



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДВФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

«СОГЛАСОВАНО»

Руководитель ОП

П.Ф. Кикү

«01» сентября 2017 г



«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Департамента фундаментальной и
клинической медицины

Б.И. Гельцер

«01» сентября 2017 г

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ
Стандартизация и управление качеством медицинской помощи

Специальность 32.04.01 «Общественное здравоохранение»
Образовательная программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»
Форма подготовки: очная

курс 1 , семестр 2
лекции не предусмотрены
практические занятия 36 час.
в том числе с использованием МАО лек 0 час./прак.0 час.
всего часов аудиторной нагрузки 36 час.
в том числе с использованием МАО -0 час.
самостоятельная работа 72 часа
в том числе на подготовку к экзамену не предусмотрены
контрольные работы не предусмотрены
курсовая работа / курсовой проект не предусмотрены
Зачет 2 семестр

Рабочая программа дисциплины составлена в соответствии с требованиями образовательного стандарта высшего образования, самостоятельно установленного ДВФУ по направлению 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом ректора ДВФУ №12-13-1282 от 07.07.2015г.

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании Департамента фундаментальной и клинической медицины, протокол № 1 от « 01 » сентября 2017 г.

Директор Департамента: д.м.н., профессор Б.И. Гельцер

Составители: к.м.н., доцент Боровская Н.А.

I. Рабочая программа пересмотрена на заседании Департамента:

Протокол от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____

Директор _____ Гельцер Б.И.

(подпись)

(И.О. Фамилия)

II. Рабочая программа пересмотрена на заседании Департамента:

Протокол от « _____ » _____ 20 ____ г. № _____

Директор _____ Гельцер Б.И.

(подпись)

(И.О. Фамилия)

Аннотация

Рабочая программа учебной дисциплины «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи» предназначена для студентов, обучающихся в магистратуре по специальности 32.04.01 «Общественное здоровье» образовательной программы «Организация и управление медицинской и фармацевтической деятельностью».

Дисциплина «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи» входит в блок дисциплин по выбору студентов вариативной части профессионального цикла (индекс Б1.В.ДВ.5.2).

Общая трудоемкость освоения дисциплины составляет 3 зачетные единицы, 108 часов. Учебным планом предусмотрены практические занятия (36 часов), самостоятельная работа 72 часа. Дисциплина реализуется на 1 курсе во 2-м семестре. Форма контроля по дисциплине – зачет.

Курс «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи» опирается на знания, полученные студентами при изучении таких учебных дисциплин, как «Философские проблемы науки и техники», «Менеджмент в здравоохранении».

Цель курса «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи» - изучение сущности управленческого системного подхода к качеству оказания медицинской помощи.

Задачи дисциплины:

- выстроить понимание системы стандартизации;
- научиться ориентироваться в различных типологиях стандартов медицинской помощи.

В результате изучения дисциплины «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи» обучающиеся должны:

Знать:

- классификацию стандартов медицинской помощи,
- нормативную базу по стандартизации,
- особенности применения стандартов в российских условиях.

- **Уметь:**

- проводить оценку качества медицинской помощи,
- разрабатывать план мероприятий по улучшению качества медицинской помощи.

- **Владеть:**

— совокупностью способов, методов, средств не только диагностики проблемной ситуации, проектирования системы оказания медицинской помощи, их инновации, но и прогнозирования и моделирования многообразных последствий (экономических, социальных, политических, духовно-культурных), принимаемых управленческих решений, сочетающих в себе как достижение более высокого качества жизни, так и высокого хозяйственного, коммерческого результата.

В результате изучения данной дисциплины у студентов формируются **следующие профессиональные компетенции (элементы компетенций).**

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
ПК-2 способность и готовность к организации и осуществлению прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	Знает	принципы организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения
	Умеет	осуществлять прикладные и практические проекты и иные мероприятия по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения
	Владеет	навыками организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения
ПК-3 способность и готовность к планированию, организации и осуществлению мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения	Знает	современные методы сбора и обработки информации для планирования и организации мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения
	Умеет	проводить статистический анализ и интерпретацию результатов планирования и осуществления мероприятий по охране здоровья населения

	Владеет	навыками планирования, изучения, анализа, оценки тенденций, прогнозирования мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения
ПК-4 способностью и готовностью к планированию, организации и осуществлению деятельности по лекарственному обеспечению населения	Знает	основы планирования, организации и осуществление деятельности по лекарственному обеспечению
	Умеет	проводить анализ и оценку показателей деятельности медицинской организации по обеспечению лекарственными средствами, управлять ресурсами медицинской организации
	Владеет	навыками подготовки обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с необходимыми ресурсами лекарственного обеспечения медицинской организации и потребностями населения

Для формирования вышеуказанных компетенций в рамках дисциплины «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи» применяются следующие методы активного/ интерактивного обучения: практические занятия – диспут, круглый стол (подготовка и обсуждение рефератов).

I. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА

(не предусмотрена учебным планом)

II. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА

Практические занятия (36 час.)

Занятие 1. Общие закономерности, определяющие направления стратегии развития системы обеспечения качества медицинской помощи (4 час.)

Содержание занятия:

1. Основные компоненты и элементы качества медицинской помощи.
2. Определение, параметры и оценка качества медицинской помощи в свете 323-ФЗ.

3. Соотношение 323-ФЗ и 326-ФЗ в части определения качества медицинской помощи.

Контрольные вопросы:

1. Чему посвящены исследования Ф. Тейлора в области качества?
2. Какой вклад в развитие учения о качестве внес Э. Деминг?
3. Какова суть 14 ключевых принципов-заповедей Э. Деминга?
4. В чем состоит план действий Деминга?
5. Что означает «спираль качества» (спираль Джурана)?
6. Кто является автором концепции AQI (Annual Quality Improvement)?
7. Что определяют 14 принципов (абсолютов) Ф. Кросби?
8. В чем заключается способ оценки степени компетентности предприятия в решении проблемы качества, предложенный Ф. Кросби?
9. Какой вклад в развитие учения о качестве внес А. Фейгенбаум?
10. Какой вклад в развитие учения о качестве внес К. Исикава?
11. Какой вклад в развитие учения о качестве внес Г. Тагути?
12. Какие этапы развития науки управления качеством выделяют?
13. Что характерно для первого этапа развития системы качества?
14. Что характерно для второго этапа развития системы качества?
15. Что характерно для третьего этапа развития системы качества?
16. В чем смысл всеобщего управления качеством?
17. Для чего созданы и что устанавливают стандарты ISO?

Тестовые задания:

1. Дж. Джуран первым обосновал переход от _____ (1) качества к управлению качеством.
2. Изучая вопросы стоимостной оценки качества, Кросби высказал знаменитый афоризм: «Качество — _____ (2)».
3. А. Фейгенбаумом сформулированы _____ (3) «смертных греха» в подходах к качеству, которые следует учитывать, чтобы усилия при реализации программ по качеству не оказались напрасными.

4. Главное в философии Тагути — это _____ (4) качества с одновременным _____ (5) расходов.

5. В международном стандарте ISO 9000:2000 качество - это не совокупность свойств, а _____ (6) _____ (7) характеристик продукта назначенным требованиям.

Занятие 2. Модели управления качеством медицинской помощи (8 час.)

Содержание занятия:

1. Основные принципы обеспечения качества: системный подход, сосредоточение на нуждах потребителей, командная работа.
2. Измерения и мониторинг как научное обоснование изменений.
3. Классический треугольник управления качеством.
4. Классические шаги улучшения качества.
5. Реально используемые в настоящее время шаги в улучшении качества.
6. Цикличность процессов улучшения. Роль измерений в улучшении качества.
7. Три уровня показателей и их использование для процесса улучшения качества.
8. Понятие «дизайна» и «редизайна» систем.
9. Роли лидеров (руководителей) в процессе улучшения качества.
10. Вовлечение в деятельность (коучинг), как средство достижения улучшения.

Контрольные вопросы:

1. Каковы основные принципы методологии улучшения?
2. В чем разница между понятиями «система» и «процессы»?
3. Что подразумевает принцип сосредоточения на нуждах потребителя?
4. В чем смысл процесса командообразования?
5. Почему при формировании команды необходимо учитывать индивидуальные характеристики членов команды?
6. Какие Вы знаете рекомендации по формированию команды?

7. Какие Вам известны индивидуальные приемы принятия решений?
8. В чем заключается метод «Делфи»?
9. В чем достоинства и недостатки метода «Делфи»?
10. В чем заключается метод коллективной генерации идей?
11. В чем заключается метод «мозговой атаки»?
12. В чем заключается метод построения сценариев?
13. В чем заключается метод построения прогностических графов и дерева целей?
14. В чем заключается метод «Липки»?
15. Что может повысить эффективность процесса принятия решений в команде?
16. В чем важность эффективной коммуникации?
17. Каковы основные положения научной методологии улучшений?
18. Что такое индикатор?
19. В чем разница между систематической и спорадической вариабельностью?
20. В чем заключаются классические шаги улучшения качества?
21. Что означает цикличность процессов улучшения?
22. Как описывает лидерство теория достоинств?
23. В чем заключается теория стилей лидерства К. Левина?
24. В чем заключается теория Р. Лайкерта?
25. Как используется коучинг в процессе улучшения?

Тестовые задания:

1. Внешние потребители – это _____ (1), получающие конечный продукт или результат системы.
2. «Работа в команде – это _____ (2) вместе двигаться к единому видению. _____ (3) управлять индивидуальными талантами в организационных целях. Это топливо, позволяющее обычным людям добиваться _____ (4) результатов» (Э. Карнеги).

3. Сам метод командообразования ведет свое начало из двух подходов: подход _____ (5) персонала и _____ (6) качества.

4. Технология менеджмента рассматривает управленческое решение как процесс, состоящий из трех стадий: _____ (7) решения; _____ (8) решения; _____ (9) решения.

5. Метод «мозговой атаки» характеризуется _____ (10) выдвижением новых идей без их _____ (11) оценки до появления _____ (12) решения.

6. Вариабельность – это _____ (13) в конечном результате процесса, вызванные влиянием _____ (14) основных источников.

7. Управление качеством состоит из _____ (15) основных видов деятельности: _____ (16) качества, _____ (17) качества и _____ (18) качества.

Занятие 3. Управление качеством в здравоохранении (8 час.)

Содержание занятия:

1. Природа, виды изменений
2. Отличия изменений от инноваций и нововведений
3. Отношение персонала к проводимым изменениям
4. Модели внедрения изменений
5. Методы оценки качества медицинской помощи, выделение основных объектов стандартизации и групп стандартов.
6. Внедрение федеральных порядков и стандартов медицинской помощи.

Контрольные вопросы:

1. Что является целью организационных изменений?
2. Каковы основные причины возникновения сопротивления осуществляемым изменениям?
3. Почему сотрудники обычно сопротивляются изменениям?
4. Какие способы преодоления сопротивления вам известны?
5. Каковы основные методы проведения изменений в организациях?
6. Каковы основные направления инновационной деятельности?

7. Почему следует выделять различные типы инноваций при их внедрении и распространении?

Тестовые задания:

1. *К. Левин* в своей трехшаговой теории рассматривал изменения как _____ (1), которые способствуют стабильности определенного поведения.
2. Изменения второго порядка приводят к _____ (2) в деятельности самой организации, в результате чего она может _____ (3) свое существование, либо начать работать _____ (4).
3. Инициаторами идеи перемен называют лиц, имеющих _____ (5) представление о том, что и как следует _____ (6).
4. Инновация (нововведение) – конечный результат _____ (7) деятельности, получивший воплощение в виде _____ (8) или _____ (9) продукции либо технологии, практически _____ (10) и способных _____ (11) определенные потребности.

Занятие 4. Условия, необходимые для внедрения системы управления качеством медицинской помощи (8 час.) (дискуссия)

Участники, сгруппировавшись по взглядам, заранее готовят тезисы и «публикуют» их, т. е. распространяют среди будущих участников дискуссии. Преподаватель может получить их, как все остальные, а может и не получать.

Предварительная подготовка идет разрозненно, индивидуально. Участники логически и активно группируются в «партии» в ходе дискуссии. В этом случае дискуссия начинается с заявления позиций, а уже потом идет полемика.

Преподаватель ведёт дискуссию. В ходе дискуссии ведущий ее преподаватель обучает не какой-либо позиции, а *умению излагать и аргументировать любую позицию*, избранную тем или иным участником.

Для обсуждения темы «Общие закономерности, определяющие направления стратегии развития системы обеспечения качества медицинской

помощи» необходимо подготовить следующие вопросы с помощью рекомендуемой литературы:

1. Готовность руководства медицинского учреждения и персонала для внедрения системы управления качеством медицинской помощи.
2. Состояние материально-технической базы и информационно-технического комплекса.
3. Разработка системы клинического управления.

Занятие 5. Модель внедрения системы управления качеством медицинской помощи в медицинской организации (4 час.)

Содержание занятия:

1. Создание рабочей группы и разработка системы мотивации для руководства и персонала клиники.
2. Порядок разработки, утверждения и применения стандартов
3. Применение стандартов в деятельности МО
4. Роль доказательной медицины в системе стандартизации
5. Внедрение в медицинскую деятельность стандартов обследования и лечения больных.
6. Оснащение медицинского центра медицинской информационной системой (МИС), внедрение электронного документооборота.
7. Понятие клинико-экономического анализа, клинико-экономические стандарты, их взаимодействие с протоколами ведения пациентов.
8. Разработка стандартов медицинской помощи и протоколы ведения пациентов.
9. Структура стандарта медицинской помощи, цели и выгода от внедрения стандартов мед. помощи в деятельности МО.

Контрольные вопросы:

1. Что является целью работ по стандартизации?
2. Что подразумевается под понятием «стандарт»?

3. Что представляет собой контроль за соблюдением стандартов медицинской помощи?
4. На основе каких принципов развивается система стандартизации медицинской деятельности?
5. Что относится к документам в области стандартизации согласно Федеральному закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О Техническом Регулировании»?
6. Каков порядок утверждения, разработки и применения стандартов?
7. Что лежит в основе понятия «доказательная медицина»?
8. Каковы причины возникновения доказательной медицины?
9. Какие существуют уровни доказательности данных?
10. Что такое систематический обзор?

Тестовые задания:

1. Оценка качества медицинской помощи основана на сопоставлении _____ (1) _____ (2) результатов с _____ (3) _____ (4).
2. Доказательная медицина - это раздел медицины, основанный на _____ (5), предполагающий _____ (6), _____ (7), _____ (8) и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах больных.
3. Основная цель внедрения принципов доказательной медицины в практику здравоохранения — _____ (9) качества оказания медицинской помощи с точки зрения _____ (10), эффективности, стоимости и др. значимых факторов.
4. Метаанализ — применение _____ (11) методов при создании систематического обзора.

Занятие 6. Осуществление государственного контроля за качеством медицинской помощи (4 час.)

Содержание занятия:

1. Международные документы в области качества медицинской помощи
2. Полномочные органы, предметы проверок, регламенты осуществления мероприятий по контролю.
3. Федеральные документы в области качества медицинской помощи. Роль Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федеральной службы по контролю в сфере здравоохранения и социального развития и других органов федерального уровня в регулировании вопросов оказания качества медицинской помощи
4. Территориальные документы в области качества медицинской помощи. Роль территориальных органов управления здравоохранения в регулировании вопросов оказания качества медицинской помощи
5. Соотношение 323-ФЗ и 294-ФЗ.
6. Ответственность медицинских работников, должностных лиц медицинских организаций по обеспечению качества медицинской помощи.

Тестовые задания:

1. Создание системы стандартов медицинских технологий, рекомендуемых для практического использования медицинскими и иными организациями, является целью работы:

- a) Министерства здравоохранения и социального развития
- b) Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
- c) Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии
- d) Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию
- e) Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития

2. Законодательную и нормативную базу национальной системы стандартизации в настоящее время составляют:

- a) Конституция Российской Федерации
- b) Федеральный закон "О техническом регулировании"

с) нормативные правовые акты Правительства Российской Федерации по вопросам стандартизации

д) основополагающие стандарты национальной системы стандартизации

е) все указанное верно

3. Организационно-функциональную структуру национальной системы стандартизации в настоящее время составляют:

а) национальный орган по стандартизации (Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии)

б) научно-исследовательские организации по стандартизации

в) технические комитеты по стандартизации

г) разработчики стандартов

е) все указанное верно

4. Согласно какой статье Всеобщей Декларации прав человека каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи:

а) 14

б) 24

в) 34

г) 44

е) 54

5. Предложение разработать глобальные нормы, стандарты и руководящие принципы медико-санитарной помощи и безопасности больных, определения, измерения и отчетности в отношении неблагоприятных последствий и ошибок в здравоохранении было сформулировано:

а) 8 сентября 2000 г. в документе «Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций»

б) В документе Ч. Д. Шоу, И. Кало «Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения»

с) в докладе «What are the best strategies for ensuring quality in hospital? (Какие

стратегии обеспечения качества медицинской помощи в стационарах являются лучшими?)»

d) на 55-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 18 мая 2002 г. и отражена в резолюции WHA55.18

e) правильного ответа нет

6. Предложение поощрять исследования в области безопасности больных было сформулировано:

a) 8 сентября 2000 г. в документе «Декларация тысячелетия Организации Объединенных Наций»

b) В документе Ч. Д. Шоу, И. Кало «Основы для разработки национальных политик по обеспечению качества в системах здравоохранения»

с) в докладе «What are the best strategies for ensuring quality in hospital? (Какие

стратегии обеспечения качества медицинской помощи в стационарах являются лучшими?)»

d) на 55-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 18 мая 2002 г. и отражена в резолюции WHA55.18

e) правильного ответа нет

III. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся по дисциплине представлено в Приложении 1 и включает в себя:

- план-график выполнения самостоятельной работы по дисциплине, в том числе примерные нормы времени на выполнение по каждому заданию;

- характеристика заданий для самостоятельной работы студентов и методические рекомендации по их выполнению;

- требования к представлению и оформлению результатов самостоятельной работы;

- критерии оценки выполнения самостоятельной работы.

IV. КОНТРОЛЬ ДОСТИЖЕНИЙ ЦЕЛЕЙ КУРСА

№ п/п	Контролируемые модули/разделы / темы дисциплины	Коды и этапы формирования компетенций			Оценочные средства - наименование		
					текущий контроль	промежуточная аттестация	
1	Стандартизация и управление качеством медицинской помощи	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Знает и способен организовывать и осуществлять практические и прикладные проекты по изучению социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на качество жизни населения.	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 1-4	
			Умеет	планировать, организовывать и осуществлять мероприятия по обеспечению охраны здоровья населения			Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, ПР-11
			Владеет	методами планирования, организации по лекарственному обеспечению населения.			Работа в малых группах, УО-3
2	Модели управления качеством медицинской помощи	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Основные принципы обеспечения качества: системный подход, сосредоточение на нуждах потребителей, командная работа.	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 5-9	

			Умеет	Реально использовать классические шаги в улучшении качества	Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, ПР-11	
			Владеет	Методами повышения эффективности процесса принятия решений в команде для улучшения качества	Работа в малых группах, УО-3	
3	Управление качеством в здравоохранении	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Методы оценки качества медицинской помощи	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 10-14
			Умеет	Выделять основные объекты стандартизации и групп стандартов	Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, ПР-11	
			Владеет	Методами внедрения федеральных порядков и стандартов медицинской помощи	Работа в малых группах, УО-3	
4	Условия, необходимые для внедрения системы управления качеством медицинской помощи	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Правила подготовки руководства медицинского учреждения и персонала для внедрения системы управления качеством медицинской помощи.	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 15-18
			Умеет	Использовать состояние материально-технической базы и информационно-технического комплекса для внедрения системы управления качеством	Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, ПР-11	

			Владеет	Методами разработки системы клинического управления	Работа в малых группах, УО-3	
5	Модель внедрения системы управления качеством медицинской помощи в медицинской организации	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Порядок разработки, утверждения и применения стандартов	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 19-22
			Умеет	Применять стандарты в деятельности МО	Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, кейс-задачи ПР-11	
			Владеет	Понятием клинико-экономического анализа, клинико-экономические стандарты, их взаимодействие с протоколами ведения пациентов	Работа в малых группах, УО-3	
6	Осуществление государственного контроля за качеством медицинской помощи	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Документы в области качества медицинской помощи	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 23-26
			Умеет	Использовать Федеральные документы в области качества медицинской помощи	Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, кейс-задачи ПР-11	
			Владеет	Ответственностью медицинских работников, должностных лиц медицинских организаций по обеспечению качества медицинской помощи	Работа в малых группах, УО-3	

Контрольные и методические материалы, а также критерии и показатели необходимые для оценки знаний, умений, навыков и характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы представлены в Приложении 2.

V. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

1. Радкевич Я.М. Метрология, стандартизация и сертификация [Электронный ресурс] : учебное пособие / Я.М. Радкевич, А.Г. Схиртладзе, Б.И. Лактионов. — 2-е изд. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Вузовское образование, 2019. — 791 с.

Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/79771.html>

2. Зажигалкин А.В. Стандартизация. Методология и практика [Электронный ресурс] : монография / А.В. Зажигалкин. — Электрон. текстовые данные. — М. : Научный консультант, РИА «Стандарты и качество», 2017. — 90 с. —

Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/75230.html>

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Медик В. А., Юрьев В. К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 608с.

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437100.html>

4. Стандартизация в здравоохранении. Преодоление противоречий законодательства, практики, идей [Электронный ресурс] / Н. Б. Найговзина, В. Б. Филатов, О. А. Бороздина, Н. А. Николаева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 208с.

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435113.html>

5. Голуб О.В. Стандартизация, метрология и сертификация [Электронный ресурс] : учебное пособие / О.В. Голуб, И.В. Сурков, В.М. Позняковский. — Электрон. текстовые данные. — Саратов: Вузовское образование, 2014. — 334 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/4151.html>

Дополнительная литература

1. Лисицин Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. - ГЭОТАР-Медиа. – 2016. – 542 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:781664&theme=FEFU>

2.Медико-физиологические особенности стандартизации и экспертизы качества медицинской помощи в промышленном здравоохранении / В.В. Норенко. 2012 - С. 9-12. Биомедицинская радиоэлектроника : ежемесячный научно-прикладной журнал. - 2012. - № 12. -

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:684997&theme=FEFU>

3.Покровский В.И., Брико Н.И. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины ГЭОТАР-Медиа. – 2012. – 496 с.

Режим доступа:<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417782.html>

4.Библиотека Health Science Center Университета Флориды
<http://www.library.health.ufl.edu/pubmed/PubMed2>

5.Библиотека ДМ Университета штата Иллинойс
<http://www.uic.edu/depts/lib/lhsp/resources/ebm.shtml>

6.Библиотека Медицинского Центра Duke University, Библиотека Здравоохранения, Университет Северной Каролины
<http://www.hsl.unc.edu/services/tutorials/ebm/welcome.htm>

7.Библиотека Нью-йоркской медицинской ассоциации. Центр ресурсов по ДМ – материалы для обучения и преподавания.
<http://www.ebmny.org/teach.html>

8.Кокрановское Сотрудничество. Открытые обучающие материалы
<http://www.cochrane-net.org/openlearning/>

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной среды «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
- 2.<http://med-lib.ru/specilit/patfiz/index.php>
- 3.<http://www.medliter.ru/?page=list&id=09>
- 4.<http://www.rmj.ru/medjurnrus.htm>
- 5.Справочно-правовая система Консультант плюс.
- 6.<http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края

7.<http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации

8.<http://meduniver.com> Медицинский сайт о различных сферах медицины

9.Медицинская Школа Массачусетского Университета. Центр ДМ
<http://library.umassmed.edu/EBM/tutorials/>

10.Межрегиональное сообщество специалистов доказательной медицины <http://www.osdm.org/>

11.Оксфордский Центр доказательной медицины <http://www.cebm.net/>

12.Российское отделение Кокрановского Сотрудничества
<http://www.cochrane.ru/>

13.Сайт British Medical Journal (Британский Медицинский Журнал) – одного из самых авторитетных изданий в области медицины
<http://bmj.bmjournals.com/collections/>

14.Санкт-Петербургский институт общественного здравоохранения
<http://stphs.narod.ru/>

15.Университет Южной Калифорнии, Отделение Семейной Медицины (модуль Education & Training). Учебный курс «Управление качеством медицинской помощи» Раздел 5 стр. 26
http://www.usc.edu/schools/medicine/departments/family_medicine/education/clerkship/evidence_based/index.html

16.Центр Health Evidence
<http://www.cche.net/usersguides/main.asp>

Перечень информационных технологий и программного обеспечения

- Microsoft Office Professional Plus 2010;
- офисный пакет, включающий программное обеспечение для работы с различными типами документов (текстами, электронными таблицами, базами данных и др.);
- 7Zip 9.20 - свободный файловый архиватор с высокой степенью сжатия данных;

- ABBYY FineReader 11 - программа для оптического распознавания символов;
- Adobe Acrobat XI Pro – пакет программ для создания и просмотра электронных публикаций в формате PDF;
- ESET Endpoint Security - комплексная защита рабочих станций на базе ОС Windows. Поддержка виртуализации + новые технологии;
- WinDjView 2.0.2 - программа для распознавания и просмотра файлов с одноименным форматом DJV и DjVu.

VI. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Практическая часть дисциплины «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи» раскрывается на практических занятиях, где преподавателем даются основные понятия дисциплины.

Практические занятия курса проводятся по всем разделам учебной программы. Практические работы направлены на формирование у студентов навыков самостоятельной исследовательской работы.

Активному закреплению теоретических знаний способствует обсуждение проблемных аспектов дисциплины в форме семинара и занятий с применением методов активного обучения. При этом происходит развитие навыков самостоятельной исследовательской деятельности в процессе работы с научной литературой, периодическими изданиями, формирование умения аргументированно отстаивать свою точку зрения, слушать других, отвечать на вопросы, вести дискуссию.

Практические занятия акцентированы на наиболее принципиальных и проблемных вопросах и призваны стимулировать выработку собственной позиции по данным темам.

В работе со студентами используются разнообразные средства, формы и методы обучения (информационно-развивающие, проблемно-поисковые):

метод научной дискуссии, конференция или круглый стол, анализ конкретных учебных ситуаций (case study).

Конференция или круглый стол

При использовании данного метода можно приглашать различных специалистов, занимающихся изучением рассматриваемой проблемы или работающих по изучаемой студентами теме. Это могут быть ученые, экономисты, деятели искусства, представители общественных организаций, государственных органов и т. п.

Перед такой встречей преподаватель предлагает студентам выдвинуть интересующую их по данной теме проблему и сформулировать вопросы для их обсуждения. Если студенты затрудняются, то преподаватель может предложить ряд проблем и вместе со студентами выбрать более интересную для них. Выбранные вопросы передаются приглашенному специалисту «круглого стола» для подготовки к выступлению и ответам. Одновременно на «круглый стол» могут быть приглашены несколько специалистов, занимающихся исследованием данной проблемы. Чтобы заседание «круглого стола» проходило активно и заинтересованно, необходимо настроить слушателей на обмен мнениями и поддерживать атмосферу свободного обсуждения.

При применении всех этих форм занятий студенты получают реальную практику формулирования своей точки зрения, осмысления системы аргументации, т. е. превращения информации в знание, а знаний в убеждения и взгляды.

Коллективная форма взаимодействия и общения учит студентов формулировать мысли на профессиональном языке, владеть устной речью, слушать, слышать и понимать других, корректно и аргументировано вести спор. Совместная работа требует не только индивидуальной ответственности и самостоятельности, но и самоорганизации работы коллектива, требовательности, взаимной ответственности и дисциплины. На таких

семинарах формируются предметные и социальные качества профессионала, достигаются цели обучения и воспитания личности будущего специалиста.

Особенности коллективной мыслительной деятельности в том, что в ней существует жесткая зависимость деятельности конкретного студента от сокурсника; она помогает решить психологические проблемы коллектива; происходит «передача» действия от одного участника другому; развиваются навыки самоуправления.

Имеются различные формы организации и проведения данного вида занятий, такие как **пресс-конференция**.

На предшествующем занятии преподаватель дает задание студентам индивидуально ответить на вопросы практического занятия и коллективно обсудить варианты решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучаемых. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучаемый должен определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации. Вместе с тем каждый студент должен путем вживания в роль конкретных исторических деятелей проанализировать причины, ход и результаты проводимых мероприятий. Практическое занятие начинается со вступительного слова преподавателя, в котором озвучивается проблемы для обсуждения. По мере обсуждения каждый из студентов имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений, вступить в диалог и дискуссию.

По мере обсуждения вопросов практического занятия развиваются аналитические способности обучающихся, способствуют правильному использованию имеющейся в их распоряжении информации, вырабатывают самостоятельность и инициативность в решениях.

На завершающем этапе занятия, преподаватель корректируя выводы по выступлениям учащихся, делает общие выводы по каждому практическому заданию и общий результат по всему занятию.

Метод научной дискуссии

Академическая группа подразделяется на две подгруппы - генераторов и критиков идей. Выделяют еще три человека - эксперты-аналитики.

Практическое занятие реализуется в четыре этапа:

Первый – подготовительный (осуществляется за 1-2 недели до практического занятия). Преподаватель проводит инструктаж о цели, содержании, характере, правилах участия в игре. Подготовка студентов включает:

- определение цели занятия, конкретизацию учебной задачи;
- планирование общего хода занятия, определение времени каждого этапа занятия;
- разработку критериев для оценки поступивших предложений и идей, что позволит целенаправленно и содержательно проанализировать и обобщить итоги занятия.

Категорически запрещаются взаимные критические замечания и оценки, они мешают возникновению новых идей. Следует воздерживаться от действий, жестов, которые могут быть неверно истолкованы другими участниками сессии. Как бы ни была фантастична или невероятна идея, выдвинутая кем-либо из участников сессии, она должна быть встречена с одобрением. Чем больше выдвинуто предложений, тем больше вероятность появления новой и ценной идеи.

Второй – занятие начинается с того, что генераторы идей быстро и четко характеризуют правителя, ситуацию в стране и высказывают все предложения по решению названной проблемы;

Третий - критики идей «атакуют» - отбирают наиболее ценные, прогрессивные из них, анализируют, оценивают, критикуют и включают в список актуальных предположений, обеспечивающих решение проблемы;

Четвертый - эксперты анализируют и оценивают деятельность обеих подгрупп, значимость выдвинутых идей.

Цель преподавателя — организация коллективной мыслительной деятельности по поиску нетрадиционных путей решения задач, при

обсуждении спорных вопросов, гипотез, проблемных или конфликтных ситуаций.

При написании рефератов рекомендуется самостоятельно найти литературу к нему. В реферате раскрывается содержание исследуемой проблемы. Работа над рефератом помогает углубить понимание отдельных вопросов курса, формировать и отстаивать свою точку зрения, приобретать и совершенствовать навыки самостоятельной творческой работы, вести активную познавательную работу.

Для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации проводится собеседование и опрос.

VII. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Материально-техническое обеспечение реализации дисциплины включает в себя аудитории для проведения лекций и практических занятий, оборудованных мультимедийным обеспечением и соответствующие санитарным и противопожарным правилам и нормам.

В целях обеспечения специальных условий обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в ДВФУ все здания оборудованы пандусами, лифтами, подъемниками, специализированными местами, оснащенными туалетными комнатами, табличками информационно-навигационной поддержки.

Образовательный процесс по дисциплине проводится в лекционных, компьютерных классах корпуса Школы Биомедицины кампуса ДВФУ, оснащенных компьютерами класса Pentium и мультимедийными системами, с подключением к общекорпоративной сети ДВФУ и Internet.

Практические занятия:

Мультимедийная аудитория: Экран с электроприводом 236*147 см Trim Screen Line; Проектор DLP, 3000 ANSI Lm, WXGA 1280x800, 2000:1 EW330U Mitsubishi; документ-камера CP355AF AVervision, видеочамера MP-HD718 Multipix; Подсистема специализированных креплений	690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров
---	---

<p>оборудования CORSA-2007 Tuarex; Подсистема видеокмутации: Подсистема аудиокоммутации и звукоусиления: усилитель мощности, беспроводные ЛВС на базе точек доступа 802.11a/b/g/n 2x2 MIMO(2SS).</p>	<p>Саперный, поселок Аякс, 10, Школа биомедицины, ауд. М 419, площадь 74,9 м²</p>
--	--

Самостоятельная подготовка студентов к практическим занятиям осуществляется в компьютерных классах, оборудованных выходом в интернет

<p>Компьютерный класс на 12 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW,GigEth,Wi-Fi,BT,usb kbd/mse,Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit),1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями здоровья оснащены дисплеями и принтерами Брайля; оборудованы: портативными устройствами для чтения плоскочечатных текстов, сканирующими и читающими машинами видеувеличителем с возможностью регуляции цветовых спектров; увеличивающими электронными лупами и ультразвуковыми маркировщиками</p>	<p>Читальные залы Научной библиотеки ДВФУ с открытым доступом к фонду (корпус А - уровень 10)</p>



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
«Дальневосточный федеральный университет»
(ДФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

Стандартизация и управление качеством медицинской помощи

Направление подготовки **32.04.01 «Общественное здравоохранение»**

Образовательная программа **«Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»**

Форма подготовки **очная**

**Владивосток
2017**

План-график выполнения самостоятельной работы по дисциплине

№ п/п	Дата/сроки выполнения	Вид самостоятельной работы	Примерные нормы времени на выполнение	Форма контроля
1	1-6-я неделя	Подготовка рефератов	24 часа	Защита
2	7-12-я неделя	Подготовка презентации	24 часа	Защита
3	13-18-я неделя	Подготовка к зачету	24 часа	Зачет

Перечень видов самостоятельной работы студента

Самостоятельная работа студентов состоит из подготовки к практическим занятиям, работы над рекомендованной литературой, написания докладов по теме практического занятия, подготовки презентаций, рефератов.

Преподаватель предлагает каждому студенту индивидуальные и дифференцированные задания. Некоторые из них могут осуществляться в группе (например, подготовка доклада и презентации по одной теме могут делать несколько студентов с разделением своих обязанностей – один готовит научно-теоретическую часть, а второй проводит анализ практики).

Подготовка к практическому занятию, подготовка доклада по выбранному аспекту темы семинара или подбор практического материала для участия в дискуссии составляют содержание самостоятельной работы студента. Материалом для подготовки могут стать конспекты лекций, профессиональная литература, учебно-методическое обеспечение дисциплины. Формы текущего контроля: опрос, групповая дискуссия, контрольные задания, презентация доклада.

Одним из необходимых компонентов успешного освоения курса является написание текста контрольной работы.

Поиск и изучение новейших источников теоретического и прикладного характера по социальному управлению в ресурсах Интернет.

Оценивание знаний и умений проводится в промежуточной контрольной точке после прохождения соответствующего раздела

дисциплины. Для методического обеспечения освоения дисциплины на кафедре разрабатываются учебно-методические пособия (рекомендации и указания для студентов и преподавателей и пр.), где подробно изложены цели и методика проведения занятий.

Самостоятельная работа студентов включает изучение методических пособий, материалов, работу в Интернете, что дает возможность формировать соответствующие умения и навыки, является фундаментом для принятия рациональных управленческих решений в экономическом поле здравоохранения. Активное использование в учебном процессе компьютерных обучающих и контролирующих технологий способствуют формированию умений обучающихся использовать современные инновационные образовательные программы.

Подготовка к практическому занятию, подготовка доклада по выбранному аспекту темы семинара или подбор практического материала для участия в дискуссии составляют содержание самостоятельной работы студента. Материалом для подготовки могут стать профессиональная литература, учебно-методическое обеспечение дисциплины. Формы текущего контроля: опрос, групповая дискуссия, презентация доклада.

Одним из необходимых компонентов успешного освоения курса является написание реферата.

Поиск и изучение новейших источников теоретического и прикладного характера по социальному управлению в ресурсах Интернет.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи» и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС).

Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры.

Оценивание знаний и умений проводится в промежуточной контрольной точке после прохождения соответствующего раздела

дисциплины. Для методического обеспечения освоения дисциплины на кафедре разрабатываются учебно-методические пособия (рекомендации и указания для студентов и преподавателей и пр.), где подробно изложены цели и методика проведения занятий.

Самостоятельная работа способствует формированию экономического мышления, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний студентов определяется тестированием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

Оценочные средства освоения содержания разделов дисциплины, соответствующие целям и задачам программы подготовки специалиста и учебному плану, дают возможность установить качество сформированных у студентов общекультурных компетенций. Оценка качества освоения дисциплины включает в себя текущий контроль знаний и промежуточную аттестацию (зачет). Использование групповых и индивидуальных оценок студентов способствует формированию способности самостоятельного анализа и принятия решения, экспертной работе в группе, плодотворному контакту с сокурсниками и преподавателями.

Самостоятельная работа студентов включает изучение методических пособий, материалов, работу в Интернете, что дает возможность формировать соответствующие умения и навыки, является фундаментом для принятия рациональных управленческих решений в экономическом поле здравоохранения. Активное использование в учебном процессе компьютерных обучающих и контролирующих технологий способствуют формированию умений обучающихся использовать современные инновационные образовательные программы.

Использование инновационных методов, активных и интерактивных форм проведения занятий (деловых и ролевых игр, разбор конкретных ситуаций) в сочетании с самостоятельной работой студентов способствует

обучению навыкам системного подхода к анализу экономической информации, формированию и развитию общего экономического сознания и культуры обучающихся, нормированному поведению при осуществлении дальнейшей профессиональной деятельности.

Темы рефератов и презентаций

1. Виды и оценка медико-биологических данных.
2. Сбор и первичная обработка медико-биологических данных.
3. Оценка медико-биологических данных относительно видов и качества.
4. Способы оценки объективности медицинской информации.
5. Способы оценки достоверности медицинской информации с помощью современных компьютерных приложений.
6. Применение современных информационных технологий в системе здравоохранения.
7. Сравнительная характеристика наиболее часто применяемых аппаратных средств современного здравоохранения.
8. Способы применения результатов медицинской информации в лечебных учреждениях.
9. Влияние результатов медицинской информации на скорость решения проблемы в современных условиях.
10. Применение современных аппаратных средств в лечении наиболее тяжелых заболеваний.
11. Теоретические основы управления качеством.
12. Специфика управления качеством в здравоохранении.
13. Этапы развития науки управления качеством.
14. Применение науки УК в сфере здравоохранения, в том числе в России.
15. Ресурсные источники развития науки УК в мире и в России.
16. Основы методологии управления качеством медицинской помощи.
17. Инструменты, используемые для улучшения качества.

18. Природа, виды изменений при управлении качеством медицинской помощи.

19. Отличия изменений от инноваций и нововведений.

20. Отношение персонала к проводимым изменениям.

21. Модели внедрения изменений.

22. Стандартизация в системе управления качеством медицинской помощи.

23. Порядок разработки, утверждения и применения стандартов

24. Применение стандартов в деятельности медицинских организаций

25. Роль доказательной медицины в системе стандартизации

26. Правовые вопросы обеспечения качества медицинской помощи

27. Международные документы в области качества медицинской помощи

28. Федеральные документы в области качества медицинской помощи.

29. Роль Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федеральной службы по Контролю в сфере здравоохранения и социального развития и других органов Федерального уровня в регулировании вопросов оказания качества медицинской помощи.

30. Территориальные документы в области качества медицинской помощи.

Роль территориальных органов управления здравоохранения в регулировании вопросов оказания качества медицинской помощи

Критерии оценки самостоятельной работы студентов

Оценивание самостоятельных работ проводится по критериям:

- полнота и качество выполненных заданий;
- владение методами и приемами компьютерного моделирования в исследуемых вопросах, применение инструментария программных средств;
- качество оформления отчета, использование правил и стандартов оформления текстовых и электронных документов;

- использование данных отечественной и зарубежной литературы, источников Интернет, информации нормативно - правового характера и передовой практики;

- отсутствие фактических ошибок, связанных с пониманием проблемы.

При оценке знаний студентов учитывается не только объем знаний, но, прежде всего, качество усвоения материала, понимание логики учебной дисциплины, оцениваются умение свободно, грамотно, логически стройно излагать изученное, способность аргументировано защищать собственную точку зрения.

На «отлично» оцениваются ответ по самостоятельным заданиям, в котором системно, логично и последовательно изложен материал.

Оценка «хорошо» предполагает знание материала и способность сделать самостоятельные выводы, комментировать излагаемый материал; ответ с незначительными недочетами.

На «удовлетворительно» оценивается усвоение материала, когда студент недостаточно глубоко изучил некоторые разделы, допускает нечеткие формулировки, дает неполные ответы.

«Неудовлетворительно» ставится в случае, когда студент не знает значительной части учебного материала, допускает существенные ошибки; знания носят бессистемный характер.

Методические рекомендации по написанию и оформлению реферата

Реферат – творческая деятельность магистранта, которая воспроизводит в своей структуре научно–исследовательскую деятельность по решению теоретических и прикладных проблем в определённой отрасли научного знания. В силу этого курсовая работа является важнейшей составляющей учебного процесса в высшей школе.

Реферат, являясь моделью научного исследования, представляет собой самостоятельную работу, в которой магистрант, аспирант, соискатель, решает проблему теоретического или практического характера, применяя

научные принципы и методы данной отрасли научного знания. Результат данного научного поиска может обладать не только субъективной, но и объективной научной новизной, и поэтому может быть представлен для обсуждения научной общественности в виде научного доклада или сообщения на научно-практической конференции, а также в виде научной статьи.

Реферат выполняется под руководством научного руководителя и предполагает приобретение навыков построения делового сотрудничества, основанного на этических нормах осуществления научной деятельности. Целеустремлённость, инициативность, бескорыстный познавательный интерес, ответственность за результаты своих действий, добросовестность, компетентность – качества личности, характеризующие субъекта научно-исследовательской деятельности, соответствующей идеалам и нормам современной науки. Реферат – это самостоятельная учебная и научно-исследовательская деятельность магистранта, аспиранта и соискателя. Научный руководитель оказывает помощь консультативного характера и оценивает процесс и результаты деятельности. Он предоставляет примерную тематику реферативных работ, уточняет совместно с магистрантом проблему и тему исследования, помогает спланировать и организовать научно-исследовательскую деятельность, назначает время и минимальное количество консультаций. Научный руководитель принимает текст реферата на проверку не менее чем за десять дней до защиты.

Традиционно сложилась определенная структура реферата, основными элементами которой в порядке их расположения являются следующие:

1. Титульный лист.
2. Задание.
3. Оглавление.
4. Перечень условных обозначений, символов и терминов (если в этом есть необходимость).
5. Введение.

6. Основная часть.
7. Заключение.
8. Библиографический список.
9. Приложения.

На титульном листе указываются: учебное заведение, выпускающая кафедра, автор, научный руководитель, тема исследования, место и год выполнения реферата.

Название реферата должно быть по возможности кратким и полностью соответствовать ее содержанию.

В оглавлении (содержании) отражаются названия структурных частей реферата и страницы, на которых они находятся. Оглавление целесообразно разместить в начале работы на одной странице.

Наличие развернутого введения – обязательное требование к реферату. Несмотря на небольшой объем этой структурной части, его написание вызывает значительные затруднения. Однако именно качественно выполненное введение является ключом к пониманию всей работы, свидетельствует о профессионализме автора.

Таким образом, введение – очень ответственная часть реферата. Начинаться должно введение с обоснования актуальности выбранной темы. В применении к реферату понятие «актуальность» имеет одну особенность. От того, как автор реферата умеет выбрать тему и насколько правильно он эту тему понимает и оценивает с точки зрения современности и социальной значимости, характеризует его научную зрелость и профессиональную подготовленность.

Кроме этого во введении необходимо вычленить методологическую базу реферата, назвать авторов, труды которых составили теоретическую основу исследования. Обзор литературы по теме должен показать основательное знакомство автора со специальной литературой, его умение систематизировать источники, критически их рассматривать, выделять

существенное, определять главное в современном состоянии изученности темы.

Во введении отражаются значение и актуальность избранной темы, определяются объект и предмет, цель и задачи, хронологические рамки исследования. Завершается введение изложением общих выводов о научной и практической значимости темы, степени ее изученности и обеспеченности источниками, выдвижением гипотезы.

В основной части излагается суть проблемы, раскрывается тема, определяется авторская позиция, в качестве аргумента и для иллюстраций выдвигаемых положений приводится фактический материал. Автору необходимо проявить умение последовательного изложения материала при одновременном его анализе. Предпочтение при этом отдается главным фактам, а не мелким деталям.

Реферат заканчивается заключительной частью, которая так и называется «заключение». Как и всякое заключение, эта часть реферата выполняет роль вывода, обусловленного логикой проведения исследования, который носит форму синтеза накопленной в основной части научной информации. Этот синтез – последовательное, логически стройное изложение полученных итогов и их соотношение с общей целью и конкретными задачами, поставленными и сформулированными во введении. Именно здесь содержится так называемое «выводное» знание, которое является новым по отношению к исходному знанию. Заключение может включать предложения практического характера, тем самым, повышая ценность теоретических материалов.

Итак, в заключении реферата должны быть: а) представлены выводы по итогам исследования; б) теоретическая и практическая значимость, новизна реферата; в) указана возможность применения результатов исследования.

После заключения принято помещать библиографический список использованной литературы. Этот список составляет одну из существенных

частей реферата и отражает самостоятельную творческую работу автора реферата.

Список использованных источников помещается в конце работы. Он оформляется или в алфавитном порядке (по фамилии автора или названия книги), или в порядке появления ссылок в тексте письменной работы. Во всех случаях указываются полное название работы, фамилии авторов или редактора издания, если в написании книги участвовал коллектив авторов, данные о числе томов, название города и издательства, в котором вышла работа, год издания, количество страниц.

Объем реферата составляет 10-15 страниц машинописного текста, но в любом случае не должен превышать 15 страниц. Интервал – 1,5, размер шрифта – 14, поля: левое — 3см, правое — 1,5 см, верхнее и нижнее — 1,5см. Страницы должны быть пронумерованы. Абзацный отступ от начала строки равен 1,25 см.

Порядок сдачи реферата и его оценка

Рефераты пишутся студентами в течение семестра в сроки, устанавливаемые преподавателем по конкретной дисциплине, докладывается студентом и выносится на обсуждение. Печатный вариант сдается преподавателю, ведущему дисциплину.

По результатам проверки студенту выставляется определенное количество баллов, которое входит в общее количество баллов студента, набранных им в течение семестра. При оценке реферата учитываются соответствие содержания выбранной теме, четкость структуры работы, умение работать с научной литературой, умение ставить проблему и анализировать ее, умение логически мыслить, владение профессиональной терминологией, грамотность оформления.

Методические рекомендации для подготовки презентаций

Общие требования к презентации:

- презентация не должна быть меньше 10 слайдов;
- первый лист – это титульный лист, на котором обязательно должны быть представлены: название проекта; фамилия, имя, отчество автора;
- следующим слайдом должно быть содержание, где представлены основные этапы (моменты) презентации; желательно, чтобы из содержания по гиперссылке можно перейти на необходимую страницу и вернуться вновь на содержание;
- дизайн-эргономические требования: сочетаемость цветов, ограниченное количество объектов на слайде, цвет текста;
- последними слайдами презентации должны быть глоссарий и список литературы.

• Критерии оценки реферата

- - 100-86 баллов выставляется студенту, если студент выразил своё мнение по сформулированной проблеме, аргументировал его, точно определив ее содержание и составляющие. Приведены данные отечественной и зарубежной литературы, статистические сведения, информация нормативно правового характера. Студент знает и владеет навыком самостоятельной исследовательской работы по теме исследования; методами и приемами анализа теоретических и/или практических аспектов изучаемой области.
- - 85-76 - баллов - работа характеризуется смысловой цельностью, связностью и последовательностью изложения; допущено не более 1 ошибки при объяснении смысла или содержания проблемы. Для аргументации приводятся данные отечественных и зарубежных авторов. Продемонстрированы исследовательские умения и навыки. Фактических ошибок, связанных с пониманием проблемы, нет.
- - 75-61 балл - студент проводит достаточно самостоятельный анализ основных этапов и смысловых составляющих проблемы; понимает базовые основы и теоретическое обоснование выбранной темы.

Привлечены основные источники по рассматриваемой теме. Допущено не более 2 ошибок в смысле или содержании проблемы.

- - 60-50 баллов - если работа представляет собой пересказанный или полностью переписанный исходный текст без каких бы то ни было комментариев, анализа. Не раскрыта структура и теоретическая составляющая темы. Допущено три или более трех ошибок в смысловом содержании раскрываемой проблемы.
- Если реферат отвечает всем требованиям, предъявляемым к оформлению и содержанию, то за его выполнение студент получает максимальные 100 баллов. Если реферат выполнен с небольшими недочетами, такими как использование меньшего количества источников или не полное раскрытие отдельных вопросов, то студент получает 75-99 баллов. Если преподаватель считает, что тема раскрыта только на половину, но все же затронуты основные вопросы темы, использован только один или два источника, то студент получает 50-74 баллов. Если тема реферата не раскрыта, нет ссылок на литературу, при этом студент не отвечает на заданные по реферату вопросы, то балл за реферат не выставляется.

Критерии оценки самостоятельной работы магистрантов

При оценке знаний **магистрантов** учитывается не только объем знаний, но, прежде всего, качество усвоения материала, понимание логики учебной дисциплины, оцениваются умение свободно, грамотно, логически стройно излагать изученное, способность аргументировано защищать собственную точку зрения.

На «отлично» оцениваются ответ по самостоятельным заданиям, в котором системно, логично и последовательно изложен материал.

Оценка «хорошо» предполагает знание материала и способность сделать самостоятельные выводы, комментировать излагаемый материал; ответ с незначительными недочетами.

На «удовлетворительно» оценивается усвоение материала, когда магистр недостаточно глубоко изучил некоторые разделы, допускает нечеткие формулировки, дает неполные ответы.

«Неудовлетворительно» ставится в случае, когда магистр не знает значительной части учебного материала, допускает существенные ошибки; знания носят бессистемный характер.



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«Дальневосточный федеральный университет»
(ДВФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ ДВФУ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «**Стандартизация и управление качеством медицинской помощи**»

Направление подготовки **32.04.01 «Общественное здравоохранение»**
Магистерская программа «**Организация и управление медицинской и фармацевтической деятельностью**»

Форма подготовки: **очная**

Владивосток

2017

Паспорт ФОС

по дисциплине «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи»

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
ПК-2 способность и готовность организации осуществлению прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	Знает	принципы организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения
	Умеет	осуществлять прикладные и практические проекты и иные мероприятия по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения
	Владеет	навыками организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения
ПК-3 способность и готовность планированию, организации осуществлению мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения	Знает	современные методы сбора и обработки информации для планирования и организации мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения
	Умеет	проводить статистический анализ и интерпретацию результатов планирования и осуществления мероприятий по охране здоровья населения
	Владеет	навыками планирования, изучения, анализа, оценки тенденций, прогнозирования мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения
ПК-4 способностью и готовностью планированию, организации осуществлению деятельности по лекарственному обеспечению населения	Знает	основы планирования, организации и осуществление деятельности по лекарственному обеспечению
	Умеет	проводить анализ и оценку показателей деятельности медицинской организации по обеспечению лекарственными средствами, управлять ресурсами медицинской организации
	Владеет	навыками подготовки обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с необходимыми ресурсами лекарственного обеспечения медицинской организации и потребностями населения

№ п/п	Контролируемые модули/разделы / темы дисциплины	Коды и этапы формирования компетенций			Оценочные средства - наименование		
					текущий контроль	промежуточная аттестация	
1	Стандартизация и управление качеством медицинской помощи	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Знает и способен организовывать и осуществлять практические и прикладные проекты по изучению социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на качество жизни населения.	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 1-4	
			Умеет	планировать, организовывать и осуществлять мероприятия по обеспечению охраны здоровья населения			Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, ПР-11
			Владеет	методами планирования, организации по лекарственному обеспечению населения.			Работа в малых группах, УО-3
2	Модели управления качеством медицинской помощи	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Основные принципы обеспечения качества: системный подход, сосредоточение на нуждах потребителей, командная работа.	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 5-9	
			Умеет	Реально использовать классические шаги в улучшении качества			Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, ПР-11
			Владеет	Методами повышения эффективности			Работа в малых группах, УО-3

				процесса принятия решений в команде для улучшения качества		
3	Управление качеством в здравоохранении	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Методы оценки качества медицинской помощи	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 10-14
			Умеет	Выделять основные объекты стандартизации и групп стандартов	Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, ПР-11	
			Владеет	Методами внедрения федеральных порядков и стандартов медицинской помощи	Работа в малых группах, УО-3	
4	Условия, необходимые для внедрения системы управления качеством медицинской помощи	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Правила подготовки руководства медицинского учреждения и персонала для внедрения системы управления качеством медицинской помощи.	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 15-18
			Умеет	Использовать состояние материально-технической базы и информационно-технического комплекса для внедрения системы управления качеством	Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, ПР-11	
			Владеет	Методами разработки системы клинического управления	Работа в малых группах, УО-3	
5	Модель внедрения системы	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Порядок разработки, утверждения и	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 19-22

	управления качеством медицинской помощи в медицинской организации			применения стандартов		
			Умеет	Применять стандарты в деятельности МО	Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, кейс-задачи ПР-11	
			Владеет	Понятием клинико-экономического анализа, клинико-экономические стандарты, их взаимодействие с протоколами ведения пациентов	Работа в малых группах, УО-3	
6	Осуществление государственного контроля за качеством медицинской помощи	ПК-2 ПК-3 ПК-4	Знает	Документы в области качества медицинской помощи	Собеседование УО-1, Реферат ПР-4	Зачет Вопросы 23-26
			Умеет	Использовать Федеральные документы в области качества медицинской помощи	Тесты ПР-1, Эссе ПР-3, кейс-задачи ПР-11	
			Владеет	Ответственностью медицинских работников, должностных лиц медицинских организаций по обеспечению качества медицинской помощи	Работа в малых группах, УО-3	

**Шкала оценивания уровня сформированности компетенций
по дисциплине «Стандартизация и управление качеством
медицинской помощи»**

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции		критерии	показатели	баллы
ПК-2 способность и готовность к организации и осуществлению прикладных	знает (пороговый уровень)	принципы организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по	Знание основ научных исследований	Способность объяснить технологию научных исследований	61-70

и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения		изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения			
	умеет (продвинутой)	осуществлять прикладные и практические проекты и иные мероприятия по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	Умение использовать знания	Способность обосновать программу научно-исследовательской работы	71-84
	владеет (высокий)	навыками организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	Владение способами управления научно-исследовательскими работами	Способность формулировать цели, задачи, этапы прикладных и практических проектов	85-100
ПК-3 способность и готовность к планированию, организации и осуществлению мероприятий по обеспечению охраны здоровья	знает (пороговый уровень)	современные методы сбора и обработки информации для планирования и организации мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения	Знание основных понятий научно-исследовательских процессов в медицине	Способность объяснить основные этапы исследования	61-70
	умеет (продвинутой)	проводить статистический анализ и	Умение анализировать и сопоставить	Способность обосновывать критерии оценки	71-84

населения		интерпретацию результатов планирования и осуществления мероприятий по охране здоровья населения	этапы процесса	процесса	
	владеет (высокий)	навыками планирования, изучения, анализа, оценки тенденций, прогнозирования мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения	Методами сбора, обработки, анализа информации и их представления	Способность сформулировать основные этапы и объяснить задачи для достижения цели	85-100
ПК-4- способностью и готовностью к планированию, организации и осуществлению деятельности по лекарственному обеспечению населения	знает (пороговый уровень)	основы планирования, организации и осуществления деятельности по лекарственному обеспечению	Знание основ планирования лекарственного обеспечения	Умение оформления необходимой документации по лекарственному обеспечению	61-70
	умеет (продвинутый)	проводить анализ и оценку показателей деятельности медицинской организации по обеспечению лекарственными средствами, управлять ресурсами медицинской организации	Умение анализировать и оценивать показатели деятельности МО по лекарственному обеспечению	Способность обосновывать критерии оценки процесса лекарственного обеспечения	71-84
	владеет (высокий)	навыками подготовки обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с необходимыми ресурсами лекарственного обеспечения медицинской организации и потребностями населения	Методами обоснования объемов медпомощи и лекарственным обеспечением	Способность подготовить необходимые расчеты для обоснования необходимого ресурса лекарственного обеспечения медицинской организации	85-100

Методические рекомендации, определяющие процедуры оценивания результатов освоения дисциплины

Текущая аттестация студентов. Проводится в соответствии с локальными нормативными актами ДВФУ и является обязательной. Проводится в форме контрольных мероприятий: защиты контрольной работы, собеседования по оцениванию фактических результатов обучения студентов и осуществляется ведущим преподавателем.

Объектами оценивания выступают:

- учебная дисциплина (активность на занятиях, своевременность выполнения различных видов заданий, посещаемость всех видов занятий по аттестуемой дисциплине);
- степень усвоения теоретических знаний (опрос);
- уровень овладения практическими умениями и навыками по всем видам учебной работы (коллоквиум);
- результаты самостоятельной работы.

Промежуточная аттестация студентов. Проводится в соответствии с локальными нормативными актами ДВФУ и является обязательной. Предусматривает учет результатов всех этапов освоения курса. При условии успешно пройденных двух этапов текущей аттестации, студенту выставляется промежуточная аттестация (зачет, экзамен).

Зачетно-экзаменационные материалы. При оценке знаний студентов промежуточным контролем учитывается объем знаний, качество их усвоения, понимание логики учебной дисциплины, место каждой темы в курсе. Оцениваются умение свободно, грамотно, логически стройно излагать изученное, способность аргументировано защищать собственную точку зрения.

Аттестация студентов по дисциплине «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи» проводится в соответствии с локальными нормативными актами ДВФУ в виде зачета.

I. Оценочные средства для промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация включает ответ студента на вопросы зачета.

Вопросы к зачету

1. Качество медицинской помощи: определение и основные характеристики (результативность, эффективность, законность, адекватность, удовлетворенность и др.).
2. Методология оценки качества медицинской помощи.
3. Методы оценки качества медицинской помощи на различных уровнях ее оказания: отдельный врач, отделение, учреждение в целом, территориальный орган управления здравоохранением – экспертных оценок, стандартов (ресурсных, организационных, технологических), методика А. Донабедиана (структурный, процессуальный и результативный подходы), статистический (на основании государственной статистической отчетности), клинико-экономический, самооценка, социологический, квалитетический и др.
4. Показатели качества и эффективности медицинской помощи. Индикаторы качества.
5. Контроль и управление качеством медицинской помощи.
6. Система управления качеством, основные модели.
7. Экспертиза качества.
8. Контроль качества медицинской помощи: внутриведомственный и вневедомственный, его уровни и участники, основные законодательные документы по вопросам его организации и проведения.
9. Организация внутреннего (ведомственного) контроля.
10. Роль врачебной комиссии МО в улучшении качества.
11. Организация внешнего (вневедомственного) контроля качества медицинской помощи: лицензирование, аккредитация, сертификация медицинской деятельности.
12. Независимая оценка качества медицинской помощи.

13. Организация независимого контроля качества медицинской помощи.
14. Саморегулирование в медицине.
15. Лига защиты прав пациентов.
16. Значение управления качеством медицинской помощи в условиях становления рыночных отношений.
17. Стратегии и механизмы достижения.
18. Отраслевая программа «Управление качеством в здравоохранении», основные положения.
19. Проблемы управления качеством медицинской помощи и пути их решения.
20. Основные принципы обеспечения качества Системный подход.
21. Сосредоточение на нуждах потребителей Командная работа. Измерения и мониторинг как научное обоснование изменений.
22. Классический треугольник управления качеством.
23. Классические шаги улучшения качества. Реально используемые в настоящее время шаги в улучшении качества.
24. Цикличность процессов улучшения Роль измерений в улучшении качества.
25. Три уровня показателей и их использование для процесса улучшения качества.
26. Понятие «дизайна» и «редизайна» систем.

**Критерии выставления оценки студенту на зачете по дисциплине
«Стандартизация и управление качеством медицинской помощи»**

Оценка зачета	Требования к сформированным компетенциям
«зачтено»	Оценка «зачтено» выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения
«не зачтено»	Оценка «не зачтено» выставляется студенту, который не знает

	значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями отвечает на поставленные вопросы. Как правило, оценка «не зачтено» ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.
--	--

II. Оценочные средства для текущей аттестации

Критерии оценки реферата

- 100-86 баллов выставляется студенту, если студент выразил своё мнение по сформулированной проблеме, аргументировал его, точно определив ее содержание и составляющие. Приведены данные отечественной и зарубежной литературы, статистические сведения, информация нормативно правового характера. Студент знает и владеет навыком самостоятельной исследовательской работы по теме исследования; методами и приемами анализа теоретических и/или практических аспектов изучаемой области.

- 85-76 - баллов - работа характеризуется смысловой цельностью, связностью и последовательностью изложения; допущено не более 1 ошибки при объяснении смысла или содержания проблемы. Для аргументации приводятся данные отечественных и зарубежных авторов. Продемонстрированы исследовательские умения и навыки. Фактических ошибок, связанных с пониманием проблемы, нет.

- 75-61 балл - студент проводит достаточно самостоятельный анализ основных этапов и смысловых составляющих проблемы; понимает базовые основы и теоретическое обоснование выбранной темы. Привлечены основные источники по рассматриваемой теме. Допущено не более 2 ошибок в смысле или содержании проблемы.

- 60-50 баллов - если работа представляет собой пересказанный или полностью переписанный исходный текст без каких бы то ни было комментариев, анализа. Не раскрыта структура и теоретическая

составляющая темы. Допущено три или более трех ошибок в смысловом содержании раскрываемой проблемы.

Оценочные средства для текущей аттестации

Контрольные тесты предназначены для студентов, изучающих курс «Стандартизация и управление качеством медицинской помощи».

При работе с тестами предлагается выбрать один вариант ответа из трех – четырех предложенных. В то же время тесты по своей сложности неодинаковы. Среди предложенных имеются тесты, которые содержат несколько вариантов правильных ответов. Студенту необходимо указать все правильные ответы.

Тесты рассчитаны как на индивидуальное, так и на коллективное их решение. Они могут быть использованы в процессе и аудиторных занятий, и самостоятельной работы. Отбор тестов, необходимых для контроля знаний в процессе промежуточной аттестации производится каждым преподавателем индивидуально.

Тестовые вопросы

1. Основными путями развития поликлинической помощи взрослому населению в новых экономических условиях являются все, кроме

- а) укрепления и развития форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
- б) обеспечения возможности выбора участкового или семейного врача
- в) развитие общеврачебных практик
- г) создания на базе поликлиник консультативных и реабилитационных центров
- д) развития современных технологий и новых организационных форм амбулаторно-поликлинической помощи
- е) увеличения количества участковых врачей и разукрупнения участков

2. Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться

- а) на федеральном уровне

- б) на региональном уровне
- в) на уровне руководителя МО

3. Основными путями улучшения первичной медико-санитарной помощи являются

- 1) введение врача общей практики и семейного врача
- 2) повышение квалификации медицинского персонала
- 3) совершенствование информационного обеспечения
- 4) совершенствование преемственности между поликлиникой и стационаром, станцией скорой медицинской помощи
- 5) повышение эффективности профилактической работы
- 6) введение обязательной платы за обслуживание в поликлинике из личных средств пациента
- 7) введение санитарно-гигиенического мониторинга

а) верно все перечисленное

б) верно 6), 7)

в) верно 1), 2), 3), 4), 5)

4. Не входит в практическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений

- а) лечебно-диагностическая работа
- б) экспертиза стойкой утраты трудоспособности
- в) профилактическая работа, диспансеризация
- г) организационно-методическая работа
- д) гигиеническое воспитание и обучение населения

5. ВОП (семейный врач) принимает и проводит лечение пациентов

- а) с любыми нозологическими формами заболеваний
- б) с наиболее часто встречающимися и доступными для диагностики заболеваниями
- в) с острыми инфекционными заболеваниями

6. Какой статистический показатель наиболее точно характеризует заболеваемость с временной утратой трудоспособности?

- а) число случаев ЗВУТ на 100 работающих
- б) число календарных дней ЗВУТ на 100 работающих
- в) средняя длительность одного случая ЗВУТ
- г) процент нетрудоспособности
- д) индекс здоровья работающих

7. Пациентами врача общей практики (семейного врача) должны быть

- а) все взрослые
- б) взрослые, кроме беременных
- в) все возрастно-половые группы населения
- г) взрослые и подростки

8. Основными разделами деятельности врача-специалиста являются все, кроме

- а) лечебно-диагностической работы в поликлинике и на дому
- б) консультативной работы в поликлинике и на дому
- в) проведения профилактических мероприятий по своему профилю
- г) контроля за деятельностью участкового терапевта

9. Основными направлениями совершенствования стационарной помощи являются

- а) смещение акцентов к увеличению объема амбулаторно-поликлинической помощи
- б) развитие стационаро-замещающих технологий
- в) этапность в оказании медицинской помощи
- г) дифференциация больничных учреждений по интенсивности лечебно-диагностического процесса
- д) развитие форм и методов благотворительной помощи
- е) все вышеперечисленное
- ж) нет правильного ответа

10. Приемное отделение не осуществляет

- а) круглосуточную госпитализацию больных по профилям заболеваний
- б) оказание первой медицинской помощи нуждающимся

- в) анализ расхождений диагнозов «скорой» и приемного отделения
- г) анализ причин отказа в госпитализации
- д) выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность

11. Не осуществляется в отделении интенсивной терапии и реанимации

- а) оказание помощи наиболее тяжелому контингенту больных
- б) интенсивное наблюдение за послеоперационными больными
- в) оказание медицинской помощи амбулаторным больным
- г) интенсивное наблюдение за больным инфарктом миокарда в острой стадии

12. Основными разделами лечебно-профилактической помощи населению являются

- а) профилактика, координация, лечение
- б) профилактика, диагностика, лечение, реабилитация
- в) диагностика и лечение

13. Преемственность в работе стационара и поликлиники не предусматривает

- а) подготовку больного к госпитализации
- б) анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара
- в) анализ обоснованности направления на госпитализацию
- г) централизацию плановой госпитализации

14. Преемственность в работе стационара и «скорой» помощи заключается во всем, кроме

- а) продолжения в стационаре начатого на догоспитальном этапе лечения
- б) анализа совпадений диагнозов стационара и «скорой»
- в) госпитализации на свободную койку
- г) создания больниц «скорой помощи»

15. Пути повышения качества стационарного лечения все, кроме

- а) контроля качества стационарной помощи
- б) соблюдения этапов лечебно-диагностического процесса
- в) обоснованности направления больного в стационар
- г) направления больного в профильное отделение стационара

д) тотальной госпитализации больных

16. На объем и качество медико-социальной помощи населению влияют

а) удаленность МО от места жительства пациентов

б) укомплектованность квалифицированными кадрами

в) оснащенность медицинских учреждений оборудованием

г) возможность получения специализированной медицинской помощи

д) возможность реализации нормативов медико-социального обеспечения

17. Под социально-гигиеническими факторами, влияющими на уровень медицинского обслуживания сельских жителей понимаются все, кроме

а) условий труда сельских жителей

б) условий быта сельского населения

в) санитарной культуры сельских жителей

г) метеорологических условий

18. Принципы построения медицинской помощи сельскому населению и городскому едины, но в сельской местности оказывают влияние на ее организацию ниже перечисленные факторы, кроме

а) разбросанности населенных пунктов

б) малой численности населения в них

в) особенности сельскохозяйственного производства

г) религиозной принадлежности населения

19. Задачей областной больницы не является:

а) обеспечения населения области в полном объеме высокоспециализированной, квалифицированной, консультативной, поликлинической и стационарной помощью

б) оказания организационно-методической помощи МО области

в) оказания экстренной и плановой медицинской помощи

г) организации санитарно-эпидемиологических мероприятий в области

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

а) административной функции

- б) руководства специализированной медицинской помощью
- в) консультативной
- г) повышения квалификации медицинских кадров

21. Цели и задачи государственной службы охраны материнства и детства

- 1) обеспечение гарантий гражданских прав женщин мер поощрения материнства
- 2) разработка и обеспечение законодательных актов о браке и семье
- 3) охрана женского труда и трудовой деятельности подростков
- 4) государственная материальная и социальная помощь семьям, имеющим детей
- 5) качественная, гарантированная и доступная медико – социальная помощь

б) дальнейшее наращивание коечного фонда

а) верно все перечисленное

б) верно 1), 3), 5)

в) верно 1), 2), 3), 4), 5)

22. Этапами оказания медицинской помощи в системе охраны материнства и детства являются

- 1) оказание помощи женщине вне беременности
- 2) комплекс мероприятий по антенатальной охране плода
- 3) интранатальная охрана плода и рациональное ведение родов
- 4) охрана здоровья новорожденного
- 5) охрана здоровья детей дошкольного и школьного возрастов

а) верно 2), 3), 4), 5)

б) верно все перечисленное

в) верно 1), 4), 5)

23. Какие явления в жизни общества отражает показатель младенческой смертности?

а) уровень медицинской помощи населению

- б) ВВП на душу населения
- в) уровень жизни населения
- г) верно все перечисленное
- д) верно 1) и 3)

24. В какой стране самый низкий показатель младенческой смертности?

- а) США
- б) Япония
- в) Кувейт

25. По показателям младенческой смертности Россия находится (по уровню возрастания)

- а) в первой десятке стран
- б) во 2 десятке стран
- в) в 3 десятке стран
- г) в 4 десятке стран

26. Какими документами регламентируются противопоказания к проведению профилактических прививок?

- а) Законом о санитарно-эпидемиологическом благополучии населения
- б) Приказом Минздрава
- в) Инструкциями по применению вакцин, утвержденными Минздравом

27. Информацию о поствакцинальном осложнении необходимо направлять в следующие инстанции, кроме

- а) местного территориального центра санэпиднадзора
- б) ГИСК им. Л.А. Тарасевича
- в) территориального органа управления здравоохранением или администрации субъекта федерации

28. Проверить и обеспечить достоверность проведенной вакцинации можно нижеследующими путями, за исключением

- а) просмотра прививочных карт
- б) введения специального прививочного сертификата, находящегося на руках

у родителей

в) опроса родителей ребенка

г) проведения серологических исследований

29. Какие прививки можно проводить беременным женщинам?

а) ни каких

б) против кори

в) против краснухи

г) АДС

30. Показателями эффективности и качества проведения диспансеризации могут быть

а) показатель частоты обострения, систематичность наблюдения

б) показатель частоты проведения лечебно-профилактических мероприятий

в) переход больных, находящихся на ДН, из одной группы наблюдения в другую

г) среднее число дней госпитализации

31. Хирургическая активность - это

а) отношение числа оперированных по экстренным показаниям к числу всех оперированных

б) отношение числа оперированных в плановом порядке к числу госпитализированных больных

в) отношение числа оперативных вмешательств к числу госпитализированных больных

г) отношение числа оперативных вмешательств к числу зарегистрированных хирургических больных

32. Послеоперационная летальность - это

а) отношение числа умерших после операции к числу госпитализированных больных

б) отношение числа умерших больных к числу выбывших больных

в) отношение числа умерших после операции
ко всем оперированным больным

г) отношение числа умерших после операции

33. В какие сроки должны госпитализироваться больные с кровотечением, шоком?

а) 6 часов с момента травмы

б) 3 часа с момента травмы

в) 10 часов с момента травмы

г) 1 час с момента травмы

34. В какие сроки должны госпитализироваться больные с острой патологией?

а) 10 часов с момента заболевания

б) первые сутки с момента заболевания

в) 6 часов с момента заболевания

г) 2 часа с момента заболевания

35. Совокупность этапов, которые трансформируют исходные вложения поставщика медицинских услуг в конечную отдачу/результат, который получает потребитель, - это:

а) система;

б) процесс;

в) этап;

г) правильного ответа нет.

36. Процесс обмена информацией между различным персоналом, принимающим участие в оказании помощи, - это:

а) клинический алгоритм;

б) потоки пациентов;

в) множественные потоки;

г) информационные потоки.

37. Внутренние потребители - это:

а) пациенты;

- b) родственники пациентов;
- c) сотрудники организации.

38. Факторами, определяющими роли в команде, являются:

- a) собственно профессиональная деятельность команды;
- b) взаимодействие команды с внешней средой и внутреннее взаимодействие;
- c) индивидуальные особенности каждого;
- d) правильного ответа нет;
- e) все указанное верно.

39. На стадии подготовки управленческого решения проводятся:

- a) сбор и обработка информации;
- b) разработка и оценка альтернативных решений и курсов действий;
- c) формирование проблемы, требующей решения;
- d) выбор и принятие наилучшего решения.

40. Последовательное анкетирование мнений экспертов различных областей науки и техники и формирование массива информации, отражающего индивидуальные оценки экспертов, основанные как на строго логическом анализе, так и на интуитивном опыте, - это:

- a) метод коллективной генерации идей;
- b) метод «Делфи»;
- c) метод «мозговой атаки»;
- d) метод построения сценариев.

41. Коммуникация в менеджменте – это:

- a) обмен информацией и ее смысловым содержанием между людьми;
- b) система связей между организациями;
- c) система взаимосвязей между людьми и организациями;
- d) система взаимосвязей вербальной и невербальной информации;
- e) связь между словами и их смысловым содержанием.

42. Научный метод состоит из следующих основных положений:

- a) испытание/проверка гипотезы;
- b) измерение показателей качества и использование данных;

- c) вариабельность;
- d) разработка альтернативных вариантов.

43. Принципы улучшения качества:

- a) сосредоточенность на нуждах потребителя;
- b) системный подход;
- c) процессный подход;
- d) работа в команде;
- e) использование научной методологии.

44. Согласно Бервику, управление качеством – это:

- a) «вся деятельность, направленная на обеспечение, поддержание и улучшение качества медицинской помощи»;
- b) «систематический процесс ликвидации несоответствия между получаемыми и желаемыми исходами»;
- c) «систематическая, циклическая деятельность с использованием стандартов»;
- d) «систематический подход к трансформации управления организацией в соответствии с происходящими изменениями, текущей рабочей ситуацией и напряжением, вызванным изменениями»;
- e) все указанное верно.

45. Классические шаги улучшения качества:

- a) определение (определить, что нуждается в улучшении);
- b) анализ (понять, в чем заключается проблема);
- c) разработка действий по улучшению качества;
- d) проверка и внедрение.

46. Если в результате проверки предложенное изменение не принесло улучшений, то необходимо:

- a) модифицировать предложенное изменение, затем провести испытание этого модифицированного изменения;
- b) начать заново процесс улучшения или найти ошибки в предложенном изменении;

- c) начать внедрение этого изменения или вмешательства;
- d) правильного ответа нет.

47. Метод индивидуального решения проблем рекомендуется использовать в случае, когда:

- a) проблема не взаимосвязанная;
- b) проблема очевидна;
- c) проблема требует быстрого реагирования;
- d) улучшение может быть достигнуто усилиями одного человека

48. Вклад Ф. Тейлора в развитие науки управления качеством:

- a) исследования по организации труда;
- b) создание контрольных карт;
- c) создание теории глубинных знаний, включающей теории: систем, вариабельности (изменчивости), психологии и познания;
- d) обоснование перехода от контроля качества к управлению качеством;
- e) разработка 14 принципов (абсолютов), определяющих последовательность действий по обеспечению качества на предприятиях;
- f) правильного ответа нет.

49. Принципы управления качеством, которые легли в основу концепции TQM, сформулировал:

- a) А. Маслоу;
- b) А. Фейгенбаум;
- c) У. Деминг
- d) Ф.Тейлора
- e) В. Шухарт

50. Первый этап развития системы качества:

- a) система управления Ф. Тейлора (1905 г);
- b) метод построения диаграмм, известных по всему миру как контрольные карты Шухарта;
- c) концепция всеобщего контроля качества – TQC (Total Quality Control).

51. Переход от тотального контроля качеством (TQC) к всеобщему управлению качеством (Total Quality Management) - это:

- a) второй этап развития системы качества;
- b) третий этап развития системы качества;
- c) четвертый этап развития системы качества;
- d) пятый этап развития системы качества.

52. Деятельность руководства организации, направленная на создание условий, которые необходимы и достаточны для выпуска качественной продукции или оказания качественной услуги, - это:

- a) улучшение качества;
- b) обеспечение качества;
- c) система качества;
- d) менеджмент качества.

53. Принуждение, как метод преодоления сопротивления, рекомендован в ситуациях, когда:

- a) необходима быстрота, а инициаторы перемен обладают большой властью;
- b) у инициатора перемен нет власти, но есть четкая информация о том, что следует делать;
- c) перемены осуществляют в творческих и инициативных коллективах;
- d) идея перемен привлекательна для исполнителей;
- e) участники перемен самостоятельно приходят к необходимости осуществления перемен.

54. К методам, с помощью которых можно уменьшить или устранить сопротивление переменам, относятся:

- a) образование и передача информации;
- b) привлечение подчиненных к принятию решения;
- c) эмоциональная поддержка руководителя;
- d) переговоры;
- e) принуждение.

55. «Инициаторы идеи перемен» - это люди, которые:

- a) имеют четкое представление о том, что и как следует изменить;
- b) соглашаются с целесообразностью изменений и принимают саму идею перемен;
- c) помогают персоналу внедрить перемены в практику;
- d) создают сильное сопротивление изменениям;
- e) правильного ответа нет.

56. Непременными свойствами (признаками) инновации являются:

- a) научно-техническая новизна;
- b) практическая применимость;
- c) экономическая полезность;
- d) правильного ответа нет;
- e) все указанное верно.

57. Предоставление одному из его лидеров и кому-то, кого группа уважает, ключевой роли при планировании и осуществлении изменений - это:

- a) участие;
- b) вовлеченность;
- c) соглашения;
- d) манипуляция;
- e) кооптация.

58. Введение термина «инновация» связано с именем:

- a) К. Маркса;
- b) Й. Шумпетера;
- c) Л. Портера;
- d) П. Друкера.

59. По степени новизны различают следующие виды инноваций:

- a) продуктовая;
- b) радикальная;
- c) процессная;
- d) улучшающая;

е) псевдоинновация.

60. Диффузия инноваций – это:

- а) распространение однажды освоенной инновации;
- б) углубление исследований, продвижение идеи;
- в) создание новой идеи в схемах и чертежах;
- г) введение инновации.

61. Приобретение организацией конкурентного преимущества – это:

- а) активное направление инновационной деятельности;
- б) реактивное направление инновационной деятельности;
- в) пассивное направление инновационной деятельности;
- г) правильного ответа нет;
- е) все указанное верно.

62. Новые идеи, которые могут быть получены в результате научных исследований и опытно-конструкторских разработок (НИОКР) – это:

- а) изменения;
- б) новации;
- в) инновации;
- г) диффузия инновации;
- е) все указанное верно.

63. Качество медицинской помощи – это характеристика, отражающая:

- а) возможности в МО в использовании медицинских технологий;
- б) степень соответствия медицинской помощи заранее установленным критериям и стандартам;
- в) состояние здоровья населения.

64. Согласно Закону «О техническом регулировании»:

- а) стандарты можно разрабатывать самостоятельно организациям;
- б) стандарты нельзя разрабатывать самостоятельно организациям;
- в) стандарты можно разрабатывать организациям только с разрешения страховой организации.

65. Протоколы ведения больных разрабатываются на основании следующего документа:

- a) программа государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью;
- b) основные положения стандартизации в здравоохранении;
- c) программа работ по созданию и развитию системы стандартизации в здравоохранении;
- d) нормативный документ, регламентирующий порядок и правила разработки протоколов ведения больных.

66. Под протоколом ведения больных понимают:

- a) совокупность клинических, лабораторных и инструментальных диагностических признаков, позволяющих идентифицировать заболевание;
- b) медицинские и биологические последствия заболевания;
- c) нормативный документ системы стандартизации в здравоохранении, определяющий требования к выполнению медицинской помощи больному при определенном заболевании;
- d) все выше перечисленное неверно.

67. В Протоколе ведения больного на федеральном уровне предусмотрены:

- a) минимальный обязательный объем оказания медицинской помощи;
- b) минимальный обязательный и дополнительный объем оказания медицинской помощи;
- c) деление помощи на обязательный и дополнительный объемы не предусмотрено
- d) объем помощи только на стационарном этапе

68. К лечебно-диагностическим медицинским услугам относятся:

- a) проведение дифференциального диагноза при лихорадке;
- b) осмотр беременных в женской консультации;
- c) пособие при физиологических родах;
- d) оценка новорожденного по шкале Апгар;

е) все выше перечисленные.

69. Выберите определение, которое в наибольшей мере соответствует понятию «медицина, основанная на доказательствах»:

- а) организация и проведение научных исследований по изучению эффективности и безопасности медицинских технологий;
- б) сознательный поиск, анализ и оценка имеющихся доказательств с последующим выбором наилучшей тактики ведения пациента;
- в) комплекс организационных технологий.

70. Укажите задачи, которые выполняет протокол ведения больных:

- а) установление единых требований к порядку профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных;
- б) нормативное обеспечение разработки, внедрения и оценки стандартов;
- в) унификация расчетов стоимости медицинской помощи;
- г) контроль объемов, доступности и качества медицинской помощи;
- д) обеспечение структурирования нормативных документов системы стандартизации в здравоохранении.

71. В соответствии с какими уровнями убедительности доказательства производится экспертная оценка медицинских технологий при включении их в протоколы ведения больных:

- а) уровень А;
- б) уровень В;
- в) уровень С;
- г) уровень D;
- д) уровень Е.

Критерии оценки тестирования

Результаты выполнения тестовых заданий оцениваются преподавателем по пятибалльной шкале для выставления аттестации или по системе «зачет» – «не зачет». Оценка «отлично» выставляется при правильном ответе на более чем 90% предложенных преподавателем тестов.

Оценка «хорошо» – при правильном ответе на более чем 70% тестов. Оценка «удовлетворительно» – при правильном ответе на 50% предложенных тестов.



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«Дальневосточный федеральный университет»
(ДВФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ ДВФУ

ГЛОССАРИЙ

по дисциплине «Стандартизация и управление качеством медицинской
помощи»

Направление подготовки: 32.04.01– «Общественное здравоохранение»

Образовательная программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки: очная

Владивосток

2017

OQI — Organizationwide quality improvement (сквозное улучшение качества)

Адекватность (adequacy) – применение мер, технологий и использование ресурсов, в качественном и количественном отношении достаточных для достижения желаемых целей.

Амбулаторная помощь (ambulatory care)- все виды медицинских услуг, оказываемых пациентам, которые не находятся на стационарном лечении в момент оказания услуг. Амбулаторная помощь предоставляется в различных условиях: от отдельно расположенных амбулаторий, общеврачебных практик и медицинских пунктов до многопрофильных поликлиник, специализированных диспансеров и диагностических центров.

Анализ риска для здоровья (health risk appraisal)- процесс сбора, анализа и сравнения прогнозируемых параметров состояния здоровья отдельного лица с параметрами стандартной возрастной группы, что позволяет предсказать вероятность того, что у пациента может преждевременно проявиться какая-либо проблема со здоровьем, связанная с высоким уровнем заболеваемости и смертности в группе.

Анкета о состоянии здоровья (health status questionnaire)- бланк опроса, заполняемый пациентом самостоятельно, данные из которого позволяют оценить качество его жизни, отношение к своему здоровью и провести оценку здоровья по многочисленным параметрам (например, данным о физическом здоровье, эмоциональном благополучии и т.д.).

АТЭКМП — автоматизированная технология экспертизы качества медицинской помощи

Благополучие (well-being) – субъективная оценка состояния здоровья и степени комфортности жизни индивидуума или отдельной группы, населения в целом.

Благоприятные условия жизнедеятельности человека- состояние среды обитания, при котором возможно достижение оптимального качества

жизни, адаптации, отсутствует или сведено к минимуму воздействие вредных или неблагоприятных факторов на человека.

Благосостояние (welfare)- уровень материального обеспечения индивидуума, семьи и общества в целом.

ВВП — внутренний валовый продукт

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

Вредное воздействие на человека – воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений.

Группа высокого риска – группа лиц с высокой вероятностью развития отклонений в состоянии здоровья, заболеваний, травм, их неблагоприятного течения и исходов вследствие воздействия различных факторов риска: наследственных, социально-экономических, профессиональных, экологических, поведенческих и др.

Группа риска – группа лиц с наличием различных факторов риска возникновения заболеваний, травм и других нарушений здоровья, с которыми должно планироваться проведение профилактических мер.

Групповая практика (group practice) – формальная ассоциация трех или более врачей общей практики или других работников здравоохранения, направленная на оказание медицинской помощи большим группам населения.

Группы пациентов (groups of patients) – это совокупность пациентов, классифицируемая с учетом исходного состояния и достижения сходных результатов лечения.

Действенность, сила воздействия (efficacy) – степень, в которой медицинские вмешательства улучшают здоровье в строго контролируемых и наблюдаемых условиях, например, в рамках рандомизированных контролируемых клинических испытаний.

Деятельность (activity) – общее определение работы, выполняемой персоналом при достижении поставленной цели, например,

по обслуживанию на дому, по направлению к специалистам, по консультированию. Каждая подобная деятельность включает в себя группу задач. Группа видов деятельности является способом осуществления определенной функции.

Диагноз (diagnosis) – это краткое медицинское заключение об имеющемся заболевании (травме), отклонении в состоянии здоровья обследуемого или о причине смерти.

Доказательная медицина (evidence-based medicine) – медицинская практика или проведение медицинских вмешательств, которое руководствуется или основывается на строгих научных результатах, поддерживающих или опровергающих применение тех или иных медицинских вмешательств. Это новая технология сбора, анализа, синтеза и использования медицинской информации, позволяющая принимать оптимальные клинические решения.

Достижения в улучшении здоровья (health gain) – результат систематического процесса реализации мер, которые оказывают непосредственное длительное воздействие на продолжительность и качество жизни.

Доступ к медицинскому обслуживанию (access to care) – понятие, отражающее степень, в которой отдельное лицо или определенная группа населения имеет право на пользование и фактически может воспользоваться необходимыми услугами системы здравоохранения.

Доступность, наличие (availability) – выявляется наличие или отсутствие требуемых видов медицинской помощи и услуг.

ЕРБ — Европейское региональное бюро

Заинтересованные стороны (stakeholder) – группы, заинтересованные в организации и предоставлении услуг здравоохранения. Такими группами могут быть руководители служб здравоохранения, финансирующие органы, заказчики исследований в области здравоохранения.

Защита здоровья (health advocacy) – выступление или приведение доводов в защиту чего-либо, например, дела, идеи или политики. Защита здоровья включает в себя действия медицинских профессионалов и потребителей, направленные на перераспределение ресурсов на определенные сферы повышенной значимости в целях защиты интересов пациентов в их здоровье.

Здоровый образ жизни – категория общего понятия «образ жизни», включающая в себя благоприятные условия жизнедеятельности человека, уровень его культуры и гигиенических навыков, позволяющих сохранять и укреплять здоровье, предупреждать развитие его нарушений и поддерживать оптимальное качество жизни.

Здоровье (health) -это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических нарушений.

Здоровье психическое – динамический процесс психической деятельности, которому свойственны детерминированность психических явлений, гармоническая взаимосвязь между отражением обстоятельств действительности и отношением индивидуума к ней, адекватность реакций организма на социальные, психологические и физические (включая биологические) условия жизнедеятельности благодаря способности личности самоконтролировать поведение, планировать и осуществлять свой жизненный путь в микро- и макросоциальной среде.

Измерение деятельности (performance measurement) – оценка (количественное измерение) соответствия признанным стандартам качества медицинской деятельности. Оценка деятельности может проводиться по показателям процесса и результата на национальном, ведомственном, учрежденческом уровнях или на уровне отдельного медицинского работника.

Измерение процесса (process measure) – оценка (количественное измерение) выполнения технологии медицинской помощи по отношению к потребности (показатель технического процесса) и стиля общения лиц,

оказывающих медицинскую помощь, с пациентами (показатель межличностного процесса) по отношению определенному профессиональному стандарту.

Измерение результата (outcome measure) -количественное измерение последствий для здоровья в результате оказания или неоказания услуги, этапа, процесса медицинской помощи, оказываемой учреждениями или медицинскими работниками, для оценки ее качества.

Индекс (index) – относительный показатель, выражающий отношение уровня данного явления к его уровню в прошлое время или к уровню аналогичного явления, принятому в качестве базы (основы), например, текущее экономическое и финансовое положение, или качественный уровень ведения деятельности по отношению к расчетному году, предыдущему году или к какому-либо другому промежутку времени. Индексы часто используются для корректировки, например, ставок заработной платы и пенсионных выплат, определенных долгосрочными контрактами.

Индекс DALY (Disability-adjusted life years index) – индекс, отражающий число лет жизни, скорректированных с учетом нетрудоспособности.

Индекс QALY (Quality-adjusted life years index) – индекс, отражающий качественно прожитые годы.

Индикатор качества (quality indicator) – показатель, который применяется для оценки качества медицинской помощи. Индикаторы качества: доля случаев повторной госпитализации; доля врачей и МО, выполняющих клинические руководства; рейтинги удовлетворенности пациентов медицинской помощью и т.д.

Индикаторы деятельности (performance indicators) – это показатели, позволяющие оценить, насколько результативно и эффективно медицинские работники, МО, страховые компании предоставляют или обеспечивают медицинскую помощь. Это понятие широко используется для описания ряда показателей, включающих в себя финансовую стабильность, качество

деятельности, удовлетворенность пациента, доступность, использование и наличие квалифицированных лиц и медицинских организаций. Индикаторы могут отражать текущую деятельность и результаты деятельности.

Индикаторы качества профилактической медицинской помощи – характеристики, применяемые для оценки качества профилактической медицинской помощи, на основе которых могут быть разработаны показатели и критерии оценки. К этим индикаторам относятся: наличие и доступность; адекватность; оптимальность; преемственность и непрерывность; действенность; результативность; эффективность; способность удовлетворять потребности.

Качество – (quality) – наличие существенных признаков, свойств, особенностей, отличающих один предмет или явление от других.

Качество жизни – категория, включающая в себя сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического и социального благополучия и самореализации. На качество жизни влияют заболевание, травма, лечение или политика. Его можно оценить с помощью индексов QALY, DALY и др.

Качество медицинской помощи – (quality of medical care) совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказанной медицинской помощи потребностям пациента (населения), его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии.

Качество профилактической медицинской помощи – совокупность характеристик, подтверждающих соответствие оказания профилактической медицинской помощи имеющимся потребностям, ожиданиям пациента и общества, современному уровню медицинской науки и медико-профилактических технологий. К этим характеристикам относятся: адекватность; безопасность; действенность; наличие услуг и их доступность; оптимальность; преемственность и непрерывность; результативность; своевременность; стабильность процессов и результатов; эффективность.

КМП — качество медицинской помощи

Критерий, критерии – (criterion, criteria, греч. criterion – средство для суждения) – признак или правило, на основании которого производится оценка, определение или классификация чего-либо; иногда может выступать в виде стандарта для оценки и степени достижения цели.

КСГ (DRG) — клинико-статистические группы (диагностически связанные группы)

Лечение (treatment), терапия – общее название различного рода мероприятий, направленных на восстановление здоровья.

Медицинская помощь (health care) – в России – это деятельность, направленная на оздоровление и лечение пациентов, осуществляемая профессионально подготовленными работниками, имеющими на то право в соответствии с действующим законодательством. Медицинская помощь включает в себя определенную совокупность медицинских услуг.

Медицинская профилактическая услуга – мероприятия или комплекс мероприятий, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость, и направленных на профилактику заболеваний и их своевременную диагностику, а также на оздоровление.

Медицинский индикатор (clinical indicator) – утверждение о желаемом свойстве (процесса или результата) медицинской помощи для оценки ее качества (например, «женщины 50-ти лет и старше должны проходить ежегодную маммографию для проверки наличия рака грудной железы»). Определение «медицинский» требуется для отделения этих показателей от показателей, которые отражают точку зрения пациента (например, удовлетворенность пациента) или которые измеряют структурные признаки (например, показатель обеспеченности врачами на 10 000 населения).

Методы управления (management techniques) -представляют собой систематические процедуры руководства, планирования и контроля, которые могут применяться к решению всех проблем управления. Методика управления включает широкий спектр методов: контроль, анализ затрат

и пользы, анализ эффективности затрат, управленческий учет, сетевой анализ, исследование операций, организацию и методы, бюджетный расчет итогов, оценка качества работы.

МО — медицинская организация

Мониторинг (monitoring) – целенаправленная деятельность, включающая перманентное наблюдение, анализ, оценку и прогноз состояния объекта (процесса, явления, системы). Другое определение: это аналитическая система слежения.

Мониторинг (контролирование) качества (quality control) - применение действенных методик (инструментов), мер и статистических методов для измерения и прогнозирования качества.

МЭС — медико-экономические стандарты

Непрерывное улучшение качества – НУК (continuous quality improvement – CQI) – управленческая деятельность по непрерывному изучению и усовершенствованию процессов оказания медицинской помощи с целью удовлетворения потребностей пациентов и других потребителей. НУК направлено на улучшение результатов работы системы в целом путем постоянной модификации и усовершенствования самой системы, а не путем выявления и отказа от людей или процессов, практика или результаты работы которых не соответствует установленным нормам. НУК часто считают синонимом «общего управления качеством».

Обеспечение качеством (quality assurance) – виды деятельности и программы, имеющие целью удовлетворять имеющиеся или предполагаемые ожидания и потребности отдельных пациентов и групп населения с эффективным использованием ограниченных ресурсов.

Общее управление качеством (Total Quality Management – TQM) – постоянно действующая система управления улучшением качества, направляемая сверху, но предоставляющая оптимальные возможности сотрудникам и нацеленная на решение проблем сотрудников, но не индивидуально, а на уровне системы.

ОМС — обязательное медицинское страхование

Охрана здоровья (health protection) – система государственных и общественных мер, направленных на пропаганду здоровья, профилактику заболеваний, реабилитацию и на деятельность по поддержке и укреплению здоровья. Охрана здоровья подразумевает существование комплексного подхода, для чего объединяются усилия всех министерств и ведомств по укреплению здоровья. В целом под охраной здоровья можно понимать обеспечение условий для нормального физического и психического функционирования человека как индивидуально, так и в составе группы.

Оценка (evaluation) – процесс определения реального состояния объекта (процесса, явления, системы) по отношению к желаемому состоянию или другому объекту (процессу, явлению, системе).

Оценка использования (utilization review) – официальный анализ необходимости, эффективности и правильности – использования ресурсов (включая их нагрузку) перспективным, текущим или ретроспективными методами.

Оценка качества (quality assessment) – определение соответствия оказанной медицинской помощи установленным на данный период стандартам, ожиданиям и потребностям отдельных пациентов и групп населения.

Оценка структуры (structural measure) – обобщенное регистрируемое отображение всех видов ресурсов, имеющихся в распоряжении. Структура относится к относительно стабильным характеристикам лиц и учреждений, предоставляющих медицинскую помощь, к имеющимся у них инструментам и ресурсам, а также к физической и организационной среде, в которой они работают. Структурные показатели оценивают адекватность человеческих, материальных и физических ресурсов, требуемых для оказания медицинской помощи.

Пациент (patient) -человек, обратившийся за медицинской помощью амбулаторно или госпитализированный в больницу для обследования, постановки диагноза, ухода или лечения.

Планирование качества (quality planning) – разработка систем, нацеленных на достижение высокого качества, установление перспективных уровней качества медицинской помощи.

ПМСП — первичная медико-санитарная помощь

Показатель (rate) – это количественно выраженное определенное свойство, качество совокупности в целом или ее частей. Различают показатели абсолютные(в виде абсолютного значения величины изучаемого явления, объекта, процесса) и относительные (в виде относительных чисел, выражающих значение определенного количества по сравнению с другим количеством). Показатели могут быть различных видов: экстенсивные (выраженные в долевого отношении), интенсивные (в расчете на совокупность, например, на численность населения), наглядности(для оценки динамики, когда показатели за какой-либо год принимаются за единицу или 100%, а последующие рассчитываются, исходя из уровня базового года), соотношения и др.

Полезность (utility) – в анализе решений и экономике – это показатель полезности или предпочтения определенного результата в соотношении здоровья или состояния здоровья. Полезность можно выразить в количественном отношении – т.е. она описывает как то, что результат А более предпочтителен, чем результат Б, так и насколько. Обычно значения полезности измеряются по шкале от 1,0 (отличное здоровье) до 0 (смерть), где максимальный и минимальный уровни известны как точки отсчета (или исходные состояния или результаты).

Политика в области качества (quality policy) – деятельность по созданию товаров и услуг, удовлетворяющих нужды потребителей.

Помощь, ориентированная на пациента (patient-centered care) – подход к оказанию помощи, в котором полностью учитывается позиция

пациента. Эта позиция может быть охарактеризована такими параметрами, как уважение к ценностям, предпочтениям и высказанным потребностям пациента; координация и интеграция помощи; информация, общение и просвещение; физический комфорт; эмоциональная поддержка и устранение страха или беспокойства; вовлечение семьи и друзей; преемственность и непрерывность. В общем виде, это система медицинской помощи полностью ориентированная на пациента, когда он является объектом для всех элементов системы.

Права пациентов (patients rights) – набор прав, привилегий, обязательств и обязанностей, с которыми люди обращаются за услугами здравоохранения и получают их. Так как права пациентов не имеют официального определения, этот набор различается в зависимости от страны и в различные периоды. Каждый пациент имеет право на лучшее здоровье, качественную и своевременную помощь, на информированность и т.д. Вместе с тем, каждый пациент несет ответственность (моральную, финансовую, а в ряде случаев и юридическую) за свое поведение, приводящее к ухудшению здоровья и трудоспособности.

Профилактика (prevention) – комплекс целевых действий, направленных на снижение вероятности возникновения заболеваний или несчастных случаев, либо последствий, связанных с подобными ситуациями.

Результативность (effectiveness) – степень, в которой медицинские вмешательства улучшают здоровье в обычных практических условиях. Обстоятельства, которые определяют различие между обычными условиями оказания помощи и контролируруемыми клиническими испытаниями, включают сопутствующие заболевания пациентов, вследствие чего невозможно точно предсказать, будет ли пациент придерживаться схемы лечения, а также различия в практике поставщиков медицинских услуг.

Результаты для качества жизни (quality of life outcome/endpoint) – последствия профилактического и оздоровительного вмешательств, воздействующих на физическое состояние пациента (включая степень

тяжести симптомов и физические возможности), на социальное состояние (включая ролевые функции или работоспособность), на психологическое или эмоциональное функционирование или функциональный статус, а также степень восприятия пациентом всех вышеуказанных вмешательств.

Результаты мероприятий по охране здоровья (health outcomes) – изменения в текущем или будущем состоянии здоровья индивидуума или группы, которые могут быть отнесены на счет службы здравоохранения.

Система качества (quality system) – сочетание ресурсов, организационной структуры и методик, которые необходимы для достижения качества.

Система управления (management system) – совокупность административных звеньев, наделенных определенными полномочиями управления, упорядоченно функционирующая для достижения главной цели деятельности. Принципиальная схема системы управления включает в себя субъекта и объекта управления, целенаправленные действия и обратную связь.

СКТП — статистический контроль технологического процесса

СМО — страховая медицинская организация

Стандарт (standard) – это нормативный документ, регламентирующий набор правил, норм и требований к объекту стандартизации и утвержденный компетентным органом.

Стандарт качества (quality standard of health care) – реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период времени уровень медицинской помощи. Стандарты устанавливаются на структуру (ресурсы), технологии (процесс) и результаты с учетом групп пациентов.

ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Удовлетворенность пациента (patient satisfaction) -мнение пациента об оказанной медицинской помощи. Для определения удовлетворенности пациенты заполняют анкеты или дают балльную оценку услугам,

полученным от медицинской организации, врача или другого лица, оказывающего медицинскую помощь.

Удовлетворенность пациента лечением (patient/treatment satisfaction outcome/satisfaction endpoint) – принятие или одобрение пациентами изменений в состоянии своего здоровья в результате полученной медицинской помощи.

Улучшение качества (quality improvement) – достижение или процесс достижения нового уровня качества медицинской помощи, который превосходит предыдущие уровни качества.

Управление качеством (quality assurance and management) – часть функции управления в целом, которые определяют и осуществляют политику в области качества. Управление основано на оценке потребностей и степени их удовлетворенности.

Управление результатами (outcome management) -целенаправленное воздействие на ресурсы (структуру) и технологию (процессы) для изменения результатов.

Управление риском (risk management) – клинические и административные действия, которые позволяют лечебно-профилактическим учреждениям идентифицировать, оценивать и уменьшать риск ущерба пациентам, персоналу и посетителям и риск потерь для самого учреждения непосредственно.

Управляемая медицинская помощь (managed care) – объединения учреждений и лиц, оказывающих медицинскую помощь и страховых медицинских организаций, созданные для повышения качества и эффективности выполняемой работы. Эта цель достигается, например, путем повышения доли участия пациента в оплате услуг, контроля за госпитализацией и сроками пребывания оплаты, для проведения определенных видов хирургических вмешательств в амбулаторных условиях, рационального отбора поставщиков медицинских услуг, а также через

прямой контроль за ведением пациентов, требующих дорогостоящего лечения.

Услуги здравоохранения (health services) -представляют собой взаимодействие между поставщиками медицинских услуг, и индивидуумами, цель которого заключается в улучшении здоровья.

Факторы риска (risk factors) – потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

ФФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ЭКМП — экспертиза качества медицинской помощи

Экономический результат (economic outcome/economic endpoint) – следствие пользования продукта, услугами или программами здравоохранения, которые с различных сторон влияют на размер издержек.

Эксперт (expert) – специалист, чья высокая квалификация документально подтверждена и признана коллегами.

Экспертное мнение, экспертиза (expert opinion) – проверка соответствия деятельности и ее результатов имеющимся представлениями, выраженным в виде рекомендаций, норм и нормативов, проводимая признанными высококвалифицированными специалистами (экспертами) или группой специалистов.

Эпидемиологический надзор (epidemiological surveillance) – непосредственное наблюдение в целях обнаружения ранних признаков заболевания без вмешательств. Подразумевает проведение систематических наблюдений и, при необходимости, принятие соответствующих мер.

Эпидемиология (epidemiology) – отрасль медицинской науки, которая занимается исследованием факторов и условий, определяющих частоту и распространение заболеваний и инвалидности среди населения.

В настоящее время эпидемиология охватывает все виды заболеваний, будь то острые или хронические, физические или психические, инфекционные или неинфекционные. Эпидемиологические исследования преследуют три основных цели: направлять развитие служб здравоохранения посредством установления размера и распределения связанных с болезнями проблем; выявлять этиологические (причинные) факторы и другие, которые могут позволить вести борьбу с этими заболеваниями или воздействовать на них; выработать метод определения эффективности мероприятий, проводимых в целях борьбы с болезнями и улучшения здоровья общества.

Эффективность (efficiency) – это отношение результатов к производным затратам (затраченным ресурсам).

Эффективность профилактической деятельности – отношение затрат на оказание профилактических медицинских услуг к полученному результату, определяющемуся положительным медицинским, социальным и экономическим балансом.

Источники:

1. Дьяченко В.Г. Экспертиза качества медицинской помощи (Вопросы теории и практики)
<http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=95> (режим доступа свободный, круглосуточный)
2. <http://www.finbook.biz/subj.html?prm=6> – электронная библиотека книг по экономике
3. Грант Р. Современный стратегический анализ. 7 изд. СПб.: Питер. - 2012. - 544 с.: <http://window.edu.ru/resource/702/71702>