



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

«СОГЛАСОВАНО»

Руководитель ОП

 П.Ф. Кику

«06» июня 2019 г.



«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Департамента общественного
здоровья и профилактической медицины

 П.Ф. Кику

«06» июня 2019 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Проблемы организации лечебно-профилактической помощи населению

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

курс 1 семестр 2

лекции 18 час.

практические занятия 18_ час.

в том числе с использованием МАО лек. 4 час./ прак. 6 час.

всего часов аудиторной нагрузки 36 час.,

в том числе с использованием МАО 10 час

самостоятельная работа 36 час.

в том числе на подготовку к экзамену не предусмотрены

контрольные работы (количество) не предусмотрены

курсовая работа / курсовой проект не предусмотрены

зачет 2 семестр

Рабочая программа дисциплины составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.

Рабочая программа дисциплины обсуждена на заседании Департамента общественного здоровья и профилактической медицины, протокол № 8 от «06» июня 2019г.

Директор Департамента: д.м.н., к.т.н., профессор Кику П.Ф.

Составитель: к.м.н., доцент Рассказова В.Н.

Рабочая учебная программа пересмотрена на заседании Департамента:

Протокол от «_____» _____ 20 г. № _____

Директор _____ Кику П.Ф.

II. Рабочая учебная программа пересмотрена на заседании Департамента:

Протокол от «_____» _____ 20 г. № _____

Директор _____ Кику П.Ф.

Аннотация

Рабочая программа дисциплины «Проблемы организации лечебно-профилактической помощи населению» разработан для специальности 32.04.01 – «Общественное здравоохранение».

Дисциплина входит в вариативную часть профессионального цикла и является дисциплиной выбора (индекс Б1.В.ДВ.03.02).

Трудоемкость курса - 72 часа, 2 з.е. , учебным планом запланировано 18 часов лекций, 18 часов практических занятий, 36 часов самостоятельной работы студента. Форма контроля по дисциплине – зачет.

Курс «Проблемы организации лечебно-профилактической помощи населению» опирается на знания, полученные студентами при изучении таких учебных дисциплин, как «Менеджмент и маркетинг в здравоохранении», «Здравоохранение в зарубежных странах. Международное сотрудничество в области здравоохранения», «Системный анализ и управление в здравоохранении».

Учебная программа раскрывает содержание курса, порядок изучения материала. В программе представлены наиболее существенные аспекты курса, помогающие обучающимся понять суть организации оказания лечебно-профилактической помощи населению, без чего невозможна эффективная профессиональная деятельность магистра.

Планы семинарских занятий определяют круг важных проблем, теоретическое понимание которых важно для их практического решения. Семинарские занятия предназначены для самостоятельной проработки студентами ключевых проблем на основе активного привлечения как классической, так и современной литературы.

Контрольные вопросы позволяют определить степень соответствия знаний имеющимся требованиям. Использование контрольных вопросов и тестов облегчает усвоение теории, позволяет воспринимать учебную дисциплину как конкретную, практическую, рациональную науку, дает возможность эффективнее использовать время на занятиях.

Список рекомендуемой литературы содержит как перечень учебников, так и ряд монографических изданий, которые могут быть использованы при подготовке к занятиям или тестированию, в работе над темами теоретических сообщений.

Итоговой формой контроля знаний студентов, в соответствии с учебным планом, является зачет. В соответствующем разделе учебно-методического комплекса приводится перечень вопросов, которые могут быть использованы для его проведения.

Цель курса «Проблемы организации лечебно-профилактической помощи населению» - изучение системы оказания медицинской помощи прикрепленному населению.

Задачи дисциплины: подготовить специалиста, обладающего необходимыми компетенциями для оценки:

- общественного здоровья и факторов его определяющих;
- систем обеспечивающих сохранение, укрепление и восстановление здоровья населения;
- организационно-медицинских и управленческих технологий;
- тенденций развития здравоохранения в зарубежных странах и в России.

В результате изучения дисциплины «Организация лечебно-профилактической помощи населению» обучающиеся должны:

Знать:

- Факторы, формирующие здоровье человека (социальные, экологические, природно-климатические, генетические). Заболевания, связанные с неблагоприятным воздействием социально-экономических, климатических и др. факторов и соответствующие оздоровительные мероприятия, направленные на повышение сопротивляемости организма к возможным неблагоприятным воздействиям окружающей среды, на улучшение состояния здоровья и физического развития, повышения работоспособности.

- Основы организации медицинской помощи населению. Принципы организации медицинской помощи отдельным группам населения. Организацию и проведение профилактических мероприятий.

- Этические и деонтологические аспекты деятельности медицинского персонала.

- Основные показатели деятельности различных учреждений системы здравоохранения. Правила заполнения типовой медицинской документации. Правила оформления документов временной нетрудоспособности.

Уметь:

- Рассчитывать, оценивать и интерпретировать: медико-демографические показатели; показатели заболеваемости.

- Анализировать показатели: инвалидности; физического развития.

- Использовать полученные медико-демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности и физического развития, а также другие показатели общественного здоровья при анализе и оценке деятельности медицинских организаций (МО), планировании медицинской помощи.

- Рассчитывать, оценивать и интерпретировать основные показатели деятельности следующих типов МО: поликлиник (взрослой, женской консультации), стационаров (взрослого, родильного дома).

- Заполнять типовую медицинскую документацию. Оформлять документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность.

- Определять группу здоровья пациента с учетом критериев комплексной оценки состояния здоровья.

- Выявлять и оценивать факторы риска здоровья населения, выбирать методы и средства гигиенического обучения и воспитания в зависимости от конкретной ситуации, в т.ч. для пациентов из групп социального риска.

- Осуществлять оценку качества и эффективности работы отдельных врачей и МО в целом.

- Использовать основные методы исследования общественного здоровья и здравоохранения: статистический, экономический, исторический, экспериментальное моделирование, экспертных оценок, системный анализ, социологические и эпидемиологические методы.

Владеть:

- Методами повышения уровня здоровья, физического развития.
- Методикой сбора информации о состоянии здоровья населения; статистической информации о деятельности врачей, подразделений МО, медицинских учреждений в целом. Методикой анализа деятельности МО различных типов.
- Алгоритмом анализа качества и эффективности работы отдельных врачей, подразделений и различных учреждений системы здравоохранения.

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

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
ПК-3 Способность организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации	Знает	основы планирования, организации и осуществление деятельности структурного подразделения медицинской организации
	Умеет	проводить анализ и оценку показателей деятельности структурного подразделения медицинской организации
	Владеет	навыками подготовки обоснования объемов медицинской помощи и показателей деятельности в соответствии с необходимыми ресурсами в структурном подразделении медицинской организации
ПК-5 Способность производить оценку эффективности деятельности медицинской организации, разрабатывать и выбирать оптимальные управленческие решения, разрабатывать бизнес-план развития	Знает	Принципы целеполагания, виды и методы организационного планирования и фундаментальные концепции финансового менеджмента, а также метод процессного подхода к управлению медицинской организации
	Умеет	Разрабатывать корпоративные, конкурентные и функциональные стратегии развития организации, разрабатывать инвестиционные проекты и проводить их проверку
	Владеет	Методами формулирования и реализации стратегий на уровне бизнес-единицы, разработки и реализации маркетинговых программ, а также

<p>медицинской организации, использовать процессный подход в управлении медицинской организации, использовать технологические карты процессов медицинской организации</p>		<p>методами инвестиционного анализа и анализа финансовых рынков, процессным подходом в управлении медицинской организации и возможностью использования технологических карт процессов медицинской организации.</p>
---	--	--

Для формирования вышеуказанных компетенций в рамках дисциплины «Проблемы организации лечебно-профилактической помощи населению» применяются следующие методы активного/ интерактивного обучения: лекции – конференции, проблемные лекции, лекции-визуализации; практические занятия – диспут, круглый стол (подготовка и обсуждение рефератов).

I. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ТЕОРЕТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА

(18 час., в том числе с использованием МАО – 4 час.)

Тема 1. Российское законодательство о здравоохранении. Структура, функции, порядок подчинения и сотрудничества в системе здравоохранения (4 час.)

Российское законодательство о здравоохранении. Структура системы здравоохранения. Функции системы здравоохранения. Порядок подчинения и сотрудничества в системе здравоохранения.

Тема 2. Номенклатура учреждений здравоохранения. Лицензирование и аккредитация медицинских организаций и медицинских работников (4 час.)

Номенклатура учреждений здравоохранения. Лицензирование медицинских организаций и медицинских работников. Аккредитация медицинских организаций и медицинских работников. Стандартизация в системе здравоохранения.

Тема 3. Нормативная база, регулирующая права и ответственность медицинских работников (4 час.)

Нормативная база, регулирующая права и ответственность медицинских работников. Ассоциации медицинских работников.

Тема 4. Управление здравоохранением в условиях рынка (3 час.)

Управление здравоохранением в условиях рынка. Законы управления. Принципы управления.

Тема 5. Системный подход в управлении здравоохранением (3 час.)

Системный подход в управлении. Методы управления в современных условиях.

II. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА

Практические занятия

(18 час., в том числе с использованием МАО – 6 час.)

Раздел 1. Принципы организации амбулаторной, стационарной, неотложной, высокотехнологичной медицинской помощи (12 час.)

Занятие 1. Общие принципы организации амбулаторной, стационарной, амбулаторно-поликлинической, неотложной и стационарной медицинской помощи (4 час.)

1. Общие принципы организации лечебно-профилактической помощи населению.
2. Организация амбулаторной медицинской помощи.
3. Организация стационарной медицинской помощи.
4. Организация амбулаторно-поликлинической помощи.
5. Скорая и неотложная медицинская помощь населению.
6. Стационар больницы.
7. Структура и функции приемного отделения.
8. Организация работы медицинского персонала.

9. Формы и методы контроля за качеством диагностики и лечения больных в стационаре.

Занятие 2. Организация специализированной, высокотехнологичной и профилактической помощи населению. Организация материального и медицинского снабжения, медицинская документация в стационаре и поликлинике (4 час.)

1. Организация специализированной медицинской помощи.
2. Организация высокотехнологичной медицинской помощи.
3. Медицинская и социальная реабилитация.
4. Организация, задачи, содержание, методы и средства гигиенического образования и воспитания населения.
5. Организация материального и медицинского снабжения в стационаре и поликлинике.
6. Медицинская документация.
7. Методы оценки эффективности работы.

Занятие 3. Организация сестринской деятельности. Диспансерный метод наблюдения. Организация медицинской помощи гражданам, работающим на промышленных предприятиях (4 час.)

1. Сестринская помощь в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях (учреждениях).
2. Сущность и показания к применению диспансерного метода.
3. Содержание и технологии диспансерного наблюдения отдельных групп населения и больных.
4. Виды специальных диспансеров.
5. Показатели качества и эффективности диспансеризации.
6. Организация первой медицинской помощи на предприятиях.

Раздел 2. Организация медицинской помощи в системе детства и родовспоможения (6 час.)

Занятие 4. Государственная политика в области охраны материнства и детства (3 час.)

1. Российское законодательство по охране материнства и детства.
2. Основные задачи охраны здоровья женщин и детей.
3. Организация акушерской помощи.
4. Качественные показатели деятельности женской консультации и стационара родильного дома.
5. Организация гинекологической помощи.

Занятие 5. Организация оказания амбулаторной и стационарной помощи детям (3 час.)

1. Основные принципы лечебно-профилактического обслуживания детей различных возрастов.
2. Детская поликлиника, ее структура.
3. Стационар детской больницы.
4. Формы и методы работы станции скорой медицинской помощи (ССМП) по обслуживанию детского населения.
5. Организация медицинского обслуживания детей дошкольного возраста.

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 ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛЕЙ КУРСА

№ п/п	Контролируемые модули/ разделы / темы дисциплины	Коды и этапы формирования компетенций		Оценочные средства – наименование	
				текущий контроль	промежуточная аттестация
1	Раздел 1 Принципы организации амбулаторной, стационарной, неотложной, высокотехнологичной медицинской помощи	ПК-3, ПК-5	Знает	Собеседование УО-1, реферат ПР-4	Зачет Вопросы 1-26
			Умеет	Тесты ПР-1, эссе ПР-3, кейс-задачи ПР-11, презентация	
			Владеет	Работа в малых группах, УО-3	
2	Раздел 2. Организация медицинской помощи в системе детства и родовспоможения	ПК-3 ПК-5	Знает	Собеседование УО-1, реферат ПР-4	Зачет Вопросы 27-50
			Умеет	Тесты ПР-1, эссе ПР-3, кейс-задачи ПР-11, презентация	
			Владеет	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. СПИСОК УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В.А. Медик, В.И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 496с
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437018.html>

2. 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>

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 288с.

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428689.html>

4. Сборник тестовых заданий по общественному здоровью и здравоохранению [Электронный ресурс] : учебное пособие / Е.Л. Борщук [и др.]. — Электрон. текстовые данные. — Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2014. — 118 с. — 2227-8397. — Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/51490.html>

5. Лисицин Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. - ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 544 с. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426548.html>

6. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / под ред. В.З. Кучеренко - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 160с.

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424155.html>

Дополнительная литература

1. Лисицын Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2016. – 542 с.

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

2. Медик В.А., Юрьев В.К. . Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 287 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730369&theme=FEFU>

3. Покровский В.И., Брико Н.И. Общая эпидемиология с основами доказательной медицины ГЭОТАР-Медиа. – 2012. – 400 с. Режим доступа:

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

4. Петров В.И., Недогода С.В. Медицина, основанная на доказательствах ГЭОТАР-Медиа. – 2012. – 144 с. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423219.html>

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

1. База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>
2. НЭБ - <http://elibrary.ru>
3. <http://ru.wikipedia.org/wiki/>
4. <http://www.twirpx.com/>
5. <http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
6. Электронная библиотека книг по экономике
<http://www.inetlib.ru/content/category/1/18/3/>
7. Российский журнал безопасности бизнеса и личности, освещение процессов, происходящих в сфере коммерческой безопасности.
<http://www.bdi.spb.ru>
8. Электронная библиотека книг по менеджменту
<http://www.inetlib.ru/content/category/4/4/4/>
9. Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
10. <http://www.medliter.ru/?page=list&id=09>
11. <http://www.rmj.ru/medjurnrus.htm>
12. Справочно-правовая система Консультант плюс.
13. <http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
14. <http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
15. <http://meduniver.com> Медицинский сайт о различных сферах медицины

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

Практические занятия курса «Проблемы организации лечебно-профилактической помощи населению» проводятся по всем разделам учебной программы, направлены на формирование у студентов навыков самостоятельной исследовательской работы. В ходе практических занятий студент выполняет комплекс заданий по изучаемой теме.

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.

Лекционные занятия ориентированы на освещение основных тем в каждый раздел курса и призваны ориентировать студентов в предлагаемом

материале, заложить научные и методологические основы для дальнейшей самостоятельной работы студентов.

Особо значимой для профессиональной подготовки студентов является *самостоятельная работа* по курсу. В ходе этой работы студенты отбирают необходимый материал по изучаемому вопросу и анализируют его. Самостоятельная работа с литературой включает в себя такие приемы как составление плана, тезисов, конспектов, аннотирование источников, написание контрольных работ.

Студентов необходимо познакомить с основными источниками, без которых невозможно полноценное понимание проблематики курса. Поэтому эти источники рекомендованы студентам для домашнего изучения и включены в программу.

Освоение курса должно способствовать развитию навыков обоснованных и самостоятельных оценок фактов и научных концепций. Поэтому во всех формах контроля знаний, особенно при сдаче зачета, внимание должно быть обращено на понимание основного проблемного поля, на умение критически использовать ее результаты и выводы.

В процессе преподавания дисциплины применяются следующие методы активного/ интерактивного обучения:

Лекционные занятия:

1. Проблемная лекция.

Лекция начинается с постановки преподавателем проблемы, которые решаются в ходе изложения материала. Для ответа на проблему требуется размышление всей аудитории. В течение лекции мышление студентов происходит с помощью создания преподавателем проблемной ситуации до того, как они получают всю необходимую информацию, составляющую для них новое знание. Таким образом, студенты самостоятельно пробуют найти решение проблемной ситуации.

Учебные проблемы доступны по своей трудности для студентов, они учитывают познавательные возможности обучаемых, исходят из изучаемого

предмета и являются значимыми для усвоения нового материала и развития личности - общего и профессионального.

Проблемная лекция обеспечивает творческое усвоение будущими специалистами принципов и закономерностей изучаемой науки, активизирует учебно-познавательную деятельность студентов, их самостоятельную аудиторную и внеаудиторную работу, усвоение знаний и применение их на практических занятиях.

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 несколько устных опросов, тест-контрольных работ и коллоквиумов.

VII. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Образовательный процесс по дисциплине проводится в лекционных, компьютерных классах корпуса Школы Биомедицины кампуса ДВФУ, оснащенных компьютерами и мультимедийными системами, с

подключением к общекорпоративной сети ДВФУ и Internet, симуляционный Центр школы Биомедицины ДВФУ.

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

Лекционная аудитория:

<p>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 оборудования CORSA-2007 Tuarex; Подсистема видеокмутации: Подсистема аудиокмутации и звукоусиления: усилитель мощности, беспроводные ЛВС на базе точек доступа 802.11a/b/g/n 2x2 MIMO(2SS).</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, Школа биомедицины, ауд. М 422, площадь 158,6 м²</p>
---	---

Практические занятия:

<p>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 оборудования CORSA-2007 Tuarex; Подсистема видеокмутации: Подсистема аудиокмутации и звукоусиления: усилитель мощности, беспроводные ЛВС на базе точек доступа 802.11a/b/g/n 2x2 MIMO(2SS).</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров 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 22 рабочих места: 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, 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 видеоувеличителем 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 НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«Дальневосточный федеральный университет»
(ДФУ)

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

**УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ
РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ**

по дисциплине **«Проблемы организации лечебно-профилактической
помощи населению»**

Направление подготовки **32.04.01 «Общественное здравоохранение»**
(уровень магистратуры)

профиль подготовки **«Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»**

Форма подготовки очная

Владивосток

2019

План-график выполнения самостоятельной работы по дисциплине

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

Рекомендации по самостоятельной работе студентов

Цель самостоятельной работы студента – осмысленно и самостоятельно работать сначала с учебным материалом, затем с научной информацией, заложить основы самоорганизации и самовоспитания с тем, чтобы привить умение в дальнейшем непрерывно повышать свою профессиональную квалификацию.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности. Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, она планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по

каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Самостоятельная работа студентов состоит из подготовки к практическим занятиям, работы над рекомендованной литературой, написания докладов по теме семинарского 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).

Методические рекомендации по самостоятельной работе студентов

По мере освоения материала по тематике дисциплины предусмотрено выполнение самостоятельной работы студентов по сбору и обработке литературного материала для расширения области знаний по изучаемой дисциплине, что позволяет углубить и закрепить конкретные практические знания, полученные на аудиторных занятиях. Для изучения и полного освоения программного материала по дисциплине используется учебная, справочная и другая литература, рекомендуемая настоящей программой, а также профильные периодические издания.

При самостоятельной подготовке к занятиям студенты конспектируют материал, самостоятельно изучают вопросы по пройденным темам, используя при этом учебную литературу из предлагаемого списка, периодические печатные издания, научную и методическую информацию, базы данных информационных сетей (Интернет и др.).

Самостоятельная работа складывается из таких видов работ как изучение материала по учебникам, справочникам, видеоматериалам и презентациям, а также прочим достоверным источникам информации; подготовка к зачету. Для закрепления материала достаточно, перелистывая

конспект или читая его, мысленно восстановить материал. При необходимости обратиться к рекомендуемой учебной и справочной литературе, записать непонятные моменты в вопросах для уяснения их на предстоящем занятии.

Подготовка к практическим занятиям. Этот вид самостоятельной работы состоит из нескольких этапов:

1) Повторение изученного материала. Для этого используются конспекты лекций, рекомендованная основная и дополнительная литература;

2) Углубление знаний по теме. Необходимо имеющийся материал в лекциях, учебных пособиях дифференцировать в соответствии с пунктами плана практического занятия. Отдельно выписать неясные вопросы, термины. Лучше это делать на полях конспекта лекции или учебного пособия. Уточнение надо осуществить при помощи справочной литературы (словари, энциклопедические издания и т.д.);

3) Составление развернутого плана выступления, или проведения расчетов, решения задач, упражнений и т.д. При подготовке к практическим занятиям студенты конспектируют материал, готовятся ответы по приведенным вопросам по темам практических занятий. Дополнительно к практическому материалу студенты самостоятельно изучают вопросы по пройденным темам, используя при этом учебную литературу из предлагаемого списка, периодические печатные издания, научную и методическую информацию, базы данных информационных сетей (Интернет и др.).

Требования к представлению и оформлению результатов самостоятельной работы

Специальных требований к предоставлению и оформлению результатов данной самостоятельной работы нет.

Рекомендации по реферированию учебной и научной литературы

Реферирование учебной и научной литературы предполагает углубленное изучение отдельных научных трудов, что должно обеспечить

выработку необходимых навыков работы над книгой. Всё это будет способствовать расширению научного кругозора, повышению их теоретической подготовки, формированию научной компетентности.

Для реферирования предлагаются учебные пособия, отдельные монографические исследования и статьи по вопросам, предусмотренным программой учебной дисциплины. При подборе литературы по выбранному вопросу необходимо охватить важнейшие направления развития данной науки на современном этапе. Особое внимание уделять тем литературным источникам, которые (прямо или косвенно) могут оказать помощь специалисту в его практической деятельности. Однако в данный раздел включены также работы и отдельные исследования по вопросам, выходящим за пределы изучаемой дисциплины. Эту литературу рекомендуется использовать при желании расширить свои знания в какой-либо отрасли науки.

Наряду с литературой по общим вопросам для магистров предполагается литература с учётом профиля их профессиональной деятельности, добытая самостоятельно. Не вся предлагаемая литература равнозначна по содержанию и объёму, поэтому возможен различный подход к её изучению. В одном случае это может быть общее реферирование нескольких литературных источников различных авторов, посвященных рассмотрению одного и того же вопроса, в другом случае – детальное изучение и реферирование одной из рекомендованных работ или даже отдельных её разделов в зависимости от степени сложности вопроса (проблематики). Для того чтобы решить, как поступить в каждом конкретном случае, следует проконсультироваться с преподавателем.

Выбору конкретной работы для реферирования должно предшествовать детальное ознакомление с перечнем всей литературы, приведенной в учебной программе дисциплины. С выбранной работой рекомендуется вначале ознакомиться путем просмотра подзаголовков, выделенных текстов, схем, таблиц, общих выводов. Затем её необходимо

внимательно и вдумчиво (вникая в идеи и методы автора) прочитать, делая попутно заметки на отдельном листе бумаги об основных положениях, узловых вопросах. После прочтения следует продумать содержание статьи или отдельной главы, параграфа (если речь идёт о монографии) и кратко записать. Дословно следует выписывать лишь строгие определения, формулировки законов. Иногда полезно включить в запись один-два примера для иллюстрации. В том случае, если встретятся непонятные места, рекомендуется прочитать последующее изложение, так как оно может помочь понять предыдущий материал, и затем вернуться вновь к осмыслению предыдущего изложения.

Результатом работы над литературными источниками является реферат.

При подготовке реферата необходимо выделить наиболее важные теоретические положения и обосновать их самостоятельно, обращая внимание не только на результат, но и на методику, применяемую при изучении проблемы. Чтение научной литературы должно быть критическим. Поэтому надо стремиться не только усвоить основное содержание, но и способ доказательства, раскрыть особенности различных точек зрения по одному и тому же вопросу, оценить практическое и теоретическое значение результатов реферируемой работы. Весьма желательным элементом реферата является выражение слушателем собственного отношения к идеям и выводам автора, подкреплённого определёнными аргументами (личным опытом, высказываниями других исследователей и пр.).

Рефераты монографий, журнальных статей исследовательского характера непременно должны содержать, как уже указывалось выше, определение проблемы и конкретных задач исследования, описание методов, применённых автором, а также те выводы, к которым он пришёл в результате исследования. Предлагаемая литература для реферирования постоянно обновляется.

Методические рекомендации по написанию и оформлению реферата

Реферат (от лат. *refero* — докладываю, сообщаю) представляет собой краткое изложение проблемы практического или теоретического характера с формулировкой определенных выводов по рассматриваемой теме. Избранная студентом проблема изучается и анализируется на основе одного или нескольких источников. В отличие от курсовой работы, представляющей собой комплексное исследование проблемы, реферат направлен на анализ одной или нескольких научных работ.

Целями написания реферата являются:

- развитие у студентов навыков поиска актуальных проблем современного законодательства;
- развитие навыков краткого изложения материала с выделением лишь самых существенных моментов, необходимых для раскрытия сути проблемы;
- развитие навыков анализа изученного материала и формулирования собственных выводов по выбранному вопросу в письменной форме, научным, грамотным языком.

Задачами написания реферата являются:

- научить студента максимально верно передать мнения авторов, на основе работ которых студент пишет свой реферат;
- научить студента грамотно излагать свою позицию по анализируемой в реферате проблеме;
- подготовить студента к дальнейшему участию в научно – практических конференциях, семинарах и конкурсах;
- помочь студенту определиться с интересующей его темой, дальнейшее раскрытие которой возможно осуществить при написании курсовой работы или диплома;
- уяснить для себя и изложить причины своего согласия (несогласия) с мнением того или иного автора по данной проблеме.

Реферат – творческая деятельность студента, 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 студент 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 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 студента. Преподаватель оказывает помощь консультативного характера и оценивает процесс и результаты деятельности. Он предоставляет примерную тематику реферативных работ, уточняет совместно с ординатором проблему и тему исследования, помогает спланировать и организовать научно-исследовательскую деятельность, назначает время и минимальное количество консультаций.

Преподаватель 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, преподаватель, 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.

Основные требования к содержанию реферата

Студент должен использовать только те материалы (научные статьи, монографии, пособия), которые имеют прямое отношение к избранной им теме. Не допускаются отстраненные рассуждения, не связанные с анализируемой проблемой. Содержание реферата должно быть конкретным, исследоваться должна только одна проблема (допускается несколько, только если они взаимосвязаны). Студенту необходимо строго придерживаться логики изложения (начать с определения и анализа понятий, перейти к постановке проблемы, проанализировать пути ее решения и сделать соответствующие выводы). Реферат должен заканчиваться выведением выводов по теме.

По своей *структуре* реферат состоит из:

1. Титульного листа;

2. Введения, где студент формулирует проблему, подлежащую анализу и исследованию;

3. Основного текста, в котором последовательно раскрывается избранная тема. В отличие от курсовой работы, основной текст реферата предполагает разделение на 2-3 параграфа без выделения глав. При необходимости текст реферата может дополняться иллюстрациями, таблицами, графиками, но ими не следует "перегружать" текст;

4. Заключения, где студент формулирует выводы, сделанные на основе основного текста.

5. Списка использованной литературы. В данном списке называются как те источники, на которые ссылается студент при подготовке реферата, так и иные, которые были изучены им при подготовке реферата.

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 — 3 см, правое — 1,5 см, верхнее и нижнее — 1,5 см. 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 выносятся 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

Для подготовки презентации рекомендуется использовать: PowerPoint, MS Word, Acrobat Reader, LaTeX-овский пакет beamer. Самая простая программа для создания презентаций – Microsoft PowerPoint. Для подготовки презентации необходимо обработать информацию собранную при написании реферата.

Последовательность подготовки презентации:

1. Четко сформулировать цель презентации.
2. Определить каков будет формат презентации: живое выступление (тогда, сколько будет его продолжительность) или электронная рассылка (каков будет контекст презентации).
3. Отобрать всю содержательную часть для презентации и выстроить логическую цепочку представления.
4. Определить ключевые моменты в содержании текста и выделить их.
5. Определить виды визуализации (картинки) для отображения их на слайдах в соответствии с логикой, целью и спецификой материала.
6. Подобрать дизайн и форматировать слайды (количество картинок и текста, их расположение, цвет и размер).
7. Проверить визуальное восприятие презентации.

К видам визуализации относятся иллюстрации, образы, диаграммы, таблицы. Иллюстрация – представление реально существующего зрительного ряда. Образы – в отличие от иллюстраций – метафора. Их назначение – вызвать эмоцию и создать отношение к ней, воздействовать на аудиторию. С помощью хорошо продуманных и представляемых образов, информация может надолго остаться в памяти человека. Диаграмма – визуализация количественных и качественных связей. Их используют для убедительной демонстрации данных, для пространственного мышления в дополнение к логическому. Таблица – конкретный, наглядный и точный показ данных. Ее основное назначение – структурировать информацию, что порой облегчает восприятие данных аудиторией.

Практические советы по подготовке презентации

- печатный текст + слайды + раздаточный материал готовятся отдельно;
- слайды – визуальная подача информации, которая должна содержать минимум текста, максимум изображений, несущих смысловую нагрузку, выглядеть наглядно и просто;
- текстовое содержание презентации – устная речь или чтение, которая должна включать аргументы, факты, доказательства и эмоции;
- рекомендуемое число слайдов 17-22;
- обязательная информация для презентации: тема, фамилия и инициалы выступающего; план сообщения; краткие выводы из всего сказанного; список использованных источников;
- раздаточный материал – должен обеспечивать ту же глубину и охват, что и живое выступление: люди больше доверяют тому, что они могут унести с собой, чем исчезающим изображениям, слова и слайды забываются, а раздаточный материал остается постоянным осязаемым напоминанием; раздаточный материал важно раздавать в конце презентации; раздаточный материалы должны отличаться от слайдов, должны быть более информативными.

Критерии оценки реферата

Изложенное понимание реферата как целостного авторского текста определяет критерии его оценки: новизна текста; обоснованность выбора источника; степень раскрытия сущности вопроса; соблюдения требований к оформлению.

Новизна текста: а) актуальность темы исследования; б) новизна и самостоятельность в постановке проблемы, формулирование нового аспекта известной проблемы в установлении новых связей (межпредметных, внутрипредметных, интеграционных); в) умение работать с исследованиями, критической литературой, систематизировать и структурировать материал; г) явленность авторской позиции, самостоятельность оценок и суждений; д) стилевое единство текста, единство жанровых черт.

Степень раскрытия сущности вопроса: а) соответствие плана теме реферата; б) соответствие содержания теме и плану реферата; в) полнота и глубина знаний по теме; г) обоснованность способов и методов работы с материалом; е) умение обобщать, делать выводы, сопоставлять различные точки зрения по одному вопросу (проблеме).

Обоснованность выбора источников: а) оценка использованной литературы: привлечены ли наиболее известные работы по теме исследования (в т.ч. журнальные публикации последних лет, последние статистические данные, сводки, справки и т.д.).

Соблюдение требований к оформлению: а) насколько верно оформлены ссылки на используемую литературу, список литературы; б) оценка грамотности и культуры изложения (в т.ч. орфографической, пунктуационной, стилистической культуры), владение терминологией; в) соблюдение требований к объёму реферата.

Рецензент должен четко сформулировать замечание и вопросы, желательно со ссылками на работу (можно на конкретные страницы работы), на исследования и фактические данные, которые не учёл автор.

Рецензент может также указать: обращался ли студент к теме ранее (рефераты, письменные работы, творческие работы, олимпиадные работы и пр.) и есть ли какие-либо предварительные результаты; как выпускник вёл работу (план, промежуточные этапы, консультация, доработка и переработка написанного или отсутствие чёткого плана, отказ от рекомендаций руководителя).

Студент представляет реферат на рецензию не позднее чем за неделю до защиты. Рецензентом является преподаватель. Опыт показывает, что целесообразно ознакомить студента с рецензией за несколько дней до защиты. Оппонентов назначает преподаватель из числа студентов. Для устного выступления студенту достаточно 10-20 минут (примерно столько времени отвечает по билетам на экзамене).

Оценка 5 ставится, если выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована ее актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка 4 – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка 3 – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности: тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка 2 – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Оценка 1 – реферат студентом не представлен.

Задания для самостоятельного выполнения

1. По заданной теме имитационной игры должен быть проведен анализ литературы по изучаемой дисциплине. По проработанному материалу должна быть подготовлена и представлена на обсуждение имитационная игра.

2. Написание реферата по теме, предложенной преподавателем или самостоятельно выбранной студентом и согласованной с преподавателем.

3. Подготовка презентаций с использованием мультимедийного оборудования.

Перечень видов самостоятельной работы студента

Проработка лекций и подготовка к практическому занятию, подготовка доклада по выбранному аспекту темы 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 реферата.

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по лекционному курсу, самостоятельный информационный поиск. Написание и защита итоговой контрольной работы формируют навыки работы со специальной литературой, способность к анализу актуальных проблем, а также способность в письменной и устной форме логически правильно оформить результаты своего исследования.

Темы рефератов

1. Санитарно-эпидемиологическая станция, структура и функции. Формы взаимодействия санитарно-профилактических и лечебно-профилактических организаций.

2. Права и обязанности медицинских работников при оказании медицинской помощи.

3. Травматизм как медико-социальная проблема. Система лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с травматизмом.

4. Модели систем здравоохранения в зарубежных странах.

5. Медицинская этика и деонтология. Исполнение врачебного долга, юридические и моральные аспекты врачебной тайны и врачебных ошибок.

6. Инфекционные болезни как медико-социальная проблема.

7. Планирование здравоохранения в условиях рыночных отношений. Методы планирования.

8. Медико-социальные аспекты психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, токсикомании. Организация психиатрической и наркологической помощи.

9. Правила выдачи листов нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.

10. Понятие о медицинской статистике. Значение и использование статистики в социально-гигиенических исследованиях и для оценки деятельности организации здравоохранения.

11. Статистическая совокупность, ее виды и групповые свойства.

12. Относительные величины в статистике, их значение и применение. Возможные ошибки при неправильном применении относительных величин.

13. Динамический ряд и его показатели. Использование этих показателей в статистических исследованиях.

14. Средние величины, их применение при изучении состояния здоровья населения. Оценка достоверности средних величин.

15. Методики расчета связи между признаками в медицинской статистике.

16. Доказательная медицина, понятие, роль и место в системе здравоохранения.

17. Градации рекомендаций на основе уровней доказательств в системе доказательной медицины. Уровни доказательств в системе доказательной медицины.

18. Клинические исследования, классификация, характеристика каждого вида.

19. Систематический обзор и мета-анализ в системе доказательной медицины.

20. Демографические показатели. Методика учета, вычисления, оценки и анализа основных показателей естественного движения населения.

21. Понятие о коэффициентах рождаемости и плодovitости. Методика их вычисления и анализа. Тенденции этих показателей в России и Приморском крае.

22. Демография и ее медико-социальные аспекты. Современные проблемы и тенденции воспроизводства населения.

23. Смертность населения, методика изучения. Статистические данные по России и другим странам. Основные причины смертности населения.

24. Виды заболеваемости населения. Их медико-социальные аспекты и методика изучения.

25. Статистика населения. Методика изучения и основные данные по России и странам мира. Значение данных о статике населения для оценки здоровья.

26. Показатели естественного движения населения. Методика расчета показателей и их анализа.

27. Понятие о социальной геронтологии.

28. Роль системы медицинского страхования в охране здоровья граждан РФ.

Критерии оценки самостоятельной работы студентов

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.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине **«Проблемы организации лечебно-профилактической
помощи населению»**

Направление подготовки **32.04.01 «Общественное здравоохранение»**

Профиль подготовки **«Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»**

Форма подготовки очная

**Владивосток
2019**

Паспорт ФОС

по дисциплине «Проблемы организации лечебно-профилактической помощи населению»

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции	
ПК-3 Способность организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации	Знает	основы планирования, организации и осуществление деятельности структурного подразделения медицинской организации
	Умеет	проводить анализ и оценку показателей деятельности структурного подразделения медицинской организации
	Владеет	навыками подготовки обоснования объемов медицинской помощи и показателей деятельности в соответствии с необходимыми ресурсами в структурном подразделении медицинской организации
ПК-5 Способность производить оценку эффективности деятельности медицинской организации, разрабатывать и выбирать оптимальные управленческие решения, разрабатывать бизнес-план развития медицинской организации, использовать процессный подход в управлении медицинской организации, использовать технологические карты процессов медицинской организации	Знает	Принципы целеполагания, виды и методы организационного планирования и фундаментальные концепции финансового менеджмента, а также метод процессного подхода к управлению медицинской организации
	Умеет	Разрабатывать корпоративные, конкурентные и функциональные стратегии развития организации, разрабатывать инвестиционные проекты и проводить их проверку
	Владеет	Методами формулирования и реализации стратегий на уровне бизнес-единицы, разработки и реализации маркетинговых программ, а также методами инвестиционного анализа и анализа финансовых рынков, процессным подходом в управлении медицинской организации и возможностью использования технологических карт процессов медицинской организации.

№ п/п	Контролируемые модули/ разделы / темы дисциплины	Коды и этапы формирования компетенций		Оценочные средства – наименование	
				текущий контроль	промежуточная аттестация
1	Раздел 1 Принципы организации	ПК-3, ПК-5	Знает	Собеседование УО-1, реферат ПР-4	Зачет Вопросы 1-26

	амбулаторной, стационарной, неотложной, высокотехнологичной медицинской помощи		Умеет	Тесты ПР-1, эссе ПР-3, кейс-задачи ПР-11, презентация	
			Владеет	Работа в малых группах, УО-3	
2	Раздел 2. Организация медицинской помощи в системе детства и родовспоможения	ПК-3 ПК-5	Знает	Собеседование УО-1, реферат ПР-4	Зачет Вопросы 27-50
			Умеет	Тесты ПР-1, эссе ПР-3, кейс-задачи ПР-11, презентация	
			Владеет	Работа в малых группах, УО-3	

**Шкала оценивания уровня сформированности компетенций
по дисциплине «Проблемы организации лечебно-профилактической
помощи населению»**

Код и формулировка компетенции	Этапы формирования компетенции		критерии	показатели	баллы
ПК-3 Способность организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации	знает (пороговый уровень)	основы планирования, организации и осуществления деятельности структурного подразделения медицинской организации	знание основ планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации	умение оформления необходимой документации по планированию и контролю деятельности структурного подразделения медицинской организации	61-70
	умеет (продвинутый)	проводить анализ и оценку показателей деятельности структурного подразделения медицинской организации	умение анализировать и оценивать показатели деятельности структурного подразделения медицинской организации	способность обосновывать критерии оценки организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации	71-84
	владеет (высокий)	навыками подготовки обоснования	методами обоснования объемов	способность подготовить необходимые	85-100

		объемов медицинской помощи в соответствии с необходимыми ресурсами в структурном подразделении медицинской организации	медпомощи в структурном подразделении медицинской организации	расчеты для организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации	
ПК-5 Способность производить оценку эффективности и деятельности медицинской организации, разрабатывать и выбирать оптимальные управленческие решения, разрабатывать бизнес-план развития медицинской организации, использовать процессный подход в управлении медицинской организации, использовать технологические карты процессов медицинской организации	знает (пороговый уровень)	принципы целеполагания, виды и методы организационного планирования и фундаментальные концепции финансового менеджмента	знание основных понятий научно-исследовательских процессов, в т.ч. бизнес процессов в медицине	способность объяснить основные этапы исследования бизнес-плана медицинской организации, процессный подход в управлении медицинской организации	61-70
	умеет (продвинутый)	разрабатывать корпоративные, конкурентные и функциональные стратегии развития организации, разрабатывать инвестиционные проекты и проводить их проверку	умение анализировать и сопоставить этапы процесса стратегического развития медицинской организации, бизнес-планирования и использования технологических карт процессов медицинской деятельности	способность разрабатывать инвестиционные проекты и проводить их проверку на основе использования процессного подхода в управлении медицинской организации и использования технологических карт процессов медицинской деятельности	71-84

	владеет (высокий)	методами формулирования и реализации стратегий на уровне бизнес-единицы, разработки и реализации маркетинговых программ, а также методами инвестиционного анализа и анализа финансовых рынков.	методами сбора, обработки, анализа информации и их представления для реализации бизнес стратегий медицинской организации с использованием технологических карт процессов медицинской деятельности	способность сформулировать основные этапы и объяснить задачи для реализации маркетинговых программ и анализа финансовых рынков с использованием процессного подхода в управлении медицинской организации и использования технологических карт процессов медицинской деятельности	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.

I. Оценочные средства для промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация включает ответ студента на вопросы зачета.

Вопросы к зачету

1. Основные принципы государственной политики в области охраны здоровья граждан.
2. Общественное здоровье и здравоохранение как наука. История развития, методы, основные разделы.
3. Управление здравоохранением. Принципы управления, управление как процесс, управленческий цикл.
4. Законодательная база первичной медико-санитарной помощи в России.
5. Права детей на охрану здоровья. Документы, регламентирующие права детей.
6. Сельская врачебная амбулатория, организация работы, задачи и функции.
7. Центральная районная больница. Ее категории, структура, задачи и функции. Показатели работы.

8. Городская больница. Ее структура, функции и задачи, организация работы. Показатели деятельности.
9. Областная больница, ее структура, функции и роль в организации медицинской помощи сельскому населению.
10. Права граждан на медицинскую помощь. Права граждан на информацию о состоянии своего здоровья (Конституция РФ, ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»).
11. Структура и функции роддома с женской консультацией. Организация работы. Задачи и функции. Показатели деятельности женской консультации.
12. Охрана материнства и детства. Организации, оказывающие помощь женщинам и детям. Права беременных женщин и матерей на охрану здоровья.
13. Медико-социальные проблемы охраны здоровья женщин. Проблемы аборт, гинекологической заболеваемости, материнской смертности.
14. Оценка деятельности женской консультации на основе показателей работы.
15. Детская поликлиника, ее структура. Участковый принцип и диспансерный метод в работе врачей детских поликлиник. Показатели деятельности.
16. Показатели деятельности детской городской поликлиники, их расчет и анализ.
17. Деятельность городской поликлиники по профилактике заболеваний. Центры укрепления здоровья и кабинеты здорового образа жизни, их функции.
18. Управление кадровыми ресурсами здравоохранения.
19. Органы управления здравоохранением, их задача, структура и функции.
20. Организация медицинской помощи городскому населению. Объединенная городская больница, структура, управление и задачи.

21. Понятие укрепления здоровья и его роль в общественном здравоохранении.
22. ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»
23. Медико-социальные аспекты образа жизни. Факторы риска. Медицинская активность населения. Концепция формирования здорового образа жизни.
24. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.
25. Цеховой участковый принцип обслуживания рабочих и служащих промышленных предприятий, строительства и транспорта. Основные функции цехового врача-терапевта.
26. Всемирная организация здравоохранения, структура, основные направления деятельности.
27. Врачебная экспертиза стойкой нетрудоспособности. Критерии групп инвалидности. Виды медико-социальных экспертных комиссий, их состав и организация работы.
28. Понятие медико-социальной работы. Роль социального работника в системе оказания медицинской помощи.
29. Виды медицинских осмотров. Организация их проведения и показатели.
30. Туберкулез как медико-социальная проблема. Система лечебно-профилактических мероприятий по борьбе с туберкулезом в РФ.
31. Учет, отчетность и анализ заболеваемости и временной утратой трудоспособности (ЗВУТ). Основные показатели ЗВУТ.
32. Отчетная документация в организациях здравоохранения. Годовой отчет городской больницы, основные разделы и содержание.
33. Профилактика заболеваний, цель, задачи, виды, характеристика каждого вида.
34. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями и смертность от них. Организация онкологической помощи.

35. Сердечно-сосудистые заболевания как медико-социальная проблема. Организация кардиологической службы в РФ.
36. Права граждан на обжалование действий медицинских работников и отказ от получения медицинской помощи.
37. Роль неправительственных организаций в вопросах пропаганды здорового образа жизни в РФ.
38. Особенности организации медико-санитарной помощи сельскому населению. Сельская участковая больница, ее структура и функции. Перспективы развития сельского здравоохранения.
39. Правила выдачи листков нетрудоспособности при травмах.
40. Роль, место и значение санитарного просвещения в здравоохранении. Основные принципы, методы и средства санитарного просвещения.
41. Виды временной нетрудоспособности. Порядок выдачи листов нетрудоспособности при беременности и родах, абортах, по уходу за больными детьми.
42. Планирование и финансирование здравоохранения. Источники финансирования охраны здоровья населения.
43. Информационно-образовательные программы по пропаганде здорового образа жизни для населения в РФ, цели, задачи, механизмы реализации.
44. Организация первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). Врач общей практики /семейный врач в системе ПМСП.
45. Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Методика их вычисления и анализа.
46. Менеджмент, цель, задачи, роль в системе здравоохранения.
47. Понятие рационального фармацевтического менеджмента.
48. Младенческая смертность. Структура причин, динамика показателя в РК. Основные задачи здравоохранения в борьбе за снижение младенческой смертности.

Критерии выставления оценки студенту на зачете

по дисциплине «Проблемы организации лечебно-профилактической помощи населению»

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

Контрольные тесты предназначены для студентов, изучающих курс «Проблемы организации лечебно-профилактической помощи населению».

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.

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.

Примерные тестовые задания

1 Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются;

А – генетические

Б – природно-климатические

В – уровень и образ жизни населения

Г – уровень, качество и доступность медицинской помощи

Д – все вышеперечисленное

2 Предпочтительным путем развития здравоохранения на современном этапе является:

А – государственная система

Б – смешанная система

В – страховая медицина

Г – частная практика

3. Финансирование медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования осуществляется через все перечисленные структуры, кроме:

А – страховых медицинских организаций

Б – филиалов территориальных фондов ОМС

В – органов управления здравоохранением

4. Программа государственных гарантий по предоставлению гражданам бесплатной медицинской помощи должна содержать:

А – перечень соответствующих видов медицинской помощи

Б – объемы медицинской помощи

В – базовую программу обязательного медицинского страхования

Г – подушевой норматив финансирования здравоохранения

Д – все вышеперечисленное

5. Укажите наиболее приоритетное направление структурных преобразований в здравоохранении:

А – развитие первичной медико-санитарной помощи

Б – развитие сети диспансеров

В – повышение роли стационаров

Г – повышение роли санаторно-курортной помощи

6. Медицинская этика – это

А – специфическое проявление общей этики в деятельности врача

Б – наука, рассматривающая вопросы врачебного гуманизма, проблемы долга, чести, совести и достоинства медицинских работников

В – наука, помогающая вырабатывать у врача способность к нравственной ориентации в сложных ситуациях, требующих высоких морально-деловых и социальных качеств

Г – верно все вышеперечисленное

Д – нет правильного варианта

7. Медицинская деонтология – это

А – самостоятельная наука о долге медицинских работников

Б – прикладная, нормативная, практическая часть медицинской этики

В – и то и другое верно

8. К сфере каких взаимоотношений относятся нормы и принципы медицинской этики и деонтологии?

А – взаимоотношения врача и пациента

Б – взаимоотношения врача и родственников пациента

В – взаимоотношения в медицинском коллективе

Г – взаимоотношения медицинских работников и общества

Д – все названное

9. Является ли информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) необходимым предварительным условием медицинского вмешательства?

А – да

Б – нет

В – иногда

10. Первый российский ученый-медик, получивший Нобелевскую премию:

А – Н. И. Пирогов

Б – И. И. Мечников

В – И. П. Павлов

11. В понятие юридического лица МУ включается:

А – наличие у МУ собственности

Б – право оперативного управления обособленным имуществом

В – наличие у МУ самостоятельного баланса или сметы

Г – Устава

Д – все вышеперечисленное

12. Врач общей практики (семейный врач) – это:

А – специалист с высшим медицинским образованием, заключивший договор с юридическим лицом на оказание медицинской помощи населению

Б – специалист с высшим медицинским образованием, имеющим специальную подготовку по оказанию семье медико-социальной помощи

13. Лечащий врач – это:

А – врач, имеющий диплом об окончании медицинского вуза и сертификат специалиста

Б – врач, работающий в медицинском учреждении

В – врач, оказывающий медицинскую помощь пациенту в период наблюдения и лечения в амбулаторно-поликлиническом или больничном учреждении

Г – врач, оказывающий медико-социальную помощь

14. Пациент в случае нарушения его прав в области охраны здоровья может обратиться в:

А – орган управления здравоохранения

Б – профессиональную медицинскую ассоциацию

В – Управление Роспотребнадзора

Г – СМО или ТФОМС

Д – суд

Е – все перечисленное верно

15. Имеет ли право медицинский персонал осуществлять эвтаназию?

А – да

Б – нет

В – в отдельных случаях по просьбе больного или его законного представителя

Г – в отдельных случаях по просьбе родственников с разрешения органов управления здравоохранением

16. Несовершеннолетние имеют право на добровольное информированное согласие или отказ от медицинского вмешательства с:

А – 14 лет

Б – 15 лет

В – 16 лет

Г – 18 лет

17. Первичная медико-санитарная помощь включает:

А – профилактику и лечение наиболее распространенных заболеваний в условиях поликлиники и стационара

Б – профилактику и лечение заболеваний, травм и отравлений в условиях поликлиники

В – лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравлений и др. неотложных состояний.

Г – все перечисленное верно

18. За разглашение врачебной тайны медработники и лица, которым в установленном законом порядке переданы сведения, составляющие врачебную тайну, несут:

А – административную, уголовную, гражданско-правовую ответственность

Б – административную и уголовную ответственность

В – дисциплинарную, административную или уголовную ответственность

Г – дисциплинарную и административную ответственность

19. Трудовой договор может заключаться на: (верно все, кроме одного)

А – неопределенный срок

Б – определенный срок не более 5 лет (срочный договор)

В – если срок действия ТД не оговорен, то ТД считается заключенным на неопределенный срок

Г – срок испытания при приеме на работу

20. Временный перевод работника на другую работу без его согласия возможен:

А – в случае производственной необходимости

Б – в связи с изменением условий ТД

В – в связи с нарушением трудовой дисциплины

Г – в случае наложения дисциплинарного взыскания

21. Трудовой договор вступает в силу со дня:

А – его подписания работником и работодателем

Б – фактического допущения работника к работе с ведома или по поручению работодателя или его представителя

В – его подписания работником и работодателем и оформлением приказа

Г – фактического исполнения трудовых обязанностей работником

22. За совершение дисциплинарного проступка работодатель имеет право применить к работнику следующие дисциплинарные взыскания:(верно все, кроме одного)

А – замечание

Б – выговор

В – строгий выговор

Г – увольнение

23. Медицинское страхование – это

А – оплата медицинских услуг через страховую организацию

Б – форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья

В – оплата лечения и лекарств за счет накопленных средств

Г – медицинское обслуживание населения за счет страховой организации

24. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет ниже перечисленных: (верно все, кроме одного)

А – средств местной администрации

Б – средств государственных предприятий и учреждений

В – средств частных и коммерческих предприятий и учреждений

Г – средств граждан

25. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются следующие документы: (верно все, кроме одного)

А – Закона РФ «О обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Б – дополнения и изменения к Закону «О обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

В – Закона «О санитарно-эпидемическом благополучии населения»

Г – Основ законодательства об охране здоровья граждан

26. Основной задачей страховых организаций в реализации системы обязательного медицинского страхования является:

А – оплата медицинских услуг МО, контроль качества медицинской помощи

Б – финансирование других функций МО

В – финансирование противоэпидемических мероприятий на территории

Г – создание в установленном порядке страховых резервов

27. Основой для формирования территориальной программы государственных гарантий являются: (верно все, кроме одного)

А – базовой программы ОМС

Б – численности и состава населения территории

В – перечня медицинских учреждений, участвующих в ОМС

Г – показатели объема медицинской помощи населению

Д – объема финансовых средств

Е – объема платных медицинских услуг

28. Страхователем неработающего населения в системе ОМС является

А – местная администрация

Б – орган социальной защиты

В – страховая медицинская организация

Г – лечебное учреждение

29. Страховщиками при ОМС могут быть: (верно все, кроме одного)

А – территориальные фонды ОМС

Б – страховые медицинские организации

В – филиалы территориальных фондов ОМС

Г – администрация предприятий, учреждений

30. Лицензирование медицинского учреждения – это

А – определение соответствия качества медицинской помощи
установленным стандартам

Б – выдача государственного разрешения на осуществление определенных
видов деятельности

В – процедура предоставления медицинскому учреждению статуса
юридического лица

31. Обязательному медицинскому страхованию подлежат:

А – дети

Б – инвалиды

В – неработающее население

Г – все население

Д – работающее население

32. Объектом медицинского страхования является:

А – больной человек

Б – все здоровое население

В – страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая

Г – страховой случай

33. Дайте определение менеджмента, как науки об управлении

А – менеджмент – умение управлять материальными ресурсами с целью достижения эффективного конечного результата.

Б – менеджмент – искусство управлять интеллектуальными, финансовыми, сырьевыми, материальными ресурсами в целях наиболее эффективной производственной деятельности.

В – менеджмент – искусство управлять финансовыми ресурсами с целью достижения наиболее эффективной производственной деятельности.

Г – менеджмент – форма организации работы коллектива, направленная на достижение поставленной цели.

34. Популяционные регистры не обеспечивают решение данной задачи

А – хранение полицевой картотеки для получения данных по запросам специалистов

Б – формирование государственной отчетности

В – учет и анализ материально-технической базы здравоохранения

Г – эффективное осуществление диспансерного наблюдения

Д – оценка отдаленных результатов лечения

35. При изучении общей заболеваемости за единицу наблюдения принимают (выберите правильный ответ)

А – первое обращение по данному заболеванию в текущем году в поликлинику или выявленное врачом при вызове его на дом

Б – каждое обращение больного по поводу конкретного заболевания

В – каждое заболевание, выявленное при медицинском осмотре

Г – совокупность заболеваний, выявленных при обращении за медицинской помощью и медицинских осмотрах

36. Можно ли утверждать, что разность между двумя показателями по общей инвалидности статистически достоверна, если $T = 0,9$

А – да

Б – нет

В – да, но при малом числе наблюдений

Г – да, но при большом числе наблюдений

Д – требуется дополнительное исследование

37. Заболевание, которым больной страдает в течение ряда лет и ежегодно обращается к врачу поликлиники войдет в статистику

А – первичной заболеваемости

Б – общей заболеваемости

В – патологической пораженности

38. При изучении общей заболеваемости (по данным амбулаторно-поликлинических учреждений) используется

А – талон амбулаторного пациента

Б – журнал регистрации инфекционных заболеваний в МО и в ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии»

В – персональная карта работающего

Г – сводная ведомость учета заболеваний по месяцам, врачам, отделениям

39. Укажите единый нормативный документ для статистических разработок госпитализированной заболеваемости

А – такого документа не существует

Б – международная классификация болезней, травм и причин смерти

В – статистическая карта выбывшего из стационара, ф.№066/у

Г - листок учета движения больных и коечного фонда стационара, ф.№007/у

Д – сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек, ф.№016/у

40. Сведения о госпитализированной заболеваемости позволяют судить о (верно все, кроме одного)

А – своевременности госпитализации

- Б – характере и объеме оказанной больничной медицинской помощи
- В – продолжительности лечения
- Г – распространенности заболеваний
- Д – исходах лечения в больницах

41. Укажите, что является единицей наблюдения при изучении первичной инвалидности

- А – случай установления инвалидности у данного лица впервые в текущем году
- Б – каждое посещение больным-инвалидом врача в поликлинике
- В – каждый случай обращения по поводу заболевания
- Г – все перечисленное верно

42. В каких показателях должны быть представлены результаты исследования при изучении состава госпитализированных больных по отделениям стационара?

- А – экстенсивных
- Б – интенсивных

43. Укажите показатели, в которых должны быть представлены результаты исследования при изучении распространенности гипертонической болезни у лиц разного возраста

- А – интенсивные
- Б – экстенсивные
- В – соотношения
- Г - наглядности

44. Какой из перечисленных показателей не является составляющим младенческой смертности?

- А – перинатальная смертность
- Б – ранняя неонатальная смертность
- В – поздняя неонатальная смертность
- Г – неонатальная смертность

Д – постнеонатальная смертность.

45. Укажите возрастные структурные компоненты перинатальной смертности (все, кроме):

А – мертворождаемость;

Б – ранняя неонатальная смертность;

В – неонатальная смертность.

46. Что такое поздняя неонатальная смертность?

А – смертность детей в период 7 – 28 дней

Б – смертность детей на второй неделе жизни

В – смертность детей старше 1 месяца жизни.

47. Какие документы должны представить учреждения здравоохранения в органы ЗАГС для регистрации смерти ребенка?

1 – свидетельство о перинатальной смерти

2 – свидетельство о смерти

3 – справка фельдшера

4 – история болезни

5 – протокол патологоанатомического (судебно-медицинского) вскрытия

А – верно все перечисленное

Б – 1, 2, 3

В – верно 2, 3, 4.

48. Какие различия между показателями смертности и летальности?

1 – никаких

2 – летальность – в %, смертность – в ‰

3 – летальность – больничный показатель

4 – смертность – территориальный показатель

А – верно 2, 3, 4

Б – верно 1

В – верно 2.

49. От каких в первую очередь показателей зависит средняя продолжительность жизни:

А – от показателей рождаемости

Б – от показателей смертности в каждой по возрастной группе

В – оба ответа правильны

Г – от других показателей.

50. Знание демографических данных необходимо для (верно все, кроме одного):

А – состояние планов развития здравоохранения

Б – оценки здоровья населения и эффективности оздоровительных мероприятий

В – вычисления показателей здоровья населения

Г – для лицензирования медицинских организаций.

51. К специальным (частным) показателям рождаемости относятся:

1 – общий показатель рождаемости;

2 – показатель общей плодовитости;

3 – по возрастные показатели рождаемости;

4 – показатель брачной рождаемости;

5 – коэффициент воспроизводства – брутто (нетто коэффициент);

А – верно 2, 3, 4, 5;

Б – верно 1, 2, 3;

В – верно 1, 3, 4;

Г – верно 1, 2, 3, 4, 5;

52. Укажите, по какому признаку, обозначенному буквами, различаются поликлиники, обозначенные цифрами

А – по профилю

Б – по территориальному признаку

В – системе организации

Г – по форме собственности

1 – объединенные

2 – необъединенные

- 3 – городские
- 4 – сельские
- 5 – курортные
- 6 – обслуживающие взрослых и детей
- 7 – обслуживающие взрослое население

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

- А – укрепления и развития форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
- Б – обеспечения возможности выбора участкового или семейного врача
- В – развития 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

54. 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

55. Длительность рабочего дня установлена трудовым законодательством и составляет для врачей

- А – 5 часов
- Б – 6,5 часов
- В – 7 часов
- Г – 7,5 часов

56. Дежурный врач осуществляет функции, кроме одной

- А – принимает и оказывает помощь поступившим больным
- Б – наблюдает за тяжелыми больными
- В – консультирует больных в приемном отделении
- Г – выдает справки о смерти больного

57. Пути повышения качества стационарного лечения (все, кроме одного)

- 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

58. Какие показатели, характеризующие деятельность стационара, относятся к показателям объема?

- 1 – обеспеченность населения койками
- 2 – процент госпитализации
- 3 – среднегодовая занятость койки
- 4 – средняя длительность пребывания больного на койке
- 5 – оборот койки
- 6 – совпадение клинических и патологоанатомических диагнозов
- 7 – послеоперационные осложнения
- 8 – больничная летальность
- 9 – укомплектованность врачами

А – верно все перечисленное

Б – 6,7,8

В – 1,2,3,4,5,9

Г – 3,4,5,7,8

59. При снижении средней длительности пребывания больного на койке занятость терапевтической койки

А – увеличится

Б – уменьшится

В – не изменится, т.к. этот показатель и средняя длительность пребывания больного на койке не связаны между собой

Г – в зависимости от профиля больных занятость койки может оставаться неизменной или изменяться в обоих направлениях

60. На среднюю длительность пребывания больного на койке влияет (верно все, кроме одного)

А – тяжесть течения заболевания

Б – поздняя диагностика заболевания

В – неподготовленность больных поликлиникой к плановой госпитализации

Г – способ госпитализации больных

61. Экономический ущерб здравоохранению зависит от:

А – оборота койки

Б – недостаточной занятости койки

В – среднего койко-дня

Г – летальности

62. Фондовооруженность труда персонала – это

А – отношение стоимости активной части основных фондов за год к среднегодовой численности работников

Б – отношение стоимости основных фондов к среднегодовой численности работников

В – то и другое

Г – ни то, ни другое

63. Коэффициент обновления основных фондов – это

А – отношение стоимости введенных основных фондов за год к стоимости основных фондов на конец года

Б – отношение стоимости введенных основных фондов за год к стоимости основных фондов на начало года

В – то и другое

Г – ни то, ни другое

64. В каких единицах измерения выражается показатель объема деятельности СМП ?

А – в количестве вызовов в расчете на 1 врача

Б – в количестве вызовов в расчете на 1 человека в год

В – в количестве вызовов в расчете на 1 автотранспорт

65. 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

66. Сельский врачебный участок объединяет: (верно все, кроме одного)

А – участковую больницу (врачебную амбулаторию)

Б – фельдшерско-акушерские пункты

В – колхозные родильные дома

Г – детские сады

Д – фельдшерские здравпункты на предприятиях

Е – профилактории

Ж – санаторий, расположенный на территории сельского населенного пункта

67. К функциям фельдшерско – акушерского пункта относятся: (верно все, кроме одного)

А – оказание населению доврачебной медицинской помощи

Б – оценка качества диспансеризации населения

В – проведение мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения

Г – повышение санитарно-гигиенической культуры населения

68. К задачам краевой больницы относятся: (верно все, кроме одного)

А – обеспечение населения области в полном объеме

высокоспециализированной, квалифицированной, консультативной, поликлинической и стационарной помощью

Б – оказание организационно-методической помощи медицинским учреждениям области

В – оказание экстренной и плановой медицинской помощи

Г – организация санитарно-противоэпидемических мероприятий в области

69. Субъектами внутриведомственного контроля качества являются (все верно, кроме)

А – заведующий отделением

Б – заместитель главного врача по клинико-экспертной работе

В – главный специалист района

Г – эксперт страховой медицинской организации

70. Модели конечных результатов (МКР) включают все показатели, кроме

А – показателей результативности

Б – показателей эффективности

В – показателей дефектов

71. Система ведомственного контроля качества медицинской помощи включает следующие элементы (верно все, кроме одного)

А – оценка кадровых и материально-технических ресурсов и экспертиза процесса оказания медицинской помощи конкретным пациентам и изучение их удовлетворенности

Б – расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи, выявление и обоснование дефектов, врачебных ошибок, подготовка рекомендаций по их устранению

В – выбор наиболее рациональных управленческих решений и контроль за их реализацией

Г – защита прав пациента на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества

72. На какой день пребывания больного в стационаре ему должен быть выдан листок нетрудоспособности и кем подписан?

А – в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением

Б – в любой день пребывания в стационаре, подписывается лечащим врачом, заведующим отделением и главным врачом

В – при выписке больного из стационара или по его требованию для предъявления по месту работы для получения пособия, подписывается лечащим врачом и заведующим отделением.

73. Укажите сроки направления на медико-социальную экспертизу больных (кроме туберкулеза):

А – не позднее 4 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе

Б – не позднее 10 месяцев при благоприятном трудовом и клиническом прогнозе

В – вне зависимости от срока работающие инвалиды в случае ухудшения клинического и трудового прогноза

Г – все выше перечисленное верно

Д – нет правильного ответа.

74. На какой максимальный срок может продлить ВК листок нетрудоспособности?

А – до 2 месяцев

Б – до 3 месяцев

В – до 6 месяцев

Г – до 10 месяцев

Д – до 4 месяцев.

75. С какого срока беременности выдается листок нетрудоспособности?

А – с 26 недели беременности

Б – с 30 недели беременности

В – с 32 недели беременности

Г – с 29 недели беременности

76. Кто оплачивает обязательные и периодические осмотры лиц, работающих в условиях профессиональных вредностей?

А – страховые медицинские организации

Б – местная администрация

В – орган управления здравоохранением

Г – работодатели этих учреждений

77. Установите соответствие:

Оптимальное распределение коечного фонда в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса (ЛДП)

Интенсивность ЛДП	Удельный вес коек
-------------------	-------------------

а – интенсивное	1. 15%
-----------------	--------

б – восстановительное лечение	
-------------------------------	--

в – длительное лечение больных	2. 20%
--------------------------------	--------

хроническими заболеваниями

г – медико-социальная помощь	3. 45%
------------------------------	--------

А – верно а – 2, б – 3, в – 2, г – 1

Б – верно а – 3, б – 2, в – 1, г – 2

78. Дайте определение следующим представителям :

А – соискатель лицензии

Б – лицензиат

В – лицензирующий орган

1 – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, обратившийся в лицензируемый орган с заявлением о предоставлении лицензии на осуществление конкретного вида деятельности

2 – Федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов РФ, осуществляющие лицензирование в соответствии с Федеральным законом

3 – юридическое лицо или индивидуальный предприниматель, имеющий лицензию на осуществление конкретного вида деятельности

79. Дайте определение следующим категориям

А – предупреждение

Б – приостановление действия лицензии

В – лишение лицензии

Г – аннулирование лицензии

1 – лишение лицензиата права заниматься подлежащей лицензированию деятельностью до получения новой лицензии

2 – временное лишение лицензиата права осуществлять лицензируемый вид деятельности

3 – признание лицензии недействительной с момента ее выдачи

4 – официальное письменное предписание лицензирующих органов об устранении допущенных нарушений

80. Дайте характеристику стилю руководства, если руководитель принимает решения, как правило, единолично; деятельность подчиненных жестко регламентируется; инициатива подчиненных не одобряется:

А – либеральный

Б – авторитарный

В – демократический

81. Укажите какие показатели, обозначенные буквами, характеризуют направления анализа основных фондов, обозначенных цифрами:

А – фондоотдача по медучреждению (в натуральном, либо стоимостном выражении);

Б – фондовооруженность труда персонала;

В – коэффициент обновления.

1 – анализ структуры движений и состояния основных фондов;

2 – анализ обеспеченности основных фондов;

3 – анализ эффективности использования основных фондов.

82. Укажите последовательность расчетов при пошаговом методе определения затрат.

1 – определение базовой единицы учета затрат

2 – расчет затрат по подразделениям больницы

3 – перераспределение затрат вспомогательных подразделений учреждения на основные подразделения

4 – определение стоимости услуги

А – 2, 1, 3, 4

Б – 1, 3, 2, 4

В – 1, 2, 3, 4

83. Укажите последовательность действий по внедрению платных медицинских услуг в учреждении здравоохранения.

1 – определение видов платных услуг

2 – изучение материально-технической базы учреждения

3 – определение факторов, позволяющих ввести платные услуги в ЛПУ

4 – расчет стоимости медицинской услуги

5 – оповещение населения о перечне, стоимости и видах платных услуг

А – 1, 2, 3, 4, 5

Б – 2, 3, 1, 4, 5

В – 5, 1, 3, 2, 4

84. Классифицируйте: какие способы амбулаторно-поликлинической помощи обозначенные цифрами, относятся к ретроспективным (А) и перспективным (Б)

1 – оплата за фактическое количество детальных услуг

2 – оплата за фактическое количество посещений

3 – оплата за фактическое количество конечных случаев амбулаторной помощи

4 – оплата на основе подушевого норматива за каждого пролеченного (частичное фондодержание, полное фондодержание)

85. Классифицируйте, какие способы оплаты стационарной помощи, обозначенные цифрами, относятся к ретроспективным (А) и перспективным (Б)

1 – за фактическое количество койко-дней

2 – за фактическое количество законченных случаев лечения

3 – за плановые и согласованные объемы и структуру стационарной помощи

86. Решению каких приоритетных задач должны способствовать выбираемые методы оплаты медицинской помощи

1 – обеспечение ресурсосбережения

2 – привлечение потоков пациентов (потребителей услуг)

3 – обеспечение предсказуемости затрат

4 – увеличение длительности стоимости лечения

5 – все перечисленное

А – 1, 2, 3

Б – 1, 2, 4

В – 5

Г – 1, 3

87. Подберите для каждого из вариантов приведенных ситуаций (обозначенных цифрами) подходящий тип маркетингового исследования ситуации (обозначенного буквой):

1 – при проведении на фармацевтическом рынке нового лекарственного препарата

2 – при внедрении нового эффективного, но дорогостоящего метода диагностики

3 – при необходимости изучения влияния ценовой политики на потребление медицинских услуг

Типы маркетинговых исследований :

А – описательные

Б – поисковые

В – экспериментальные

88. Вы выходите на рынок с операциями в области косметологической хирургии. Каким образом вы планируете добиться коммерческого успеха?

А – стоит только установить цены ниже, чем у конкурентов и отбоя от клиентов не будет

Б – необходимо купить как можно больше (а, значит, дешевле) рекламного времени в средствах массовой информации (СМИ) и зазывать к себе клиентов 24 часа в сутки

В – главное как можно быстрее начать работать, а там все образуется

Г – провести опрос среди тех, кто уже прибегал к услугам косметологической хирургии и в зависимости от степени достатка большинства из них, либо сосредоточить усилия на удешевлении процесса, либо на повышении комфортности

Д – провести посредством СМИ опрос населения на тему « Что из арсенала косметологической хирургии меня привлекает? Почему я до сих пор не воспользовался услугами косметологической хирургии?»

Е – попробую исходя из финансовых возможностей сочетать Г и Д

89. Укажите показатели, в которых должны быть представлены результаты исследования при изучении распространенности гипертонической болезни у лиц разного возраста

А – интенсивные

Б – экстенсивные

В – соотношения

Г – наглядности

90. Укажите правильную последовательность методики анализа деятельности поликлиники в условиях бюджетно-страховой медицины

1. – качество врачебной диагностики и лечения больных

2. – проведение профилактической работы и ее результаты

3. – организация работы поликлиники

4. – общие данные о поликлинике
5. – преемственность работы поликлиники и стационара

А – 1, 2, 3, 4, 5

Б – 4, 3, 2, 1, 5.

91. Какие из перечисленных показателей, характеризующие деятельность стационара, относятся к показателям объема?

1. – обеспеченность населения койками
2. – процент госпитализации
3. – среднегодовая занятость койки
4. – средняя длительность пребывания больного на койке
5. – оборот койки
6. – совпадение клинических и патологоанатомических диагнозов
7. – послеоперационные осложнения
8. – больничная летальность
9. – укомплектованность врачами

А- верно все перечисленное

Б – 6, 7, 8

В – 1, 2, 3, 4, 5, 9.

92. Укажите правильную последовательность методики анализа деятельности стационара в условиях бюджетно-страховой медицины

1. – общие данные о стационаре
2. – преемственность работы стационара и поликлиники
3. – организация работы стационара
4. – качество врачебной диагностики
5. – качество лечения больных

А – 1, 2, 3, 4, 5

Б – 1, 3, 4, 5, 2.

93. Укажите правильную последовательность схемы маркетингового исследования

1. – отбор источников информации

2. – сбор информации
3. – выявление проблем и формулирование целей исследования
4. – представление полученных результатов
5. – анализ собранной информации

А – 3,1,2,5,4

Б – 1,2,3,4,5.

94. Укажите последовательность методики вычисления стандартизованных показателей прямым методом

1. – выбор стандарта
2. – расчет «ожидаемых чисел»
3. – расчет погрупповых интенсивных показателей
4. – распределение в стандарте
- 5 – получение общего интенсивного стандартизованного показателя

А – 3,1,4,2,5

Б – 1,2,3,4,5

95. Выберите основные признаки, по которым можно проанализировать заболеваемость по обращаемости на основании талона амбулаторного пациента

- 1 – возрастно-половая характеристика
- 2 – контингент (работающий, неработающий)
- 3 – выявление заболеваний при обращении за медицинской помощью и при проведении профилактических осмотров
- 4 – характеристика законченных случаев поликлинического обслуживания
- 5 – заболеваемость с ВУТ среди обратившихся за медицинской помощью
- 6 – все перечисленное

А – если верно 1, 2, 3

Б – если верно 2, 3, 4

В – если верно 1, 2, 4

Г – если верно 2, 4, 5

Д – если верно 6

96. Укажите, в какое структурное подразделение поликлиники, обозначенное буквами, входят кабинеты, обозначенные цифрами

А – отделения профилактики

Б – лечебно-профилактическое подразделение

В – вспомогательно-диагностическое подразделение

Г – отделение восстановительного лечения

1 – эндоскопический

2 – кардиологический

3 – иглорефлексотерапии

4 – анамнестический

5 – механотерапии

6 – кабинет доврачебного приема

97. Установите соответствие видам утраты трудоспособности, обозначенных буквами А и Б, состояний, обозначенных цифрами

А – временная;

Б – стойкая;

1. – состояние, при котором пациент вынужден прекратить трудовую деятельность;

2. – состояние, при котором нарушенные функции организма, препятствующие труду, носят временный, обратимый характер;

3. – состояние, при котором нарушенные функции организма, несмотря на комплексность лечения, приняли стойкий необратимый или частично обратимый характер.

98. Студент мединститута в период прохождения производственной практики обратился к врачу по поводу острого бронхита. Какой документ должен выдать врач?

А – справка установленной формы

Б – листок нетрудоспособности

В – никакого документа.

99. Мать находится в частично оплачиваемом отпуске до 19.12, 15.12 обращается с ребенком к педиатру. Диагноз ОРВИ. Какой документ по уходу будет выдан матери?

А – больничный листок с 15.12 до выздоровления ребенка

Б – никакого документа

В – больничный листок по уходу с 20.12.

100. Больному выдан листок нетрудоспособности с 18.12 по 27.12 с явкой 27.12 на прием. Больной явился лишь 5.13 (по личной инициативе находился за городом). При осмотре установлено прогрессирование процесса. Как должен быть оформлен листок нетрудоспособности?

А – продлен с 28.12 с указанием «нарушение режима»

Б – продлен с 5.13

В – открыт новый с 5.13

Г – продлен с 5.13 с указанием «нарушение режима» с 27.12.

Эталоны ответов на тестовые задания

1-Д	51-А
2-Б	52-А-5.6.7,Б-3.4,В-1.2
3-В	53-Е
4-Д	54-А
5-А	55-Б
6-Г	56-Г
7-Б	57-Д
8-Д	58-В
9-А	59-А
10-В	60-Г
11-Д	61-Б
12-Б	62-Б
13-В	63-А
14-Е	64-Б
15-Б	65-В
16-Б	66-Ж
17-В	67-Б
18-В	68-Г
19-Г	69-Г
20-А	70-Б
21-А	71-Г
22-В	72-В
23-Б	73-Г
24-Г	74-Г
25-В	75-Б

26-А	76-Г
27-Е	77-А
28-А	78-А-1.Б-3.В-2
29-Г	79-А-4.Б-2.В-1.Г-3
30-Б	80-Б
31-Г	81-А-3.Б-2.В-1
32-Д	82-А
33-Б	83-Б
34-В	84-А-1.2.3,Б-3
35-А	85-А-1.2,Б-3
36-Б	86-Г
37-Б	87-А-3,Б-1,В-2
38-А	88-В
39-В	89-А
40-Г	90-Б
41-А	91-В
42-А	92-Б
43-А	93-А
44-А	94-А
45-В	95-Д
46-В	96-А-4.6,Б-2,В-1,Г-3.5
47-Б	97-А-2, Б-3
48-А	98-А
49-Б	99-В
50-Г	100-Г

Критерии оценки тестирования

Оценивание проводится в сеансе электронного обучения по стобалльной шкале.

Тест включает 100 заданий, максимальная оценка по тесту - 100.

В рамках текущего уровня усвоения знаний по дисциплине допускается результат тестирования не ниже 61 балла.



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

**«Дальневосточный федеральный университет»
(ДФУ)**

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ ДФУ

ГЛОССАРИЙ

по дисциплине **«Проблемы организация лечебно-профилактической
помощи населению»**

**Направление подготовки 32.04.01 Общественное
здравоохранение
(уровень магистратуры)**

профиль подготовки **Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью** Форма подготовки очная

г. Владивосток
2019

Адаптация – активный процесс приспособления к окружающей среде, направленный на формирование и сохранение возможного оптимального баланса между субъектом, его внутренним состоянием и окружающей его внешней средой.

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 решений (decision analysis) в здравоохранении- выявление всех имеющихся вариантов решений и определение потенциальных результатов каждой из альтернатив в серии решений, принятых по поводу диагностических процедур, схем лечения, прогнозируемых результатов, а также других важных аспектов в оказании лечебно-профилактической помощи. Часто альтернативы располагают на дереве решений, а на каждой ветви или в точке принятия решений (узле), показана предполагаемая вероятность каждого из результатов (по возможности).

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.).

Баланс здоровья – соответствие потенциала здоровья населения выделяемым ресурсам и запросам населения.

Безопасные условия для человека- состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека.

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.

Больница, больничное учреждение (hospital)- имеющее лицензию медицинская организация, предназначенная для оказания стационарной помощи. В России в больнице должно быть не менее 15 коек.

Врач (physician) – в Российской Федерации врачом считается лицо, получившее высшее медицинское образование в медицинском институте или на медицинском факультете университета и имеющее право заниматься врачебной деятельностью. Понятие врач в России отличается от других стран. Оно включает в себя санитарных врачей, врачей по лечебной физкультуре и физиотерапевтов, которые в других странах не относятся к медицинским специальностям вообще, а также стоматологов и психотерапевтов.

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

Гигиена окружающей среды (environmental health) -область деятельности в здравоохранении, в рамках которой выявляют, определяют, контролируют и управляют физическими и социальными условиями, воздействующими на здоровье групп населения, к примеру, рабочих на заводах или людей, проживающих в той или иной местности. Гигиена окружающей среды изучает прямое воздействие патогенных химических, радиационных, физических и некоторых биологических агентов, а также (часто косвенные) эффекты от состояния физической, психологической, социальной и эстетической среды.

Гигиенические навыки – умения, основанные на овладении гигиеническими знаниями о здоровом образе жизни и правильном их использовании, закрепленные в результате обучения, опыта и многократного повторения и характеризующиеся способностью совершать действия, направленные на сохранение, укрепление и восстановление здоровья.

Гигиеническое воспитание и обучение – система, включающая в себя комплексную просветительную, обучающую и воспитательную деятельность, которая направлена на повышение информированности по вопросам охраны здоровья, а так же на формирование общей гигиенической культуры, закрепление гигиенических навыков, создание мотивации для ведения здорового образа жизни, как отдельных людей, так и общества в целом.

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 модель организации по поддержанию здоровья (group model НМО) – организация по поддержанию здоровья, которая заключает контракт в основном с одной независимой групповой практикой с целью предоставления услуг здравоохранения.

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.

Дерево решений (decision tree) – инструмент, применяемый при анализе решений, который разработан для представления альтернатив в количественном выражении и конструируемый в процессе рассмотрения того или иного вопроса. Ряд вариантов решений представлен в виде ветвей, а последующие возможные решения изображаются в виде дополнительных ответвлений. Соединение, в котором требуется сделать выбор, называется точкой (узлом) принятия решений. Дерево решений показывает альтернативы вмешательств, а также вероятность каждого из результатов, связанных с этими альтернативами.

Дерево целей (objective tree) – важнейшая основа программно-целевого планирования, представляющая собой упорядоченную иерархию целей, включая главную цель, цели, подцели (иногда – задачи). Для каждой цели устанавливаются критерии ее достижения. По каждой цели должно быть определено, что известно (отсюда задание на практическую реализацию) и что не известно (отсюда задание на проведение исследований).

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.

Диспансер (dispensary) – специализированное лечебно-профилактическое учреждение, которое может действовать в рамках стационара или быть амбулаторным учреждением.

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.

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.

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

Здоровье для всех – направление политики ВОЗ на достижение всеми людьми Мира такого уровня здоровья, который позволил бы им вести активную производственную, социальную и личную жизнь.

Здоровье населения – медико-демографическая и социальная категория, отражающая физическое, психическое, социальное благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в рамках определенных социальных общностей.

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.

Здравоохранение в узком, ведомственном значении – это совокупность всех отраслевых ресурсов и достижений медицинской науки в виде клинических и организационных технологий, направленных на профилактику и укрепление здоровья и трудоспособности.

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.

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.

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

Интегрированная система здравоохранения (integrated health care system) – сеть учреждений, имеющая возможность предоставлять разноплановые услуги здравоохранения по множеству направлений.

Информационная система управления (management information system) – система сбора, подготовки и представления руководству данных, облегчающих принятие решений и оценку успехов организации в достижении ее главных целей.

Исследования в области здоровья и здравоохранения (health survey) – программа изучения населения или отдельных групп населения с целью определения и оценки проблем здоровья или выявления заболеваний, требующих принятия профилактических и оздоровительных мер.

Исследования деятельности (activity studies) – исследования, обычно проводимые с целью анализа работы групп и индивидуумов за данный период, например, за одну неделю или месяц, во время которых классифицируются и изучаются все виды деятельности за данный рабочий период. Эти исследования предназначены для проверки действенности рабочих операций и ценности выполняемой работы с точки зрения интересов службы.

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.

Концепция (concept) – совокупность обоснованных взглядов (мыслей, положений), направленных на футурологическое представление объекта (процесса, явления, системы).

Культура движения – элемент здорового образа жизни, включающий аэробные физические упражнения (ходьба, бег трусцой, плавание, катание на лыжах, работа на садово-огородном участке и т.д.) в природных условиях.

Культура питания – элемент здорового образа жизни, являющийся определяющим, системообразующим, так как оказывает положительное влияние на двигательную активность и на эмоциональную устойчивость.

Культура эмоций – элемент здорового образа жизни, включающий как отрицательные эмоции (зависть, гнев, страх и др.), обладающие огромной разрушительной силой, так и положительные эмоции (смех, радость, чувство благодарности и т. д.), сохраняющие здоровье и способствующие успеху.

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

Медико-санитарный центр (health center) – учреждение, обеспечивающее медико-санитарное обслуживание конкретной группы населения, охватывающего медико-санитарную помощь индивидуумам, семьям и другим специальным группам и обществу в целом; медицинскую помощь больным как в самом медико-санитарном центре, так и на дому; службы реабилитации совместно с учреждениями социального обеспечения. В России такими медико-санитарными центрами являются амбулаторные диспансеры и поликлиники.

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.

Медицинская специальность (clinical specialty) – базисные медицинские знания, необходимые для осуществления определенных видов организационной, диагностической, лечебной и профилактической помощи при конкретных формах патологии для определенных групп населения и пациентов.

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).

Медицинское образование (medical education) – процесс обучения и подготовки, после завершения которого, индивидуум получает право заниматься медицинской практикой. Различают несколько этапов медицинского образования в России:

Основное медицинское образование:

Преддипломное образование (undergraduate educat);

Постдипломная подготовка (postgraduate training);

Постдипломное усовершенствование (postgraduate advanced training) (или профессиональная подготовка).

Медицинское страхование (health insurance) – система, обеспечивающая страховые выплаты исключительно в связи с медицинской помощью. Медицинская страховая организация может быть коммерческой или некоммерческой, государственной или частной. Страхование может быть частным (добровольным), а также государственным (обязательным для всего населения или для определенных его категорий). Может существовать как самостоятельная система.

Международная статистическая классификация болезней десятого пересмотра – МКБ-10 (ICD-10 International Classification of Diseases, 10th Edition) – это система рубрик, в которые конкретные нозологические единицы включены в соответствии с принятыми критериями.

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.

Модель (model) – теоретическая структура, которая отображает взаимоотношение между различными структурными элементами или процессами и одним или более результатами. В общем виде, это условный образ исследуемого объекта (процесса, явления, системы). Различают модели статические и динамические, простые и сложные, математические, концептуальные, логические, графические, физические, прогностические и другие. Точность модели определяется степенью приближения (сходства) условного образа и реального.

Модель организации по поддержанию здоровья, основанная на ассоциациях независимой практики (independent practice association (IPA) model НМО) – организация по поддержанию здоровья (НМО), которая напрямую заключает контракты с частнопрактикующими врачами; и/или

контракты с одной или более ассоциациями частнопрактикующих врачей; и/или контракты с одной или более мультидисциплинарными групповыми практиками. Такой план по большей части организуется вокруг практик, специализированных в одной области.

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

Мотивация к формированию потребности в здоровье – побуждение индивидуумов к действиям, направленным на укрепление, сохранение и восстановление здоровья, профилактику заболеваний и других нарушений здоровья.

Наблюдение за людьми из групп риска ((human) risk management) - деятельность, основанная на снижении потребности в лечении людей из групп риска путем своевременного их выявления, предоставления им профилактической помощи и регулярного наблюдения (медицинского или психологического) для предотвращения возникновения у них психологического, клинического или финансового кризиса.

Надзор санитарно-эпидемиологический государственный – деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны его здоровья и среды обитания.

Обеспечение справедливости (в отношении медицинской помощи) (equity in health services) – распределение служб здравоохранения среди населения таким образом, чтобы обеспечить равный физический, финансовый и социальный доступ к медицинской помощи каждому человеку а также чтобы затраты, связанные с медицинской помощью, были поделены между людьми или группами пропорционально их доходу.

Общая практика (general practice) – в противоположность специализированной практике, представляет собой форму первичной медицинской помощи, при которой практикующий врач несет постоянную ответственность за обеспечение общей медицинской помощью своих пациентов. Эта помощь должна быть ориентирована на пациента, на его проблемы, а не просто на лечение конкретных заболеваний.

Общее здоровье – медико-социальный ресурс, потенциал общества, обусловленный комплексным воздействием социально-поведенческих и биологических факторов, улучшение которых будет способствовать повышению качества и продолжительности жизни и благополучия людей, гармоничного развития личности, обеспечение национальной безопасности страны.

Общественное здоровье – медико-социальный ресурс и потенциал общества, способствующий обеспечению национальной безопасности и обусловленный комплексным воздействием социальных, поведенческих и биологических факторов, улучшение которого будет способствовать увеличению продолжительности и качества жизни, благополучия людей, гармоничному развитию личности и общества.

Общественное здравоохранение (public health) – совокупность учреждений и служб, обеспечивающих зону первого контакта пациента с профилактической и лечебной помощью. В более широком смысле – это наука и искусство предотвращения болезни, продления жизни, поддержания психического, физического и социального здоровья и профессиональной реабилитации через организованные эффективные усилия общества на разных его уровнях.

Охват населения (службами здравоохранения) (population coverage) – деятельность, относящаяся к населению, обозначающая составляющие доступности и наличия служб здравоохранения; физический или географический охват – соотношение между количеством учреждений

здравоохранения на административную единицу с указанием площади этой единицы и количеством проживающего населения.

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.

Отношение к здоровью позитивное – относительно стабильная позиция, установка индивида (социальной группы, общества в целом) на оздоровление образа жизни, изменение привычек, вредных для здоровья, формирование условий для достижения оптимального уровня здоровья. Отражает познавательность, эмоциональную и психологическую готовность к изменениям, направленным на оздоровление, восстановление здоровья. Один из важнейших компонентов и целей профилактики заболеваний и укрепления здоровья.

Охрана здоровья (health protection) – система государственных и общественных мер, направленных на пропаганду здоровья, профилактику заболеваний, реабилитацию и на деятельность по поддержанию и укреплению здоровья. Охрана здоровья подразумевает существование комплексного межсекторального подхода, для чего объединяются усилия

всех министерств и ведомств. В целом под охраной здоровья можно понимать обеспечение условий для нормального физического и психического функционирования человека как индивидуально, так и в составе группы.

Оценка структуры (structural measure) – обобщенное регистрируемое отображение всех видов ресурсов, имеющих 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.

Питание здоровое – обеспечивающее удовлетворение научно обоснованных потребностей различных групп населения в рациональном питании с учетом традиций, привычек и основанное на потреблении разнообразных продуктов питания, способствующих укреплению здоровья и профилактике заболеваний. В применении к индивидуумам здоровое питание рассматривается как синоним рационального питания.

Питание избыточное – чрезмерное систематическое потребление продуктов питания (например, соли, жира, сахара, алкоголя и др.) или не соответствующий физическим затратам энергетически емкий пищевой рацион, что способствует возникновению многих социально значимых хронических неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, бронхолегочной системы, болезней обмена веществ, опорно-двигательного аппарата, злокачественных новообразований и др.).

Питание лечебное – пищевые рационы и режим питания для людей с различными заболеваниями.

Питание недостаточное – уменьшенное (в количественном или пониженное в качественном отношении) потребление пищевых веществ либо отдельных компонентов, недостаточная калорийность пищевого рациона для жизнеобеспечения в соответствии с физиологической потребностью.

Питание рациональное – физиологически полноценное питание людей с учетом пола, возраста, характера труда и других факторов, способствующее сохранению здоровья, повышению сопротивляемости вредным факторам окружающей среды, а также высокой физической и умственной работоспособности, активному долголетию.

Планирование здравоохранения (health planning) – упорядоченный процесс определения перспектив развития учреждений и служб здравоохранения, основанный на выявлении неудовлетворенных потребностей, определении ресурсов, необходимый для их удовлетворения, установление очередности реальных и выполнимых целей, а также на планирование административных мер, способствующих выполнению этих целей. При планировании учитываются не только вопросы адекватности, действенности и продуктивности служб здравоохранения, но также те факторы экологии, социального и индивидуального поведения, которые воздействуют на здоровье индивидуума и общества. Планирование служб здравоохранения или обеспечения медико-санитарной помощи означает планирование с целью применения наиболее эффективных средств в течение данного периода в рамках предусмотренныхограниченных ресурсов здравоохранения. Как правило, планирование здравоохранения основывается на перспективных потребностях населения в различных видах медицинской помощи.

Планирование национального развития (national-level planning) – непрерывное, всеобъемлющее и координированное планирование распределения или вложение ресурсов страны (кадры, финансы, материалы) таким образом, который позволяет достичь требуемого хода или уровня экономического и социального развития. Планирование национального

развития подразумевает взаимоувязывание нужд и целей здравоохранения, образования, сельского хозяйства, промышленности, общественной безопасности, транспорта, экологии и других сфер, по критерию благополучия населения.

Поддержка (продвижение) здоровья – синоним укрепления здоровья.

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).

Поликлиника (polyclinic) – это амбулаторно-поликлиническое лечебно-профилактическое учреждение здравоохранения, где медицинская помощь оказывается на приеме или на дому по многим медицинским специальностям.

Политика в здравоохранении (health policy) – целеполагание и система долгосрочных мер по достижению этой цели в здравоохранении.

Другое определение: область изучения и практики, в которых определяются приоритеты и ценности, лежащие в основе распределения ресурсов здравоохранения.

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.

Посещение (visit) – контакт пациента с врачом в поликлинике, либо посещение медицинским работником пациента на дому.

Потенциал здоровья – мера количества и качества здоровья, определяющая через потери здоровья разного уровня измерение комплексных показателей (медико-демографических, показателей заболеваемости, инвалидности, физического развития).

Потребление медицинской помощи (consumption of health care) – использование служб здравоохранения индивидуумом или группой индивидуумов.

Потребности (needs) – в системе здравоохранения нуждами являются медицинские услуги, субъективно оцененные как потребителями, так и поставщиками, как необходимые для улучшения здоровья.

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.

Предложение (supply) – медицинские услуги и товары, доступные для потребителей.

Прием, консультация (consultation, encounter) – контакт между пациентом и медицинским работником, во время которого оказывается медицинская помощь. Тем не менее, консультация может быть оказана по телефону, но «прием» в России – только в лечебно-профилактических учреждениях или специально выделенных помещениях.

Приоритеты здоровья (health priorities) – научно-обоснованная область проблемных ситуаций в здоровье, приводящих к наиболее ощутимым потерям общества. Часть из этих потерь может быть предотвращена.

Приоритеты здравоохранения (health care priorities) – это те направления развития учреждений и служб системы здравоохранения, которые соответствуют первоочередным задачам системы по разрешению выявленных или предполагаемых проблем. Приоритеты могут быть в области услуг, групп населения, методологии оказания медицинской помощи или же результатов.

Приоритеты системы (system priorities) – научно-обоснованный перечень первоочередных задач, проблем и направлений, исходя из модели и дерева целей системы, а также имеющихся ресурсных ограничений. Приоритеты могут быть системными, этапными (т.е. устанавливаться на определенный промежуток времени), территориальными и т.д.

Проект (project) – совокупность целенаправленных мероприятий, имеющих начало и конец, требующих выполнения в установленные сроки одним или несколькими исполнителями с учетом имеющегося бюджета и с соблюдением стандартов качества; решаемая проблема. Эти мероприятия

ориентированы на решение конкретной проблемы или задачи (группы задач), включая все элементы проектного анализа и этапы жизненного цикла проекта с его составляющими: институциональным, экономическим, финансовым, социальным и политическим анализом, а также анализом чувствительности, сценариев, рисков.

Профессиональное здоровье (индивидуальное) (occupational health (individual)) – степень, в которой сотрудник может выполнять свои обязанности, оптимально комфортно ощущая себя на работе, что отражается через производительность, посещаемость, число заявлений на получение пособия по нетрудоспособности и через продолжительность работы на одном месте. С одной стороны, это такой уровень здоровья, который не препятствует профессиональной деятельности, а с другой – это индивидуальное здоровье, обусловленное влиянием профессиональных факторов и условий.

Профессиональное здоровье (общественное) (occupational health (public)) – в общем виде, это здоровье профессиональных групп, обусловленное влиянием профессиональных факторов и условий. Также, это область теории и практики общественного здравоохранения, занимающаяся выявлением, контролем и профилактикой вредных воздействий на здоровье и заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью и рабочей средой. Включает в себя пропаганду и укрепление психического и физического здоровья работающего населения.

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

Профилактика вторичная (secondary prevention) - комплекс медицинских, социальных, санитарно-гигиенических, психологических и иных мер, направленных на раннее выявление и предупреждение обострений, осложнений и хронизации заболеваний, ограничений жизнедеятельности, вызывающих дезадаптацию больных в обществе,

снижение трудоспособности, в том числе инвалидизацию и преждевременную смертность.

Вторичная профилактика включает в себя:

санитарно-гигиеническое воспитание, в том числе индивидуальное и групповое консультирование, обучение пациентов и членов их семей знаниям и навыкам, связанным с конкретным заболеванием или группой заболеваний;

проведение диспансерных медицинских осмотров с целью оценки динамики состояния здоровья;

проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления;

проведение медико-психологической адаптации к изменившейся ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма;

проведение мероприятий государственного, экономического, медико-социального характера, направленных на снижение уровня влияния модифицируемых факторов риска, сохранение остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов.

Профилактика заболеваний – система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшение их неблагоприятных последствий.

Профилактика медицинская – система профилактических мер, реализуемая через систему здравоохранения. Медицинская профилактика по отношению к населению определяется как индивидуальная – профилактические мероприятия, проводимые с отдельными индивидуумами, групповая – профилактические мероприятия, проводимые с группами лиц со сходными симптомами и факторами риска (целевые

группы), и популяционная (массовая) – профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или население в целом.

Профилактика первичная (primary prevention) – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов. Включает в себя:

принятие мер по снижению влияния вредных факторов на организм человека, проведение экологического и санитарно-гигиенического скрининга;

формирование здорового образа жизни;

меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, дорожно-транспортного травматизма, инвалидизации, а также смертности;

выявление в ходе проведения профилактических медицинских осмотров вредных для здоровья факторов

проведение иммунопрофилактики различных групп населения;

оздоровление лиц и контингентов населения, находящихся под воздействием неблагоприятных для здоровья факторов с применением мер медицинского и немедицинского характера.

Профилактика третичная (tertiary prevention) – это совокупность мер, направленных на предупреждение перехода острого заболевания (или травмы) в хроническую или в более тяжелую стадию, обострений в течение болезни, нетрудоспособности и инвалидности, а также преждевременной смертности.

Профилактическая программа – систематизированное изложение основных целей, задач, направлений деятельности по профилактике заболеваемости, сохранению и укреплению здоровья.

Профилактические медицинские осмотры – вид медицинских услуг, направленных на выявление и оценку влияния различных факторов риска, отклонений в состоянии здоровья и заболеваний с целью проведения последующих оздоровительных мероприятий.

Процесс управления (management process) – в службах здравоохранения или в любой другой области процесс управления включает в себя мероприятия следующего рода:

изучение объекта управления и окружающих его воздействий, исследование современных и будущих проблем;

формирование этих проблем с тем, чтобы оценить их значение и определить задачи и цели;

разработка других средств достижения целей, их изучение и выбор между ними;

получение (всегда возможны ограничения) ресурсов (материальных, кадровых и финансовых), необходимых для использования выбранных средств;

определение задач (организации, а также отдельных лиц или групп) таким образом, чтобы эффективно использовать имеющиеся знания и навыки;

развитие и расширение знаний, навыков и способностей;

принятие адекватных решений, в том числе на перспективу;

доведения решений до исполнителей;

побуждение людей к принятию поставленных целей и к работе по их достижению с помощью выбранных средств;

осуществление надзора, контроля и оценки в целях достижения соответствия выбранных средств имеющейся квалификации и опыту.

Развитие здоровья (health development) – процесс непрерывного, прогрессивного улучшения состояния здоровья на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.

Разработка политики (policy development) – процесс формирования, развития и корректировки политики и стратегии.

Реабилитация (rehabilitation) – процесс, направленный на восстановление или улучшение функционального состояния пациента.

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 поставителей медицинских услуг.

Реабилитация (восстановление здоровья, третичная профилактика) – комплекс медицинских, психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций, с целью возможно более полного восстановления социального и профессионального статуса.

Развитие здоровья (health development) – процесс непрерывного, прогрессивного улучшения состояния здоровья на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях.

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.

Реформа (reform) – целенаправленный, динамичный и устойчивый процесс, который приводит к систематическим структурным изменениям и нацелен на получение желаемого результата.

Ресурсы здоровья – демографические, физические, психические способности и возможности населения, определяющие жизнеспособность общества и обеспечивающие воспроизводство населения, создание ВВП, интеллектуального и оборонного потенциала.

Санитарное просвещение (health education) – в самом широком значении касается всех тех познаний индивидуума, группы или общества, которые влияют на убеждения, взгляды и поведение по отношению к здоровью, а также на процессы и мероприятия, приводящие к изменениям, которых требуют интересы здоровья. В более узком смысле это совокупность средств и методов индивидуального и массового воздействия на население и пациентов, направленного на повышение уровня их знаний, информированности и навыков относительно здорового образа жизни, сохранения и укрепления здоровья.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия – организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию.

Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения – состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов риска, и обеспечиваются благоприятные условия жизнедеятельности.

Санитарно-эпидемиологическая обстановка – состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время.

Система здравоохранения (health service system) – комплекс официальных и неофициальных мероприятий медицинского, экономического и организационного характера, направленных на предоставление населению профилактической и лечебной помощи.

Службы здравоохранения и охват медицинской помощи (health services and medical coverage) – потребность в службах здравоохранения, доступность различных видов медицинской помощи и использования, доступность различных видов медицинской помощи и использование служб здравоохранения, оценка программ здравоохранения определение расходов на профилактику и лечение заболеваний, на амбулаторную и стационарную помощь, качество и эффективность помощи.

Состояние здоровья населения (population health status) -общая заболеваемость, заболеваемость одной болезнью или группой(ами) болезней, травматизм, физическое развитие (антропометрические данные), смертность (общая, половозрастная, по причинам, младенческая, материнская, преждевременная, предотвратимая), самооценка здоровья, распределение населения по группам здоровья, средняя ожидаемая продолжительность жизни с учетом ее составляющих.

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

Среда обитания человека – совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека.

Стратегия в здравоохранении (health strategy) – план и метод решения задач, для достижения обычно крупномасштабных и долгосрочных целей, к примеру, касающихся состояния здоровья населения (т.е. снижение

уровней младенческой смертности, снижение частоты случаев рака на поздних стадиях). Как правило, стратегия тесно связана с политикой в области здравоохранения.

Стратегия профилактики – основные направления действий, предпринимаемых для достижения целей профилактических программ, направленных на все население или на отдельные целевые группы (популяционную, высокого риска).

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.

Управление (management) – процесс определения целей и осуществление деятельности по достижению постановленных целей; включает планирование, осуществление деятельности и ее оценку. Также это может означать группу людей, несущих ответственность за руководство организацией или за направление ее деятельности к достижению целей. Это понятие включает в себя и высшее руководящее звено.

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.

Укрепление здоровья, поддержка (продвижение) здоровья (health promotion) – усилия по изменению поведения людей, предпринимаемые подготовленными работниками с использованием всех средств и способов воздействия, с целью установления здорового образа жизни и профилактики заболеваний и несчастных случаев. Также, это – охватывающий все виды медицинской деятельности, процесс предоставления индивидуумам или их совокупностям возможности улучшить свое здоровье путем воздействия на факторы, влияющие на здоровье.

Условия, влияющие на здоровье (health-affecting factors) -социально-экономические факторы, факторы окружающей среды, питание, бытовые факторы, бытовые и социальные привычки, наследственные и этно-географические факторы, особенности расселения и поведения.

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.

Факторы среды обитания человека – биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и/или на состояние здоровья будущих поколений.

Функциональное состояние (functional status) – степень, в которой человек может выполнять деятельность, обычную для повседневной жизни, например, подниматься по лестнице, стирать одежду или ходить на рынок, принимать ванну. Функциональное состояние можно оценивать по разным параметрам, включая физические, ролевые, социальные и эмоциональные; возможно, с определением норм, присущих возрасту и полу.

Целевая программа (objective program) – совокупность упорядоченных в соответствии с разработанным деревом целей действий, этапов, исполнителей и критериев. Для более четкой реализации целевой программы должен быть создан штаб по управлению программой и координации связанных с ней действий. Программа может включать в себя различные проекты.

Централизованное планирование (centralized planning) – планирование внутри системы или для нее осуществляется сверху вниз по определенным правилам и направлено на устранение различий среди получателей ресурсов.

Школа общественного здравоохранения (школа здоровья) – организационная форма подготовки медицинских и немедицинских специалистов (педагогов, социальных работников, администраторов, журналистов и пр.) по проблемам общественного здравоохранения – в виде факультативных курсов, дополнительного последиplomного образования и др.

Школы (клубы) для пациентов и лиц с факторами риска (синоним – школы здоровья) - организационная форма обучения целевых групп населения по приоритетным для данной группы проблемам укрепления и сохранения здоровья.

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

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

Эпидемиологические исследования заболевания (epidemiological study of a disease) – изучение клинической картины заболевания и его распространения среди населения.

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

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

Источники:

1. Портал Кировской ГМА

http://vmede.org/sait/?page=83&id=Sudebmaya_m_sergeev_2008&menu=Sudebmaya_m_sergeev_2008 (режим доступа свободный, круглосуточный)

2. Страхование сегодня - словарь страховых терминов <http://www.insur-info.ru/dictionary/> (режим доступа свободный, круглосуточный)

3. Информационный портал здравоохранения Тульской области <http://www.tula-zdrav.ru/medicine/glossary.html> (режим доступа свободный, круглосуточный)

4. Википедия <http://ru.wikipedia.org/wiki> (режим доступа свободный, круглосуточный)