внушение, убеждение; подражание, вовлечение, принуждение, побуждение
196.	Выделяют четыре основных стиля управления: авторитарный; либеральный; демократический; динамический
197.	На современном этапе существуют следующие особенности управления здравоохранением в РФ: демонополизация; децентрализация; демократизация
198.	Делегирование полномочий — это процесс передачи части функций руководителя другим управляющим или сотрудникам для достижения конкретных целей организации. Используется для улучшения и оптимизации рабочей силы руководителя
199.	Методы мотивации в управлении коллективом включают: содержание и условия труда, экономическое стимулирование, состояние социально-психологического климата, обучение, повышение квалификации
200.	Паллиативная медицинская помощь – это комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания
201.	Паллиативная медицинская помощь подразделяется на паллиативную первичную медицинскую помощь, в том числе

	доврачебную и врачебную, и паллиативную специализированную медицинскую помощь
202.	Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара, стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи
203.	Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.
204.	Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами в стационарных условиях и в условиях дневного стационара.
205.	Высокотехнологичная медицинская помощь является частью специализированной медицинской помощи и включает в себя применение новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов геномной инженерии, разработанных на основе достижений медицинской науки и смежных отраслей науки и техники
206.	Скорая медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
207.	Содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации врача, минимальном риске для пациента, оптимальном использовании ресурсов и удовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения
208.	Это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медпомощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики и лечения, степень достижения запланированного результата
209.	Изучение удовлетворенности пациентов, обеспечение информационной открытости, снизить длительности ожидания очереди в регистратуру, к врачу, лабораторно-инструментальных исследований, обеспечить направление пациентов к врачам специалистам согласно маршрутизации, обеспечить соблюдение медицинской этики и деонтологии, снизить сроки ожидания госпитализации, обеспечить

	бесплатное предоставление лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения в соответствии с нормативными документами
210.	Организуется и оказывается в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи; в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, всеми медицинскими организациями; на основе клинических рекомендаций; с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти
211.	Документы, содержащие основанную на научных доказательствах структурированную информацию по вопросам профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, в том числе протоколы ведения (протоколы лечения) пациента, варианты медицинского вмешательства и описание последовательности действий медицинского работника с учетом течения заболевания, наличия осложнений и сопутствующих заболеваний, иных факторов, влияющих на результаты оказания медицинской помощи
212.	Совокупность мероприятий организационного характера, направленных на своевременное обеспечение оказания гражданам медицинской помощи надлежащего качества и в полном объеме и содержит: этапы оказания медицинской помощи; стандарт оснащения МО, ее структурных подразделений для оказания медицинской помощи; рекомендуемые штатные нормативы; Положение об организации деятельности МО (ее структурного подразделения, врача данной медицинской организации) в части оказания медицинской помощи; иные положения, исходя из особенностей оказания медицинской помощи
213.	Унифицированная совокупность медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при оказании медицинской помощи гражданину при определенном заболевании (состоянии)
214.	Стандарты серии ISO 9001 позволяют значительно повысить уровень управления и обеспечить качество продукции или услуг. Эти стандарты основаны на всеобщем управлении качеством (TQM - Total Quality Management) и ориентированы на постоянное его улучшение (Quality improvement)
215.	Ориентация на пациента и потребителей, лидирующая роль руководства, вовлеченность персонала, процессный подход, принятие решений, основанных на фактах, взаимовыгодные

	отношение с партнерами и обществом, системный подход, постоянное улучшение
216.	Ориентация на потребителя, лидерство, взаимодействие людей, процессный подход, улучшение, принятие решений, основанных на свидетельствах, менеджмент взаимоотношений
217.	Безопасность медицинской помощи, доступность медицинской помощи, оптимальность медицинской помощи, удовлетворенность пациентов
218.	Ливанский ученый А. Донабедиан предложил при построении системы контроля качества и безопасности медицинской деятельности использовать системный подход, который включает триаду стандартов: на ресурсы, процесс, результат.
219.	Организация работы персонала, квалификация медицинских работников, материально-техническое обеспечение
220.	Время ожидания, соблюдение клинических рекомендаций и стандартов, правильность выбора медицинской технологии
221.	Высокие показатели результативности деятельности МО, восприятие потребителем результата – удовлетворенность пациентов КМП
222.	Государственный контроль, ведомственный контроль, внутренний контроль
223.	Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, государственный контроль за обращением медицинских изделий, государственный контроль при обращении лекарственных средств
224.	Организуется и осуществляется федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в подведомственных им организациях. Ведомственный контроль включает проведение проверок применения медицинскими организациями положений об организации оказания медицинской помощи по видам, порядков оказания медицинской помощи, клинических рекомендаций, стандартов медицинской помощи; соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, соблюдения медицинскими работниками, руководителями ограничений, применяемых к ним при осуществлении профессиональной деятельности; соблюдения прав граждан в сфере охраны здоровья граждан, соблюдения порядков проведения медицинских экспертиз, диспансеризации, медицинских осмотров и медицинских освидетельствований; соблюдения требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности

225.	Это совокупность мероприятий, направленных на обеспечение прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с установленными порядками оказания медицинской помощи. Требования к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности регулируется приказом Минздрава России
226.	Лекарственная безопасность, безопасность медицинских изделий, хирургическая безопасность, безопасность среды в медицинской организации, эпидемиологическая безопасность, преемственность медицинской помощи, идентификация личности пациентов, организация экстренной и неотложной помощи в стационаре, профилактика рисков, связанных с переливанием донорской крови и ее компонентов, препаратов из донорской крови, система управления персоналом, организация оказания медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями, критериями качества
227.	По приказу главного врача МО формируется комиссия (Служба) по внутреннему контролю или назначается уполномоченный по качеству и безопасности медицинской деятельности, которые работают в тесной связи с ВК и заведующими структурных подразделений. В состав Комиссии могут входить: врачебный персонал, сестринский персонал, технический персонал, ответственные руководители структурных подразделений, заместители главного врача, профильные специалисты (в соответствии с оцениваемыми показателями)
228.	На основе триады А.Донабедиана формируется структура службы качества, технология управления качеством и результаты управления качеством
229.	Подразделения службы, врачебная комиссия, уполномоченный по качеству, врачи эксперты, аудиторы
230.	Планирование обучения экспертиз, аудитов, заседаний ВК; проведение обучения, экспертиз, аудитов, заседаний ВК; стандартизация процессов и рабочих мест; принятие управленческих решений
231.	Показатели мониторинга, отзывы потребителей, результаты экспертиз и аудитов, рейтинги врачей, подразделений и служб; социально-экономические показатели
232.	Являются факты и обстоятельства, создающие угрозу причинения или повлекшие причинение вреда жизни и здоровью граждан и (или) медицинских работников, а также, приведшие к удлинению сроков оказания медицинской помощи

233.	Медицинская документация, результаты анкетирования и устных опросов персонала, результаты анкетирования и устных опросов, результаты анализа жалоб и обращений граждан, прямое наблюдение за процессами медицинской деятельности, отчетные статистические формы
234.	Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций и утверждаются МЗ РФ
235.	Проводится в системе ОМС путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи
236.	Это выявление нарушений в оказании медицинской помощи, в том числе оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно- следственных связей выявленных дефектов в оказании медицинской помощи
237.	Уровень первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста, расхождение в диагнозах, поставленных в поликлинике и стационаре, своевременность и полнота охвата диспансерным учетом
238.	Средняя длительность лечения больного в стационаре; больничная летальность; показатель совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов
239.	Выбор врача и выбор медицинской организации; право на профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям; получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья, в том числе после его смерти; получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи; допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав; допуск к нему священнослужителя, а в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях - на предоставление условий для отправления религиозных обрядов
240.	Оказывать гражданам медицинскую помощь в экстренной форме; осуществлять медицинскую деятельность в

	соответствии с порядками, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов; информировать граждан о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий, соблюдать врачебную тайну; вести медицинскую документацию в установленном порядке; обеспечивать учет и хранение медицинской документации; обеспечивать предоставление информации в единую государственную информационную систему
241.	Проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую и иную деятельность, а также установление причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.
242.	Оценка состояния здоровья пациента, возможность осуществления им профессиональной деятельности, обоснованность диагноза, полнота проводимого обследования, качества и эффективности лечения, определение срока временной нетрудоспособности.
243.	Экспертиза ВН, медико-социальная экспертиза, военно-врачебная экспертиза, судебно-медицинская экспертиза, экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией, экспертиза КМП
244.	Медицинской и социальный
245.	Своевременная постановка полного клинического диагноза с учетом выраженных морфологических изменений, тяжести и характера заболевания, стадии компенсации; определение клинического и отдаленного прогноза
246.	Это всё что связано с профессиональной деятельностью больного: организация, периодичность и ритм работы, нагрузка на определенные органы и системы, наличие неблагоприятных условий труда, профессиональные вредности
247.	На первом уровне – лечащий врач (фельдшер, зубной врач), на втором уровне – врачебная комиссия (ВК)
248.	Врач, на которого возложены функции по организации и непосредственному оказанию пациенту медицинской помощи в период наблюдения за ним и его лечения
249.	Председатель ВК (руководитель медицинской организации или один из заместителей руководителя медицинской организации, имеющий высшее медицинское образование); заместитель председателя ВК (заместитель руководителя медицинской организации по медицинской части и (или) заместитель руководителя медицинской организации по экспертизе ВН);

	члены ВК (врачи – специалисты, в том числе – клинический фармаколог, заведующие отделениями); секретарь
250.	В целях совершенствования организации оказания медицинской помощи, принятия решения в наиболее <i>сложных и конфликтных случаях</i> по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации, определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников, осуществления оценки качества, обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий...
251.	Врачебная комиссия создается на основании приказа руководителя МО, все члены ВК должны пройти учебу по ЭВН.
252.	Контрольная и экспертная.
253.	Медицинская, юридическая, финансовая и страховая, статистическая.
254.	Заболевание и травма, направление граждан на МСЭ, на санаторно-курортное лечение, по уходу за больным членом семьи, при карантине, а также при угрозе распространения заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при протезировании, по беременности и родам
255.	Лечащие врачи МО; фельдшеры; зубные врачи МО, иные работники со средним медицинским образованием в случаях, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти; лечащие врачи клиник НИИ, в т.ч. клиник НИИ протезирования или протезостроения
256.	Формирование ЛН в форме электронного документа осуществляется при предъявлении документа, удостоверяющего личность, а также СНИЛСа
257.	Формирование (выдача) и продление ЛН осуществляется медицинским работником после осмотра гражданина и записи данных о состоянии его здоровья в м/к амбулаторного (стационарного) больного, обосновывающей необходимость временного освобождения от работы. Номера ЛН регистрируются в первичной медицинской документации с указанием дат формирования (выдачи) и продления, выписки гражданина на работу, сведений о направлении гражданина в другую МО или в учреждение МСЭ.
258.	ЛН выдается в день установления временной нетрудоспособности на весь период временной нетрудоспособности, включая нерабочие праздничные и выходные дни.
259.	Выдается в день выписки из стационара за весь период стационарного лечения.

260.	Лечащий врач единолично формирует ЛН сроком до 15 календарных дней включительно, свыше 15 календарных дней ЛН выдается и продлевается по решению ВК.
261.	Формируется ЛН с учетом числа дней, необходимых для проезда к месту нахождения соответствующей МО.
262.	ЛН формируется со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся временной нетрудоспособности в пределах сроков Условий и порядка
263.	Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи формируется (выдается) ЛН непосредственно в специализированной МО.
264.	ЛН формируется на общих основаниях
265.	При благоприятном клиническом и трудовом прогнозе не позднее 10 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности и не позднее 12 месяцев при лечении туберкулеза
266.	При очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев с даты начала временной нетрудоспособности
267.	Это группа медицинских экспертов, которая рассматривает соответствие состояния здоровья гражданина установленным критериям. В рамках экспертизы проводится комплексный анализ клинических, психологических, трудовых, социально-бытовых составляющих.
268.	Установление структуры, степени ограничения жизнедеятельности и определения потребностей освидетельствуемого лица в различных мерах социальной защиты, включая реабилитацию и абилитацию.
269.	Он может быть очным или заочным без личного участия, дистанционным. Выбрать формат проведения МСЭ можно и в МО при заполнении формы согласия на прохождение комиссии.
270.	1. нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, 2. ограничение жизнедеятельности, 3. необходимость в мероприятиях по реабилитации и абилитации.
271.	На МСЭ направляет только медицинская организация независимо от ее формы собственности.
272.	Гражданин или его законный представитель дают письменное согласие по утвержденной форме на направление на экспертизу. Согласие оформляет лечащий врач или заведующий отделением. ВК МО принимает решение о направлении гражданина на МСЭ и проведении медицинских

	обследований. При получении результатов обследования оформляется направление ф.088у.
273.	Осуществляется не позднее 30 рабочих дней со дня принятия решения ВК о подготовке такого направления.
274.	В направлении ф.088у на МСЭ МО указывает данные о состоянии здоровья, которые отражают степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, приводит результаты медицинских обследований, реабилитационных или абилитационных мероприятий. Направление на МСЭ подписывают председатель и члены врачебной комиссии.
275.	Если в направлении на МСЭ нет результатов всех необходимых обследований, бюро в течение 3 рабочих дней возвращает направление в МО. При этом ведомство письменно обосновывает причину возврата документов. МО в течение 14 рабочих дней дополняет направление недостающими сведениями и передает документ обратно в бюро.
276.	МСЭ можно проводить на дому в случае, если гражданин не может явиться в бюро МСЭ по состоянию здоровья и это подтверждает заключение ВК МО; по месту нахождения гражданина в медицинских стационарных учреждениях, в стационарных организациях социального обслуживания, в исправительном учреждении.
277.	Ограничение критериев жизнедеятельности; клинико-трудовой прогноз; наличие анатомического дефекта (не все анатомические дефекты являются инвалидностью); синдром взаимного отягощения; синдром социальной компенсации
278.	Нарушения психических функций, языковых и речевых функций, сенсорных функций, статодинамических функций, функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета; нарушения, обусловленные физическим уродством
279.	Выделяют 4 степени стойких нарушений функций, устанавливаемой в процентах в диапазоне от 10 до 100%, с шагом в 10 %: I степень - стойкие незначительные нарушения (10-30%), 2 степень - стойкие умеренные нарушения (40-60%), 3 степень - стойкие выраженные нарушения (70-80%), 4 степень - стойкие значительно выраженные нарушения функций (90-100%)
280.	1 группа - нарушение здоровья с IV степенью выраженности стойких нарушений функций организма человека (в диапазоне 90 - 100 %), 2 группа - нарушение здоровья с III степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в

	диапазоне 70 - 80 %), 3 группа - нарушение здоровья со II степенью выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне 40 – 60 %), категория «ребенок-инвалид» - нарушение здоровья II, III либо IV степени выраженности стойких нарушений функций организма (в диапазоне 40 – 100 %)
281.	Их всего семь. Это способность: к самообслуживанию; самостоятельному передвижению; ориентации; общению; контролю своего поведения; обучению; трудовой деятельности.
282.	Инвалиды I группы проходят переосвидетельствование один раз в два года, II и III групп – ежегодно. Дети-инвалиды – один раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид».
283.	При установлении (изменении) группы инвалидности либо определении степени утраты профессиональной трудоспособности срок ВН завершается датой, непосредственно предшествующей дате регистрации документов в учреждении МСЭ. Временно нетрудоспособным лицам, которым не установлена (не изменена) группа инвалидности, либо степени утраты профессиональной трудоспособности, ЛН может быть продлен по решению ВК до восстановления трудоспособности или до повторного направления на МСЭ с периодичностью продления ЛН по решению ВК не реже чем через каждые 15 дней.
284.	При отказе гражданина от направления на МСЭ или неявке без уважительных причин в назначенный срок на МСЭ ЛН не продлевается со дня отказа от направления на МСЭ или неявки на МСЭ; Сведения об этом указываются в ЛН и в медицинской карте амбулаторного (стационарного) больного.
285.	При направлении больных на долечивание в санаторно-курортную организацию, расположенную на территории РФ, непосредственно после стационарного лечения, ЛН продлевается медицинским работником по решению ВК санаторно-курортной организации на весь период долечивания, но не более чем на 24 календарных дня.
286.	ЛН формируется МО, направившей гражданина на медицинскую реабилитацию, на весь период медицинской реабилитации и проезда к месту лечения и обратно по решению ВК.
287.	При направлении МО больных туберкулезом по путевкам в санаторно-курортные организации на лечение в случае, когда санаторно-курортное лечение заменяет стационарное лечение, а также на долечивание после оказания медицинской помощи в

	стационарных условиях ЛН формируется по решению ВК противотуберкулезной организации и продлевается ВК санаторно-курортной организации на весь период лечения, долечивания и проезда к месту лечения и обратно.
288.	В случаях ухода за больным членом семьи старше 15 лет при лечении в амбулаторных условиях ЛН формируется лечащим врачом не более, чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания.
289.	В случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет ЛН формируется на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях. Исключением являются дети-инвалиды, ВИЧ инфицированные дети и дети с поствакцинальным осложнением, злокачественными новообразованиями, в случае их заболевания ЛН по уходу за ними формируется на весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях в возрасте до 18 лет.
290.	При формировании ЛН в форме электронного документа, по каждому заболевшему члену семьи указываются периоды осуществления ухода за ним, условия оказания медицинской помощи, полные фамилия, имя и отчество (при наличии), дата рождения, код причины нетрудоспособности, родственная (семейная) связь, СНИЛС члена семьи (указывается при наличии), за которым фактически осуществляется уход.
291.	В случае введения ограничительных мероприятий (карантина) гражданам, в отношении которых приняты меры по изоляции или по временному отстранению от работы, ЛН формируется врачом-инфекционистом, а в случае его отсутствия – лечащим врачом (фельдшером) на весь период изоляции гражданина или временного отстранения от работы соответственно.
292.	Одному из родителей, иному законному представителю или иному члену семьи формируется ЛН по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольную образовательную организацию, или за членом семьи, признанным недееспособным, в случае введения ограничительных мероприятий (карантина) в организации, которую посещает (находится) ребенок или член семьи, признанным недееспособным, формируется ЛН лечащим врачом (фельдшером) на весь период ограничительных мероприятий (карантина).
293.	Гражданам, являющимся работниками отдельных профессий, производств и организаций, в отношении которых проводятся

	обязательные предварительные и периодические профилактические медицинские осмотры, предусматривающие исследования на гельминтозы, при наличии у них гельминтоза формируется ЛН на весь период дегельминтизации.
294.	Гражданам, направленным МО на протезирование в стационарных условиях, формируется ЛН этой МО на время проезда к месту протезирования. Сформированный ЛН продлевается медицинским работником МО, осуществляющей протезирование, на весь период протезирования и время проезда к месту регистрации по месту жительства (по месту пребывания, временного проживания).
295.	ЛН по беременности и родам_формируется врачом акушером-гинекологом, при его отсутствии - врачом общей практики (семейным врачом), а при отсутствии врача - фельдшером. Выдача ЛН по беременности и родам производится при сроке 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов). При многоплодной беременности_ЛН по беременности и родам выдается (формируется) в 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).
296.	При операции прерывания беременности_при сроке менее 22 полных недель беременности, рождении мертвого плода или живого плода, не пережившего первые 6 полных суток (168 часов) выдается ЛН на весь период нетрудоспособности, но на срок не менее 3-х дней. В случае рождения живого ребенка при сроке беременности менее 22 недель, если новорожденный пережил первые 6 полных суток (168 часов) ЛН формируется на 156 календарных дней.
297.	Женщине, усыновившей ребенка в возрасте до 3-х месяцев, ЛН формируется со дня усыновления на период до 70 календарных дней (при одновременном усыновлении двух или более детей - на 110 календарных дней) со дня рождения ребенка.
298.	Экспертиза качества медицинской помощи - выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата. Экспертиза качества медицинской помощи проводится на основании критериев оценки качества медицинской помощи.
299.	Критерии оценки качества медицинской помощи формируются по группам заболеваний или состояний на основе соответствующих порядков оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций и утверждаются МЗ РФ.

300.	Вред, причиненный жизни и (или) здоровью граждан при оказании им медицинской помощи, возмещается медицинскими организациями в объеме и порядке, установленных законодательством Российской Федерации.
301.	государственная информационная статистическая система, которая помогает с помощью технических средств и информационных технологий вести учёт первичных статистических и административных данных и формировать официальную статистическую информацию
302.	национальная информационная система, для обеспечения эффективной информационной поддержки органов и организаций системы здравоохранения, а также граждан в рамках процессов управления медицинской помощью и ее непосредственного получения
303.	документы, создаваемые в процессе организационной деятельности организации, определяющие статус и функциональное содержание деятельности организации и ее структурных подразделений, структуру, штатную численность работников, их права, обязанности, ответственность и другие аспекты. Положения, правила, инструкции (далее — организационные документы) оформляются единообразно (по общим для них правилам)
304.	это документы, содержащие управленческие решения, обязательные для выполнения и направленные на регулирование и координацию деятельности организации, позволяющие обеспечивать реализацию поставленных перед ней задач. (Распоряжения, приказы, решения)
305.	документы, предназначенные для передачи информации от одного адресата к другому либо для фиксации каких-либо информационных сведений. К ним относятся: акты, справки, сводки, докладные записки, предложения, переписка и др. Документы этой системы играют служебную роль по отношению к организационным и распорядительным документам. Информационно-справочные документы не содержат поручений, не обязывают действовать строго определенным образом, как распорядительные документы, но сообщают сведения, побуждающие принимать определенные решения, иначе говоря, иницируют управленческие решения, позволяют в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому» (ф. № 039/у), «Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару» (ф. № 016)
306.	Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" в ст.79 говорит о том, что медицинская организация обязана вести медицинскую

	документацию в установленном порядке и обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков, в строгой отчетности. Порядок организации системы документооборота, а также порядок работы с унифицированными формами медицинской документации в настоящее время утверждает Минздрав РФ
307.	1. Принцип однозначности. Вся информация в медицинских документах должна быть однозначной и понятной. Если возникают какие-либо неясности, они должны быть оперативно уточнены. 2. Принцип достоверности. Информация в медицинской документации должна соответствовать действительности и основываться на собранных данных и проведенных исследованиях. 3. Принцип актуальности. Медицинская документация должна быть постоянно обновляться и отражать последние изменения в состоянии пациента и его лечении
308.	медицинская документация должна быть организована таким образом, чтобы у любого специалиста был доступ к необходимой информации; документация должна содержать в себе полную и достоверную информацию о состоянии пациента, проведенных процедурах, результатах обследований и лечения; вся документация должна быть построена на основе градационных принципов, где информация представлена по порядку важности и временной последовательности
309.	Медицинская документация должна быть выполнена на специальных бланках и оснащена медицинскими печатями и подписями врачей; вся информация должна быть записана четким и разборчивым почерком; оформление должно соответствовать установленным стандартам и требованиям медицинской документации
310.	Порядок ведения и сроки хранения медицинской документации устанавливается законодательством РФ относительно каждой унифицированной формы. Медицинские организации вправе вести ее как в бумажной, так и в электронной форме
311.	пациенту или его законному представителю медицинские документы предоставляются на основании письменного запроса в виде оригиналов, копий и выписок из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти
312.	все медицинские документы должны быть организованы и структурированы таким образом, чтобы было удобно их находить и использовать; каждый медицинский документ должен содержать достаточную информацию для

	идентификации пациента, включая его полное имя, дату рождения и уникальный идентификатор, такой как номер медицинской карты; все записи в медицинской документации должны быть достоверными и точными; все изменения или исправления должны быть четко отмечены и подписаны; медицинская документация содержит личную и конфиденциальную информацию о пациентах, поэтому она должна храниться и передаваться с соблюдением всех необходимых мер безопасности; медицинская документация должна быть хранена в безопасном месте с ограниченным доступом. После истечения срока хранения, документы должны быть архивированы или уничтожены в соответствии с требованиями законодательства
313.	оперативная, оперативно-учетная, учетная и статистические
314.	предназначена для накопления сведений об отдельных больных и служит для оперативного наблюдения за своевременностью проведения лечебно-профилактических мероприятий («Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма № 025/у)», Медицинская карта ребенка (форма № 026/у); "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара"(форма N 003/у)
315.	содержит сведения об отдельных больных, но отражает определенный раздел работы. Это журналы и книги записи: Журнал записи амбулаторных операций (форма № 069/у); Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (форма № 001/у); Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи (форма № 109/у), «Книга записей вызовов врачей на дом», Журнал регистрации инфекционных заболеваний (форма № 060/у) и пр.
316.	представляет данные о целой группе больных за какой-то период времени по определенному разделу работы («Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому, "Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара"(форма N 016/у)
317.	это статистические бланки основных медицинских документов: «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма № 025-1/у)», "Статистическая карта вышедшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в

	стационарных условиях, в условиях дневного стационара"(форма N 066/у)
318.	данный документ называется Форма государственного статистического наблюдения № 30 "Сведения о медицинской организации» (ф. 30)
319.	форма №30 состоит из следующих разделов: 1. работа медицинской организации, 2. Штаты МО, 3 Деятельность МО по оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях, 4. Деятельность МО по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях, 5. Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов); 6. Работа диагностических отделений; 7. Оснащенность компьютерным оборудованием; 8. Техническое состояние зданий
320.	заполняют по данным "Сводной ведомости учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях" (учетная форма N 016/у) и «Листков ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях" (учетная форма N 007/у)
321.	медицинская отчетность имеет большое значение для обеспечения планирования и регулирования деятельности медицинских организаций, а также оценки эффективности мероприятий, проводимых органами управления здравоохранением.
322.	для каждого уровня управления (организация, район, город, область, республика) должна быть разработана единая программа анализа, позволяющая получить сопоставимые данные; после расчета показателей деятельности МО проводится их оценка; показатели деятельности МО анализируются в динамике; проводится причинно-следственный анализ и выявление факторов, влияющих на уровень показателя
323.	только квалифицированный анализ статистических данных и соответствующие выводы позволяют принять правильное управленческое решение, способствует лучшей организации работы, более точному планированию и прогнозированию
324.	показатели квалификации медицинских работников, удельный вес медицинских работников, имеющих сертификаты и свидетельства об аккредитации, показатель соотношения численности врачей и среднего медперсонала, численность основного и вспомогательного персонала в сопоставлении с нормативными показателями и с другими организациями такого же профиля, профессиональный стаж работников,

	образовательный уровень персонала, возрастной состав персонала, текучесть кадров
325.	при анализе оценивается численность населения на участках, плотность населения, отдаленность от амбулаторно-поликлинической организации, состав прикрепленного населения по половозрастным группам
326.	показатели, характеризующие число проведенных операций на 1000 посещений поликлиники, число операций в поликлинике на одного хирурга, структуру операций в поликлинике
327.	Показатель госпитализации в хирургические стационары (на 1000 населения), показатель хирургической активности, показатель структуры оперативных вмешательств, частота послеоперационных осложнений, показатель послеоперационной летальности
328.	ф. 14 «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» содержит сведения о составе выписанных и умерших больных при разных заболеваниях, количестве проведенных ими койко-дней в стационаре, а также сведения о хирургической работе стационара по видам операций и количестве летальных исходов в послеоперационном периоде
329.	форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", форма N 025-1/у "Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях", форма N 030/у "Контрольная карта диспансерного наблюдения", форма N 030-13/у "Паспорт врачебного участка граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг», форм N 086-2/у "Журнал регистрации и выдачи медицинских справок (формы N 086/у и N 086-1/у)"
330.	ф.003/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара", ф.066/у "Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара", ф. 007/у "Лист ежедневного учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара", ф. 016/у "Сводная ведомость учета движения пациентов и коечного фонда медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара", ф. 008/у "Журнал учета оперативных вмешательств (операций) в медицинской организации,

	оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара", ф.001/у "Журнал учета приема пациентов и отказов в оказании медицинской помощи в стационарных условиях, в условиях дневного стационара"
331.	Индивидуальная медицинская карта беременной и родильницы (ф. 111/у-20); Обменная карта беременной, роженицы и родильницы (ф.113/у-20); Медицинская карта беременной, роженицы и родильницы, получающей медицинскую помощь в стационарных условиях (ф.096/1у-20); Карта донесения о случае материнской смерти (ф.003/у-МС-20)
332.	включает формирование, подписание и хранение электронных медицинских документов, их регистрацию в единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), предоставление доступа к медицинской документации, ведение которой осуществляется в форме электронных медицинских документов
333.	должен содержать: а) наименование медицинской организации и ее адрес в пределах места нахождения; б) персональные данные гражданина, являющегося получателем медицинской услуги, включая фамилию, имя, отчество (при наличии), пол, дату рождения, местожительства; в) текст электронного медицинского документа; г) дату составления электронного медицинского документа; д) наименование должности лица (лиц), ответственного (ответственных) за формирование электронного медицинского документа; е) сведения об электронной подписи, которой был подписан электронный медицинский документ (отметка об электронной подписи).
334.	Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. (ф.025/у); талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф.025-1/у)
335.	абсолютное число всех первичных и повторных посещений пациентами медицинской организации
336.	позволяет осуществлять: учет и формирование регистра населения, обслуживаемого амбулаторно – поликлинической организацией; сбор и формирование статистической информации по законченному случаю, оказанным медицинским услугам, ВН, фармакологическим средствам и изделиям медицинского назначения, выписанным льготным категориям граждан; учет и ведение страхового полиса медицинского ОМС; систему расчетов за оказанную медицинскую помощь
337.	Посещение - это контакт пациента с врачом медицинской организации или подразделения, оказывающего медицинскую

	помощь в амбулаторных условиях по любому поводу с последующей записью в "Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" (учетная форма N 025/у)
338.	должны быть отображены жалобы, анамнез, объективные данные, диагнозы: основного, фонового, конкурирующего и сопутствующих заболеваний, травм, отравлений с кодами их по МКБ-10, группы здоровья, назначенное лечение, обследование, а также результаты обследования и динамического наблюдения
339.	ведется на основании разработки «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (ф. 025-1/у), а также проводится специальный учет важнейших социально значимых болезней (туберкулез, ИППП, микозы, трахома и др.)
340.	основным документом является «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф.58/у). Сведения о заболевшем также регистрируются в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (ф. 60/у). Медицинский работник, установивший диагноз или заподозривший инфекционное заболевание, обязан в течение 12 час. составить экстренное извещение и направить его в территориальный центр Роспотребнадзора (по месту регистрации заболевания независимо от места жительства больного)
341.	ф.12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» является источником данных о числе заболеваний, зарегистрированных при обращении населения в амбулаторно-поликлинические организации. По этой форме можно получить данные о первичной и общей заболеваемости населения, а также охвате диспансерным наблюдением больных определенных групп
342.	совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых пациенты вновь обратились за медицинской помощью впервые в данном году
343.	показатель первичной заболеваемости рассчитывается как отношение числа вновь возникших заболеваний к средней численности населения, умноженное на 1000
344.	Сведения о госпитализированной заболеваемости позволяют судить: о своевременности госпитализации, продолжительности и исходе лечения, о совпадении или

	расхождении диагнозов, о объеме оказанной медицинской помощи
345.	Единицей учета в данном случае является законченный случай основного заболевания выбывшего больного из стационара (выписанного или умершего), а учетным документом – "Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара" (ф. 066/у)
346.	Единицей наблюдения при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является каждый случай временной нетрудоспособности, имевший место у работающего в данном году; временная нетрудоспособность удостоверяется листком нетрудоспособности
347.	показатель обеспеченности населения койками рассчитывается как отношение числа коек в стационаре к численности обслуживаемого населения, умноженное на 10000
348.	рассчитываются показатели использования коечного фонда: среднегодовая занятость койки, средняя длительность пребывания больного на койке, оборот койки, среднее время простоя койки
349.	рассчитывается как отношение числа использованных больных к среднегодовому числу коек, умноженное на 10000
350.	рассчитывается как отношение числа умерших в стационаре к числу пациентов, выбывших из стационара, умноженное на 100
351.	Показатель обеспеченности населения койками рассчитывается как отношение числа коек в стационаре к численности обслуживаемого населения, умноженное на 10000
352.	показатель рассчитывается как отношение числа врачей (физических лиц) к численности населения, обслуживаемого данной медицинской организацией на конец года, умноженное на 10000
353.	рассчитывается как отношение числа занятых врачебных должностей к числу штатных врачебных должностей, умноженное на 100
354.	рассчитывается как отношение суммы числа посещений врачей в поликлинике и на дому к среднегодовой численности населения, обслуживаемого данной поликлиникой
355.	Показатели диспансерного наблюдения делятся на три группы: отражающие объем диспансерного наблюдения, качество диспансерного наблюдения и эффективность диспансерного наблюдения

356.	рассчитывается как отношение числа осмотренных лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру к числу лиц, подлежащих осмотру, умноженное на 100
357.	измерителем объема потребности населения в амбулаторной помощи является среднее число посещений поликлиники на одного жителя в год. Среднее число посещений, приходящихся на одного жителя в год рассчитывается отдельно для взрослого и детского населения. Число врачебных посещений в поликлинике + число посещений на дому делим на численность населения
358.	К критериям медицинской эффективности относятся: удельный вес излеченных больных; снижение уровня заболеваемости населения; «индекс здоровья»; летальность, средняя длительность пребывания больного в стационаре, процент выздоровления, частота выявления запущенных случаев заболевания, показатель хронизации заболеваний
359.	Критериями социальной эффективности являются: рождаемость, смертность, естественный прирост населения, увеличение продолжительности жизни, улучшение состояния здоровья населения, снижение заболеваемости и преждевременной смертности, частота и степень тяжести инвалидности
360.	грамотный сбор первичной информации; использование современных информационных технологий и математических методов обработки информации; умение устанавливать причинно-следственные связи между действиями и результатами, выводы должны основываться на доказанных фактах; системный подход к рассматриваемому явлению

Перечень вопросов в тестовой форме

1. Программа исследования представляет собой
 - А. Перечень вопросов
 - Б. Совокупность изучаемых признаков
 - В. Статистический бланк
 - Г. Методические указания по сбору материала

2. Сбор материала осуществляется на
 - А. I этапе статистического исследования
 - Б. II этапе статистического исследования
 - В. III этапе статистического исследования
 - Г. IV этапе статистического исследования

3. Таблицы, содержащие несколько взаимосвязанных признаков статистического сказуемого, называются
 - А. Групповыми
 - Б. Простыми

В. Комбинационными

4. Средняя величина применяется для

- А. Определения частоты явления
- Б. Изучения структуры какого-либо явления
- В. Обобщающей характеристики варьирующего признака

5. Мода – это

- А. Центральная варианта
- Б. Варианта, встречающаяся чаще других
- В. Варианта с наименьшим значением признака

6. Какая средняя величина более типична

- А. $M = 120$ см, $C_v = 9\%$
- Б. $M = 35$ кг, $C_v = 20\%$

7. Мерой достоверности результатов исследования является

- А. Средняя величина
- Б. Ошибка репрезентативности
- В. Коэффициент вариации
- Г. Коэффициент корреляции

8. При увеличении числа наблюдений достоверность результатов статистического исследования

- А. Увеличивается
- Б. Уменьшается

9. Границы колебаний средней величины генеральной совокупности с вероятностью 99,9% безошибочного прогноза находятся в пределах

- А. $M \pm 1m$
- Б. $M \pm 2m$
- В. $M \pm 3m$

10. Экстренное извещение об инфекционном заболевании направляется в

- А. Инфекционную больницу в течение 12 часов
- Б. Диспансер соответствующего профиля в течение 12 часов
- В. Центр гигиены и эпидемиологии в течение 12 часов
- Г. Диспансер соответствующего профиля в течение 3-х дней
- Д. Центр гигиены и эпидемиологии в течение 3-х дней

11. При расчете общей заболеваемости учитываются

- А. все статистические талоны
- Б. статистические талоны со знаком (+)
- В. статистические талоны без знака (+)

12. «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулёза» направляется в

- А. Инфекционную больницу в течение 12 часов
- Б. Диспансер соответствующего профиля в течение 12 часов
- В. Центр гигиены и эпидемиологии в течение 12 часов
- Г. Диспансер соответствующего профиля в течение 3-х дней
- Д. Центр гигиены и эпидемиологии в течение 3-х дней

13. В понятие «естественное движение» населения входит всё, кроме
- А. Рождаемости
 - Б. Переселения
 - В. Брачности и разводимости
 - Г. Смертности
14. При вычислении показателя рождаемости учитывают число родившихся за год
- А. Живыми
 - Б. Мертвыми
 - В. Живыми и мертвыми
15. В структуре причин младенческой смертности первое место занимают
- А. Болезни органов дыхания
 - Б. Болезни системы кровообращения
 - В. Врождённые аномалии развития
 - Г. Состояния перинатального периода
 - Д. Инфекционные заболевания
16. Единица статистического наблюдения должна соответствовать
- А. Программе исследования
 - Б. Цели исследования
 - В. Плану исследования
17. Группировка и сводка материала осуществляется на
- А. I этапе статистического исследования
 - Б. II этапе статистического исследования
 - В. III этапе статистического исследования
 - Г. IV этапе статистического исследования
18. Обеспеченность населения врачами относится к показателям
- А. Соотношения
 - Б. Наглядности
 - В. Интенсивным
 - Г. Экстенсивным
19. Динамика заболеваемости населения может быть представлена
- А. Секторной диаграммой
 - Б. Внутрестолбиковой диаграммой
 - В. Картограммой
 - Г. Линейной диаграммой
20. Расчёт средних величин производится на
- А. I этапе статистического исследования
 - Б. II этапе статистического исследования
 - В. III этапе статистического исследования
 - Г. IV этапе статистического исследования
21. Медиана – это
- А. Центральная варианта
 - Б. Варианта, встречающаяся чаще других
 - В. Варианта с наименьшим значением признака

22. Средняя величина менее типична для вариационного ряда

А. $M = 120$ см, $\delta = 3,8$ см

Б. $M = 120$ см, $\delta = 5,5$ см

В. $M = 120$ см, $\delta = 7,4$ см

23. Границы колебаний средней величины генеральной совокупности с вероятностью 95,5% безошибочного прогноза находятся в пределах

А. $M \pm 1m$

Б. $M \pm 2m$

В. $M \pm 3m$

24. Метод стандартизации применяется

А. Для определения характера и силы связи между двумя признаками

Б. Для определения достоверности различия двух сравниваемых показателей

В. Для сравнения интенсивных показателей в неоднородных по составу совокупностях

25. Для оценки роли различных социально-гигиенических факторов, влияющих на здоровье населения, используются

А. Показатели первичной заболеваемости

Б. Показатели общей заболеваемости

В. Уровень госпитализации населения

26. «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом онкологического заболевания» направляется в

А. Инфекционную больницу в течение 12 часов

Б. Диспансер соответствующего профиля в течение 12 часов

В. Центр гигиены и эпидемиологии в течение 12 часов

Г. Центр гигиены и эпидемиологии в течение 3-х дней

Д. Диспансер соответствующего профиля в течение 3-х дней

27. Первое место в структуре причин общей смертности населения занимают

А. Болезни органов дыхания

Б. Болезни системы кровообращения

В. Травмы и отравления

Г. Новообразования

Д. Инфекционные заболевания

28. Нетто-коэффициент равный 1,2 означает

А. Прогрессивную структуру населения

Б. Регрессивную структуру населения

В. Расширенное воспроизводство

Г. Стационарное воспроизводство населения

Д. Суженное воспроизводство

29. Индекс Покровского характеризует

А. Уровень рождаемости

Б. Механическое движение населения

В. Структуру населения

Г. Воспроизводство населения

Д. Уровень смертности

30. Показатель ожидаемой продолжительности женщин в РФ в настоящее время находится в пределах
- А. 55-60 лет
 - Б. 65-70 лет
 - В. 70-75 лет
 - Г. 75-80 лет
 - Д. 80-85 лет
31. Мощность поликлиники измеряется
- А. Числом посещений в смену
 - Б. Численностью населения на территории
 - В. Числом терапевтических участков
32. Показатель участковости на приеме в поликлинике характеризует
- А. Численность населения на участке к общей численности населения на территории
 - Б. Удельный вес больных, принятых с участка на приеме в поликлинике, к общему числу больных обслуженных на участке, на приеме и по вызовам на дом
 - В. Удельный вес посещений, сделанных населением к своим участковым врачам от общего числа посещений в поликлинику
33. Показатели эффективности диспансеризации больных, состоящих на «Д» учете
- А. Заболеваемость и участковость
 - Б. Посещаемость и заболеваемость
 - В. Охват диспансеризацией и первичная инвалидность
 - Г. Частота рецидивов и обострений, первичная инвалидность
34. Объектом первичной профилактики являются
- А. Все население
 - Б. Реконвалесценты острых заболеваний
 - В. Больные хроническими заболеваниями
35. Основное место в работе ФАП занимает
- А. Лечебная работа
 - Б. Противоэпидемическая работа
 - В. Профилактическая деятельность
36. Отделение скорой и неотложной медицинской помощи входит в структуру
- А. Сельской участковой больницы
 - Б. Центральной районной больницы
 - В. Областной больницы
37. Основным методом работы женской консультации является
- А. Диспансерный
 - Б. Участковый
 - В. Бригадный
 - Г. Ведомственный
38. Родильные дома оказывают первую и неотложную помощь беременным
- А. Вне зависимости от их места жительства
 - Б. Ведомственному принципу
 - В. Только при наличии диспансерной книжки беременной

- Г. Строго по направлению женской консультации
39. Цикличность заполнения материнских палат послеродового отделения соответствует цикличности заполнения палат новорожденных и составляет не более
- А. 2-х суток
 - Б. 3-х суток
 - В. 4-х суток
40. В случае осложненных родов листок нетрудоспособности выдается дополнительно на 16 календарных дней
- А. Женской консультацией
 - Б. ЛПУ, где произошли роды
 - В. Поликлиникой по месту жительства
41. Контроль соблюдения противоэпидемического режима в родильном доме осуществляет
- А. Главный врач
 - Б. Заведующий отделением
 - В. Центр гигиены и эпидемиологии
 - Г. Комиссия по профилактике ВБИ
42. Среднегодовая занятость койки вычисляется по формуле
- А. Число койко-дней фактически проведенных больными / число дней в году
 - Б. Число койко-дней фактически проведенных больными / число среднегодовых коек
 - В. Число койко-дней фактически проведенных больными / число выписанных больных
 - Г. Число выписанных больных / число среднегодовых коек
43. Оборот койки, как показатель, характеризующий использование коечного фонда стационара, это -
- А. Число больных, получивших лечение в стационаре в течение года на одной койке
 - Б. Среднее число дней работы койки в году
 - В. Число среднегодовых коек
 - Г. Степень использования коечного фонда
44. В задачи службы скорой помощи входят все, кроме
- А. Оказание помощи при угрожающих жизни состояниям больного
 - Б. Перевозка больных по заявкам врачей ЛПУ
 - В. Проведение экспертизы алкогольного, наркотического опьянения
 - Г. Госпитализация беременных, рожениц в родильные дома, стационары
45. Показатель полноты раннего охвата (своевременность взятия на диспансерный учет) вычисляется по формуле
- А. Число больных подлежащих «Д» наблюдению / число больных, состоящих на «Д» учете
 - Б. Число выявленных и взятых на «Д» учет больных / число вновь выявленных больных, подлежащих «Д» учету
 - В. Число больных обследованных за год / число больных, состоящих на «Д» учете
 - Г. Число выявленных больных, подлежащих «Д» учету / число зарегистрированных больных
46. Анализ деятельности ЛПУ проводится на основании данных
- А. Учетной статистической документации
 - Б. Оперативно-учетной документации
 - В. Наглядной документации

- Г. Государственного статистического годового отчета
47. Первичную экспертизу временной нетрудоспособности осуществляет
- А. Лечащий врач
 - Б. БМСЭ
 - В. ВК
 - Г. Заведующий поликлиникой
 - Д. Главный врач
48. Листок нетрудоспособности по уходу за больным взрослым членом семьи выдается лечащим врачом на срок до
- А. 3 дней
 - Б. 7 дней
 - В. 10 дней
 - Г. на весь период болезни
 - Д. до 30 дней
49. В состав бюро медико-социальной экспертизы общего профиля входят
- А. Педиатр, терапевт, хирург
 - Б. Терапевт, хирург, невролог
 - В. Хирург, невролог, травматолог
 - Г. Невролог, психолог, реабилитолог
50. Установление группы инвалидности осуществляется с даты
- А. Последнего осмотра ВК медицинской организацией
 - Б. Регистрации документов в БМСЭ
 - В. Освидетельствования БМСЭ
51. Обеспеченность населения врачами рассматривается (на 10000 населения)
- А. По штатным должностям
 - Б. По занятым должностям
 - В. По физическим лицам
 - Г. По соотношению врачебного и среднего медицинского персонала
52. Основным показателем объема амбулаторно-поликлинической помощи является
- А. Число посещений на жителя в год
 - Б. Число посещений на 1 врачебную должность в год
 - В. Число обращений на 1 жителя в год
 - Г. Число врачебных должностей на определенную численность населения
53. Оптимальный показатель участковости в поликлинике составляет (%)
- А. 75 - 80
 - Б. 85 - 90
 - В. 90 - 95
54. Объектом первичной профилактики являются
- А. Все население
 - Б. Реконвалесценты острых заболеваний
 - В. Больные хроническими заболеваниями
55. Основным принципом организации медицинской помощи сельскому населению
- А. Диспансеризация населения
 - Б. Этапность оказания медицинской помощи населению

- В. Профилактика травматизма среди работающего населения
- Г. Снижение заболеваемости и первичной инвалидности

56. Межмуниципальный медицинский центр формируется на базе

- А. Сельской участковой больницы
- Б. Центральной районной больницы
- В. Врачебной амбулатории
- Г. Городской поликлиники

57. Основным принципом работы женской консультации является

- А. Диспансерный
- Б. Участковый
- В. Бригадный
- Г. Ведомственный

58. Показатель своевременности взятия на диспансерный учет является

- А. Показателем качества диспансеризации
- Б. Показателем объема диспансеризации
- В. Показателем эффективности диспансеризации

59. Показатель участковости на приеме в поликлинике характеризует

- А. Численность населения на участке к общей численности населения на территории
- Б. Удельный вес больных, принятых с участка на приеме в поликлинике, к общему числу больных обслуженных на участке, на приеме и по вызовам на дом
- В. Удельный вес посещений, сделанных населением к своим участковым врачам от общего числа посещений в поликлинику

60. Качество диагностики врачей поликлиники можно оценить

- А. Частота совпадения клинических и патологоанатомических диагнозов
- Б. Процент неправильных диагнозов
- В. Процент отказов в госпитализации из-за необоснованности направления в стационар
- Г. Частота совпадения диагнозов направившего учреждения и клинических диагнозов

61. К основным видам планирования относятся следующие, кроме

- А. Программно-целевое
- Б. Индикативное
- В. Текущее
- Г. Балансовое

62. Тарифы на медицинские услуги - это

- А. Стоимость медицинских услуг
- Б. Денежные суммы, возмещающие расходы государственных (муниципальных) медицинских учреждений при оказании медицинской помощи
- В. Денежные суммы, возмещающие расходы медицинской организации по выполнению территориальной программы ОМС

63. Основой для планирования сети поликлинических учреждений является

- А. Годовая нагрузка врача поликлиники
- Б. Обращаемость населения за медицинской помощью
- В. Демографическая структура населения

64. Менеджмент - это

- А. Интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации
- Б. Предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю
- В. Совокупность принципов, методов и средств управления, направленных на повышение эффективности производства и увеличения прибыли

65. Командно-административные методы менеджмента включают в себя

- А. Налоги
- Б. Стимулирование
- В. Лидерство
- Г. Мотивация
- Д. Контроль**

66. Персональный менеджмент - это

- А. Менеджмент, направленный на извлечение прибыли от внедрения новых технологий, разработки собственных «ноу-хау», испытание и внедрение современных методов диагностики и лечения
- Б. Менеджмент, объектом которого может быть как сам менеджер (самоуправление или самоорганизация), так и возглавляемый им персонал медицинского учреждения или фирма
- В. Менеджмент, объектом которого являются медицинские информационные системы

67. Субъектом менеджмента является

- А. Лечебное учреждение
- Б. Производство товаров медицинского назначения;
- В. Главный врач
- Г. Медицинское оборудование

68. Мотивация, как одна из функций управления - это

- А. Использование внешних поощрений и наказаний для достижения цели организации
- Б. Использование внутренних стимулов для достижения поставленной цели
- В. Процесс стимулирования себя и других на деятельность по достижению целей организации

69. Ценная бумага - это

- А. Документ, удостоверяющий с соблюдением установленной формы и обязательных реквизитов имущественные права, осуществление или передача которых возможна только при его предъявлении
- Б. Документ, свидетельствующий о внесении денежной суммы

70. К «прямым» затратам, определяющим себестоимость медицинской услуги, не относят

- А. Оплату труда мед. персонала, непосредственно оказывающего услуги, начисления на заработную плату
- Б. Расходы на питание
- В. Амортизацию зданий, сооружений

71. Точка рыночного равновесия характеризуется

- А. Равенством всех цен на рынке
- Б. Избыточным спросом на товары и услуги при недостатке предложения
- В. Взаимодействием цены и объема продаж
- Г. Избытком товара и услуг при определенной рыночной цене
- Д. Равенством между объемами спроса и предложения (на рынке медицинских услуг)

72. Маркетинг - это

- А. Интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации
- Б. Предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю
- В. Совокупность принципов, методов и средств управления, направленных на повышение эффективности производства и увеличения прибыли

73. Конверсионный маркетинг применяется при

- А. Отсутствии спроса
- Б. Отрицательном спросе
- В. Падающем спросе
- Г. Нерегулярном спросе

74. Экономическая эффективность - это

- А. Результат деятельности органов и учреждений здравоохранения, выраженный в денежных единицах, отнесенный к сумме затраченных средств на з/о
- Б. Социальный результат здравоохранения в соответствии с произведенными затратами на достижение этого эффекта
- В. Степень достижения поставленных задач в области диагностики, лечения, профилактики заболеваний

75. Укажите субъекты, обеспечивающие работу в системе ОМС

- А. Страхователь, СМО
- Б. Страхователь, СМО, ЛПУ, застрахованные лица, ФФ ОМС
- В. Страхователь, застрахованные лица, ТФ ОМС, медицинская организация
- Г. Страхователь, застрахованные лица, ФФ ОМС
- Д. Страхователь, страховая медицинская организация, фонды ОМС, застрахованный

76. К основным методам планирования относятся следующие, кроме

- А. Аналитический
- Б. Нормативный
- В. Экономико-математический
- Г. Индикативный

77. Функция врачебной должности — это

- А. Среднечасовая нагрузка врача данной специальности
- Б. Число рабочих дней в году
- В. Потребность во врачебных должностях той или иной специальности
- Г. Среднегодовая нагрузка врача поликлиники данной специальности

78. Штатные нормативы - это

- А. Объем работы персонала учреждения
- Б. Затраты труда на определенный объем работы
- В. Нормативы численности персонала
- Г. Расчетные нормы времени
- Д. Расчетные нормы нагрузки

79. Управление - это

- А. Интеллектуальная деятельность по организации бизнеса в конкретной ситуации
- Б. Предпринимательская деятельность, связанная с направлением товаров и услуг от производителя к потребителю

В. Целенаправленное информационное воздействие одной системы на другую с целью изменения ее поведения в определенном направлении

80. Корпоративный менеджмент — это

А. Менеджмент, объектом которого является возглавляемый им персонал медицинского учреждения

Б. Менеджмент, объектом которого является медицинское или фармацевтическое акционерное общество

В. Менеджмент, направленный на извлечение прибыли от внедрения новых технологий

81. Для авторитарного стиля руководства характерно

А. Централизация власти в своих руках

Б. Децентрализация управленческой власти

В. Отсутствие регламентированной децентрализации властных функций

82. Коммуникация в менеджменте - это

А. Обмен информацией или смыслом информации между двумя или большим числом людей

Б. Система связи между организациями

В. Система взаимодействия между людьми и организациями

83. Делегирование полномочий - это

А. Передача задач подчиненным, ответственность за исполнение которых несет руководитель

Б. Передача подчиненному определенных прав по управлению с разделением ответственности

В. Передача задач и прав подчиненному, который принимает на себя ответственность за принятые решения

84. Финансирование медицинского учреждения в системе ОМС осуществляется через все перечисленные структуры, кроме

А. Страховых медицинских организаций

Б. Филиалов фонда ОМС

В. Органов управления з/о

85. Структура цены на медицинскую услугу не включает

А. Себестоимость

Б. Прибыль

В. Рентабельность

86. Сегментация рынка - это

А. Разделение рынка на более мелкие составляющие

Б. Укрупнение рынка на большие сегменты рынка

В. Объединение мелких сегментов рынка в крупные сегменты

87. Если ЛПУ **строит** свою стратегию таким образом, чтобы ее услуги покупали представители всех сегментов рынка, то это

А. Дифференцированный маркетинг

Б. Концентрированный маркетинг

В. Недифференцированный маркетинг

88. Стимулирующий маркетинг применяется при

- А. Скрытом спросе
- Б. Отрицательном спросе
- В. Отсутствии спроса
- Г. Нерациональном спросе
- Д. Все вышеперечисленное

89. . Медицинская эффективность - это

- А. Экономический эффект деятельности органов и учреждений здравоохранения, отнесенный к сумме затраченных средств на здравоохранение
- Б. Степень достижения поставленных задач в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний
- В. Социальный результат деятельности здравоохранения в соответствии с произведенными затратами на достижение этого эффекта

90. Операция по размещению движимого и недвижимого имущества, долгосрочная аренда машин и оборудования называется

- А. Листингом
- Б. Лизингом
- В. Мониторингом
- Г. Факторингом

Эталоны ответов

1	Б	16	Б	31	А	46	Г	61	Г	76	Г
2	Б	17	В	32	В	47	А	62	В	77	Г
3	В	18	А	33	Г	48	Б	63	Б	78	В
4	В	19	Г	34	В	49	Б	64	В	79	В
5	Б	20	Г	35	В	50	Б	65	Д	80	Б
6	А	21	А	36	Б	51	В	66	Б	81	А
7	Б	22	В	37	А	52	А	67	В	82	А
8	А	23	Б	38	А	53	Б	68	В	83	В
9	В	24	В	39	Б	54	А	69	А	84	В
10	В	25	А	40	Б	55	Б	70	В	85	В
11	А	26	Д	41	В	56	Б	71	Д	86	А
12	Г	27	Б	42	Б	57	Б	72	Б	87	В
13	Б	28	В	43	А	58	Б	73	Б	88	В
14	А	29	Г	44	В	59	В	74	А	89	Б
15	Г	30	Г	45	Б	60	Г	75	Г	90	Б

5. Библиотечно-информационное обеспечение

Основные источники литературы:

1. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. — 2-е изд. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 1144 с. — ISBN 978-5-9704-6723-7. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970467237.html> дата(дата обращения: 03.02.2022). — Режим доступа : по подписке. <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467237.html> (дата обращения: 28.04.2023). - Режим доступа : по подписке
2. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. - 4-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-7308-5. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473085.html> (дата обращения: 03.11.2022). - Режим доступа : по подписке.
3. Медик, В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / В. А. Медик. — 4-е изд. , перераб. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 672 с. : ил. — 672 с. — ISBN 978-5-9704-7028-2. — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470282.html>(дата обращения: 08.06.2022). — Режим доступа : по подписке.
4. Элланский, Ю. Г. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / Ю. Г. Элланский и др. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-7435-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970474358.html> (дата обращения: 03.11.2022). - Режим доступа : по подписке.
5. Амлаев, К. Р. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник / под ред. Амлаева К. Р. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 560 с. - ISBN 978-5-9704-5237-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452370.html> (дата обращения: 20.04.2023). - Режим доступа : по подписке.
6. Экономика и управление в здравоохранении : учебник и практикум для вузов / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин, К. Э. Соболев ; под общей редакцией А. В. Решетникова. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2022. — 316 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-12832-1. — Текст : электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/507997> (дата обращения: 12.09.2022).

Дополнительные источники литературы:

1. Хабриев, Р. У. Новые нормы труда в поликлиниках / Хабриев Р. У. , Шипова В. М. , Берсенева Е. А. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 144 с. — ISBN 978-5-9704-5839-6. — Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458396.html> (дата обращения: 03.02.2022). — Режим доступа : по подписке.
2. Медицинская информатика в общественном здоровье и организации здравоохранения. Национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 3-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1184 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-7023-7. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970470237.html> (дата обращения: 08.06.2022). - Режим доступа : по подписке.

3. Царик, Г. Н. Здоровоохранение и общественное здоровье : учебник / под ред. Г. Н. Царик. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. — 912 с. — ISBN 978-5-9704-6044-3. — Текст : электронный // URL : <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970460443.html>
4. Романов, А. И. Маркетинг и конкурентоспособность медицинской организации / Романов А. И., Кеворков В. В. - Москва : Дело, 2016. - 394 с. - ISBN 978-5-7749-1126-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785774911264.html>
5. Понкина, А. А. Дефекты оказания медицинской помощи / А. А. Понкина, И. В. Понкин - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 312 с. - ISBN 978-5-9704-6501-1. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465011.html> (дата обращения: 28.04.2023). - Режим доступа : по подписке.
6. Митрохин, О. В. Экономика, организация и управление государственной санитарно-эпидемиологической службой : учебное пособие / О. В. Митрохин. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-6491-5. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464915.html>
7. Викторова И.А., Экспертиза временной нетрудоспособности и медико-социальная экспертиза в амбулаторной практике [Электронный ресурс]: учебное пособие / Викторова И.А., Гришечкина И.А. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 184 с. — ISBN 978-5-9704-5051-2 — Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970450512.html>
8. Полинская Т.А., Больничный лист в вопросах и ответах : практическое руководство / Т. А. Полинская, С. В. Шлык, М. А. Шишов. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 224 с. — DOI: 10.33029/9704-5219-6-BOL-2019-1-224. — 224 с. — ISBN 978-5-9704-5563-0 — Текст : электронный // ЭБС «Консультант студента» : [сайт]. — URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455630.html> <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455630.html> (дата обращения: 03.02.2022). — Режим доступа : по подписке.
9. Самойлова, А. В. Больничный лист в вопросах и ответах : практическое руководство / А. В. Самойлова, С. В. Шлык, М. А. Шишов. - 2-е изд., доп. и перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-7679-6, DOI: 10.33029/9704-7679-6-BOL-2023-1-272. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476796.html> (дата обращения: 27.04.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
10. Чернышев, В. М. Статистика и анализ деятельности учреждений здравоохранения / В. М. Чернышев, О. В. Стрельченко, И. Ф. Мингазов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-6720-6. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467206.html> (дата обращения: 27.04.2023). - Режим доступа : по подписке.
11. Организация работы регистратуры поликлиники / В. М. Чернышев, О. В. Стрельченко, И. Ф. Мингазов. - 2-е изд., испр. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6719-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467190.html> (дата обращения: 28.04.2023). - Режим доступа : по подписке.
12. Старчиков, М. Ю. Юридическая регламентация лицензирования медицинской деятельности : проблемные вопросы правоприменения, судебная практика и типовые образцы документов / М. Ю. Старчиков. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 272 с. — ISBN 978-5-9704-5781-8. — Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457818.html> (дата обращения: 14.03.2022). —

Режим доступа : по подписке.

13. Меженков, Ю. Э. Цена ошибки / Ю. Э. Меженков. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 304 с. — ISBN 978-5-9704-5661-3. — Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456613.html> (дата обращения: 03.02.2022). — Режим доступа : по подписке.

14. Старчиков, М. Ю. Правовой минимум медицинского работника (врача) / Старчиков М. Ю. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. — 272 с. — ISBN 978-5-9704-5538-8. — Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455388.html> (дата обращения: 03.02.2022). — Режим доступа : по подписке.

15. Шипова, В. М. Дополнительные материалы к изданию «Регулирование трудовых отношений в здравоохранении» / Шипова В. М. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. — ISBN 978-5-9704-5649-1. — Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456491-EXT.html> (дата обращения: 03.02.2022). — Режим доступа : по подписке.

16. Махамбетчин, М. М. Врачебные ошибки : причины, анализ и предупреждение / Махамбетчин М. М. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020 — 240 с. — ISBN 978-5-9704-5796-2. — Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457962.html> (дата обращения: 03.02.2022). — Режим доступа : по подписке.

17. Амлаев, К. Р. Правовое регулирование паллиативной медицинской помощи / Понкина А. А. , Понкин И. В. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. — 176 с. — ISBN 978-5-9704-5253-0. — Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452530.html> (дата обращения: 03.02.2022). — Режим доступа : по подписке.

18. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях : учебное пособие / А. И. Махновский, В. А. Мануковский, И. М. Барсукова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-7803-5, DOI: 10.33029/9704-7803-5-МКР-2023-1-448. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970478035.html> (дата обращения: 27.04.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

19. Карякин, Н. Н. Управление медицинской организацией : первые шаги / Н. Н. Карякин, Л. А. Алебашина, А. С. Благодирова [и др.] ; под общ. ред. Н. Н. Карякина. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-7217-0. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472170.html> (дата обращения: 27.04.2023). - Режим доступа : по подписке.

20. Применение клинко-экономического анализа в медицине (определение социально-экономической эффективности) : учебное пособие / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, К. Э. Соболев ; под ред. А. В. Решетникова. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 184 с. (Серия "Дополнительное профессиональное образование") - ISBN 978-5-9704-6984-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970469842.html> (дата обращения: 27.04.2023). - Режим доступа : по подписке.

21. Чернышев, В. М. Экономические основы эффективного управления медицинской организацией / В. М. Чернышев, О. В. Пушкарев, О. В. Стрельченко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 376 с. - ISBN 978-5-9704-6306-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463062.html> (дата обращения: 28.04.2023). - Режим доступа : по подписке.

22. Колосницына, М. Г. Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - ISBN 978-5-9704-4228-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442289.html> (дата обращения: 22.05.2023). - Режим доступа : по подписке.
23. Шипова, В. М. Регулирование трудовых отношений в здравоохранении. Сборник нормативно-правовых актов с комментариями / В. М. Шипова ; под ред. Р. У. Хабриева. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-6539-4. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465394.html> (дата обращения: 28.04.2023). - Режим доступа : по подписке.
24. Вакцинопрофилактика у детей и взрослых : руководство для врачей / под ред. И. В. Фельдблюм, Л. П. Зуевой, Б. И. Асланова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-7368-9, DOI: 10.33029/9704-7368-9-FZA-2023-1-288. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970473689.html> (дата обращения: 02.05.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный
25. Трифонов, И. В. Эффективный начмед. Практическое руководство по управлению лечебным процессом в многопрофильном стационаре / Трифонов И. В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 72 с. - ISBN 978-5-9704-5236-3. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452363.html> (дата обращения: 03.05.2023). - Режим доступа : по подписке.
26. Трифонов, И. В. Авторитетный главный врач / И. В. Трифонов. - 2-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-5187-8. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451878.html> (дата обращения: 03.05.2023). - Режим доступа : по подписке.
27. Морозов, С. П. Основы менеджмента медицинской визуализации / Морозов С. П. [и др.] - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 432 с. - ISBN 978-5-9704-5247-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452479.html> (дата обращения: 03.05.2023). - Режим доступа : по подписке.
28. Татарников, М. А. Делопроизводство в медицинских организациях / Татарников М. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-4871-7. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448717.html> (дата обращения: 03.05.2023). - Режим доступа : по подписке.
29. Царик, Г. Н. Информатика и медицинская статистика / под ред. Г. Н. Царик - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 304 с. - ISBN 978-5-9704-4243-2. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442432.html> (дата обращения: 22.05.2023). - Режим доступа : по подписке.
30. Шипова, В. М. Средние и младшие медицинские работники : нормативы численности, методики расчетов / Шипова В. М. , Берсенева Е. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-5403-9. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454039.html> (дата обращения: 25.05.2023). - Режим доступа : по подписке.
31. Штатное расписание медицинской организации / В. М. Шипова ; под ред. Р. У. Хабриева. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 360 с. - ISBN 978-5-9704-7531-7, DOI: 10.33029/9704-7531-7-2-SMO-2023-1-360. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970475317.html> (дата обращения: 25.05.2023). -

Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

32. Авачева, Т. Г. Медицинские информационные системы : учебное пособие для слушателей ординатуры по направлению 31. 00. 00 Клиническая медицина / Т. Г. Авачева, М. Н. Дмитриева, Н. В. Дорошина, О. А. Милованова, Е. А. Моисеева; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. - Рязань : ООП УИТТиОП, 2019. - 132 с. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : https://www.studentlibrary.ru/book/RZNGMU_012.html (дата обращения: 26.05.2023). - Режим доступа : по подписке.

33. Клиническая психология лечебного процесса : учебное пособие / под ред. Н. А. Сирота. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-7658-1, DOI: 10.33029/9704-7658-1-СРТР-2023-1-400. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970476581.html> (дата обращения: 13.06.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

34. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях : учебное пособие / А. И. Махновский, В. А. Мануковский, И. М. Барсукова [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-7803-5, DOI: 10.33029/9704-7803-5-МКР-2023-1-448. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970478035.html> (дата обращения: 01.12.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

35. Психическое здоровье населения в условиях пандемии : руководство для врачей / под ред. Н. Г. Незнанова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 336 с. - ISBN 978-5-9704-8096-0, DOI: 10.33029/9704-8096-0-РНР-2024-1-336. - Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970480960.html> (дата обращения: 21.12.2023). - Режим доступа: по подписке. - Текст: электронный

Программное обеспечение

Microsoft Office.

Мультимедийные пособия

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» » <https://www.studentlibrary.ru/>

2. Электронно-библиотечная система «Консультант врача» <http://www.rosmedlib.ru>

3. Электронно-библиотечная система « Знаниум » ООО «ЗНАНИУМ», договор № 1128 от 31.08.2023 www.znanium.com

4. Электронно-библиотечная система « Юрайт » www.urait.ru

5. Электронно-библиотечная система « Знаниум » www.znanium.com

6. Электронно-библиотечная система « Руконт » <https://lib.rucont.ru/search>

7. Электронно-библиотечная система « IPRsmart » www.iprbookshop.ru/

8. Консультант Плюс: справочно-правовая система <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=home>

9. База данных «Электронная коллекция учебных и учебно-методических материалов ЯГМУ» http://lib.yma.ac.ru/buki_web/bk_cat_find.php