



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

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины



СБОРНИК ПРОГРАММ ПРАКТИК

НАПРАВЛЕНИЕ ПОДГОТОВКИ

32.04.01 - Общественное здравоохранение

Программа магистратуры

Организация и управление медицинской и фармацевтической деятельностью

Квалификация выпускника – магистр

Форма обучения: очная

Нормативный срок освоения программы: 2 года

Владивосток
2019

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
Сборника программ практик

По направлению подготовки 32.04.01 - Общественное здравоохранение
Организация и управление медицинской и фармацевтической деятельностью

Сборник программ практик составлен в соответствии с требованиями Федерального государственного образовательного стандарта по направлению подготовки 32.04.01 - Общественное здравоохранение (магистратура), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.05.2017 г. № 485, с требованиями образовательного стандарта, самостоятельно устанавливаемого ДВФУ, утвержденного приказом ректора от 18.02.2016 №12-13-235

Сборник программ практик включает в себя:

1. Учебная практика (ознакомительная практика)	3
2. Производственная практика (НИС Сравнительный анализ систем здравоохранения)	34
3. Производственная практика (научно-производственная практика)	172
4. Производственная практика (научно-исследовательская работа)	208
5. Производственная практика (научно-исследовательская практика)	243
6. Производственная практика (административно-управленческая практика)	277
7. Производственная практика (проектная практика)	314
8. Производственная практика (научно-исследовательская практика)	352
9. Производственная практика (преддипломная практика)	386

Рассмотрена и утверждена на заседании Департамента ОЗиПМ «06» июня 2019 года (Протокол № 08)

Руководитель образовательной программы,
директор Департамента общественного
здоровья и профилактической
медицины



Кикю П.Ф.
ФИО

Заместитель директора Школы биомедицины
по учебной и воспитательной работе



Хожаенко Е.В.
ФИО



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 ПРАКТИКИ Б2.В.01(У) «ОЗНАКОМИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА»

Направление подготовки 32.04.01 - Общественное здравоохранение
(уровень магистратуры)

Профиль подготовки Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника магистр

г. Владивосток
2019

Разработчики:

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

(занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н.

В.Г.Морева

(занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

Эксперты¹:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

**Программа практики обсуждена на заседании Департамента ОЗиПМ,
протокол № 8 от 06 июня 2019г.**

¹Целесообразно программу практики представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

1. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Программа практики разработана в соответствии с:

- требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.04.2017 N 301 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры";

- приказом Минобрнауки РФ от 29.06.2015 № 636 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры";

- приказом Минобрнауки РФ от 09.11.2015 г. № 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;

— _____ П
оложением о практике обучающихся, осваивающих образовательные программы высшего образования – программы бакалавриата, программы специалитета и программы магистратуры в школах ДВФУ, утвержденного приказом от 14 мая 2018г. № 12-13-870;

— _____ П
оложением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850.

2. ЦЕЛИ ОЗНАКОМИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

Целью ознакомительной учебной практики по специальности 32.04.01 «Общественное здравоохранение» является получение первичных умений и навыков сбора научной информации и её обработки с использованием информационных технологий.

3. ЗАДАЧИ ОЗНАКОМИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

Задачами учебной практики являются:

- получение первичных навыков по сбору информации для проведения научно-исследовательской деятельности;
- получение первичных профессиональных навыков по созданию и обработке баз данных с помощью статистических пакетов программного обеспечения;
- получение первичных профессиональных навыков по интерпретации, представлению данных исследований в сфере общественного здоровья.

4. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ОЗНАКОМИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ

Общие сведения о практике представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вид практики	• <i>Учебная</i>
Тип практики	• <i>Ознакомительная</i>
Способ проведения	<i>Стационарная</i>
Форма (формы) проведения	• <i>Дискретно, рассредоточенная</i>
Объем практики в зачетных единицах	• <i>3 з.е.</i>
Продолжительность практики	<i>2 недели, 108 ак. час.</i>
Курс, семестр	<i>1 курс, 1 семестр</i>
Базы практики	<i>Департамент ОЗиПМ</i>

5. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОЗНАКОМИТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

В таблице 2 представлены планируемые результаты учебной практики

Вид профессиональной деятельности	Планируемые результаты практики (код, формулировка компетенций или элементов компетенций)
Организационно-управленческая	<i>ПК-1 - способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения</i>

6. МЕСТО УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Учебная практика является составной частью раздела «Практики» основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение (уровень магистратура). Магистранты проходят учебную практику на 1 году обучения в 1 семестре.

Для успешного прохождения практики обучаемый должен иметь предварительную подготовку по дисциплинам: Методология научных исследований в здравоохранении, Биостатистика и анализ медицинской информации, Информационные технологии в здравоохранении.

Для освоения программы учебной практики, студенты должны

Знать:

- современные информационные технологии для получения данных для практического здравоохранения и научных данных;
- современные информационные методы и методики, направленные на сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья населения;
- современные информационно-телекоммуникационные технологии;
- особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных исследовательских коллективах;

- алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практическое здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;

Уметь:

- использовать современные информационные технологии в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- использовать программные продукты для контроля расходования материально-технических и финансовых ресурсов медицинской организации;

- следовать нормам, принятым в научном общении при работе в российских и международных исследовательских коллективах с целью решения научных и научно-образовательных задач;

- осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных исследовательских коллективах, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой, коллегами и обществом;

- генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразностью внедрения в практическое здравоохранение;

- организовать учет и сбор информации о факторах риска и факторах здоровья, выявлять приоритеты и предлагать программы профилактики и укрепления здоровья для данной популяции и для данного учреждения, предложить программы совершенствования профилактики на всех ее уровнях, оценить эффективность предложенных программ укрепления

здоровья и профилактики болезней;

Владеть:

- навыками реализации информационных технологий в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;
- навыками анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих при работе по решению научных и научно-образовательных задач в российских или международных исследовательских коллективах;
- технологиями оценки результатов коллективной деятельности по решению научных и научно-образовательных задач, в том числе ведущейся на иностранном языке;
- технологиями планирования деятельности в рамках работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач;
- навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов деятельности, экономической и медико-социальной эффективности;
- статистическим методом учета и сбора информации о факторах риска и факторах здоровья, оценки эффективности реализуемых программ укрепления здоровья и профилактики болезней;
- методикой оценки качества медицинской помощи с использованием стандартов, построения и оценки модели конечных результатов деятельности структурных подразделений, медицинских организаций и региональных систем здравоохранения.

Результаты учебной практики должны быть использованы в дальнейшем – при изучении следующих дисциплин: Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения, Оценка технологий здравоохранения, Системный анализ и управление в здравоохранении, а также при прохождении научно-исследовательской и преддипломной практик.

7. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Этап практики	Виды работ на практике, включая самостоятельную работу студентов	Содержание в дидактических единицах
Подготовительный (организационный)	Инструктаж в вузе	Ознакомление с правилами техники безопасности, условиями прохождения практики, сроками, содержанием обязательных мероприятий, требованиями к оформлению отчета. Инструктаж по технике безопасности
Основной	Методология планирования и организации научно-практического исследования (формы, виды, методы и этапы)	Современные информационные технологии и методические подходы к сбору и анализу результатов научно-практического исследования
		Основные профессиональные информационные ресурсы и базы данных
		Правила оформления и представления результатов научно-практического исследования
Итоговый	Оформление отчета по практике (дневник практики)	Защита отчета по практике

Индивидуальное задание обучающегося

В процессе самостоятельной работы магистрант выполняет индивидуальное задание.

1.Формулирует с помощью научного руководителя тему научного исследования.

2.Оформляет актуальность своего будущего исследования, в котором раскрывается научная проблема, степень ее раскрытия и разрешения в

современной научной литературе, противоречия в суждениях авторов. Обучающийся определяет направление своего научного исследования.

3. Обучающийся с помощью научного руководителя формулирует цель научного исследования и задачи, раскрывающие способы достижения цели.

4. Обучающийся формулирует примерный макет дизайна научного исследования, определяет объект, предмет и методы исследования.

5. Обучающийся в общем виде формулирует результаты, которые он хочет получить в результате исследования.

6. Обучающийся представляет план выполнения предстоящего исследования.

7. Обучающийся готовит презентацию для представления на конференцию студентов ДВФУ по материалам своего исследования.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Самостоятельная работа магистранта на учебной практике включает следующие задания:

1. закрепление приобретенных теоретических знаний, акцентируя внимание на тех дисциплинах, которые являются базовыми по выбранному направлению;

2. получение дополнительной информации, необходимой магистрантам для написания научно-исследовательских работ, отвечающих требованиям государственного образовательного стандарта;

3. подбор необходимой исходной информации для выполнения научно-исследовательских работ;

Прежде всего, необходимо выбрать тему, согласно которой будет формироваться учебная практика, обговорить все детали касательно содержания предстоящей работы. После этого следует приступать к сбору материалов. Всю полученную информацию под контролем преподавателя

необходимо подвергнуть обработке и анализу. В ходе выполнения заданий по практике магистрант обязан заполнить отчет. В отчете представляются общие результаты прохождения обучающимися практики на основе дневника практики или других результатов, имеющих значение с точки зрения приобретения магистрантами практических умений и навыков. В отчете отмечается: что конкретно выполнено за период практики; что не удалось выполнить, по каким причинам; необходимо привести результаты выполнения индивидуального задания; а также целесообразно подвести общий итог своей деятельности за период практики.

Подготовка магистрантов к дифференцируемому зачету производится ими самостоятельно на основании выполненной работы и подготовленного отчета о прохождении практики, изучении основной и дополнительной литературы, указанной в программе практики.

9. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ (ПО ИТОГАМ ПРАКТИКИ)

В соответствии с требованиями ФГОС по направлению 32.04.01 - Общественное здравоохранение (магистратура), аттестация по итогам практики проводится на основании оформленного в соответствии с установленными требованиями письменного отчёта магистранта и отзыва руководителя практики от производства. По итогам аттестации выставляется зачет с оценкой.

Рекомендуется устраивать учебные семинары по итогам практик, на которых заслушивать наиболее интересные отчёты магистрантов.

Магистранты, не выполнившие программу практики по уважительным причинам, направляются на практику вторично, в свободное от учёбы время (по представлению Администратора ОП).

Магистранты, не выполнившие программу практики без уважительных причин или получившие неудовлетворительную оценку, отчисляются из ДВФУ за академическую неуспеваемость.

Оценка по практике проставляется в ЭЛЕКТРОННУЮ экзаменационную ведомость и зачётную книжку руководителем практики. Руководитель практики составляет отчёт и передаёт его директору Департамента в срок не позднее двух недель после аттестации группы.

Критерии оценок при защите отчёта по учебной практике (зачет с оценкой):

«Отлично» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему с использованием компьютерных технологий, ответы на поставленные руководителем практики вопросы освещены в полном объёме, с достаточной степенью профессиональности и компетенции, содержание ответов свидетельствует об уверенных знаниях магистранта и о его умении решать профессиональные задачи.

«Хорошо» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему, но есть небольшие неточности, неаккуратность в исполнении, неполный ответ на один вопрос, заданный руководителем, но при этом содержание ответов свидетельствует о достаточных знаниях магистранта и умение решать профессиональные задачи.

«Удовлетворительно» - отчёт выполнен с нарушением требований, предъявляемых к оформлению, пропущены разделы в отчёте, неаккуратность в исполнении, плохая ориентация магистранта по отчёту, неполные ответы на два вопроса, содержание ответов свидетельствует о знаниях магистранта и о его ограниченном умении решать профессиональные задачи.

«Неудовлетворительно» - представленный отчёт по практике не соответствует требованиям, не раскрыта тема, магистрант не ориентируется в вопросах, задаваемых руководителем практики, не может ответить на вопросы, связанные с местом прохождения практики и выполнением им обязанностей.

Отчет по практике должен состоять из титульного листа, оглавления, основной части, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений (при наличии). В качестве приложений в отчет по

практике могут включаться копии документов (нормативных актов, отчетов и др.), изученных и использованных обучающимся в период прохождения практики.

Отчет по практике предоставляется на листах формата А4, верхнее и нижнее поля - 20 мм, правое - 15 мм, левое - 30 мм, выравнивание текста - по ширине, абзацный отступ - 1,25 см. Объем отчета (без учета отзыва руководителя практики от профильной организации и индивидуального задания) должен составлять не менее 15 страниц печатного текста. Текст готовится с использованием текстового редактора Microsoft Word (или его аналога) и сохраняется в виде файла в форматах .doc или docx с использованием 1,5 интервала и применением 14 размера шрифта Times New Roman.

Форма титульного листа отчёта и дневника практики приведены в приложении.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ УЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Основная литература

1. 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>

2. 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.htm>

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>

4. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433256.html>

5. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424148.html>

6. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч.2: учебник в 2 ч.: / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2013. – 351 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509081>

7. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова О. П. Щепина и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -624 с. <http://www.rosmedlib.ru/>

8. Сборник задач по общественному здоровью: учебно-методическое пособие / Н.Ю. Перепелкина [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. – 84 с. <http://www.iprbookshop.ru/21865.html>

Дополнительная литература

1. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 141 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730071&theme=FEFU>

2. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н. В. Трухачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -379 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730137&theme=FEFU>

3. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М. :

ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 594 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/d_ata_geotar/geotar.xml.part1816..xml&theme=FEFU

4. Экономика здравоохранения / Под. ред. Решетникова А.В. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд., 2010. – 272 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:350145&theme=FEFU>

11. Экспертиза вреда здоровью. Утрата общей и профессиональной трудоспособности: Научно-практическое пособие / Под ред. проф. В.А. Клевно, С.Н. Пузина – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 320 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookId=415405>

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети

«Интернет», необходимых для освоения дисциплины

- 1.База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>
- 2.Интернет портал по здравоохранению <http://bio-x.ru/go.mail.ru/search?rf=e.mail.ru&fm=1&us=15&usln=3&usstr=здравоохранение&usqid=7d41348ea69338f3&hasnavig=1&sbmt=1509229987234&q=здравоохранение>
- 3.Сайт научные исследования <https://infopedia.su/4x3e87.html>;
<https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/663252>
- 4.Электронная библиотека СГАУ - <http://library.sgau.ru>
- 5.НЭБ - <http://elibrary.ru>
- 6.<http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
- 7.Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
- 8.<http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
- 9.<http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 10.<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.

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для реализации программы производственной практики используются помещения и оборудование (персональные компьютеры), библиотека ШБМ

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

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов выбор мест прохождения практики согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся и практика проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

Компьютерный класс на 22 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-	690922, Приморский край, г. Владивосток,
--	--

RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)	остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м ²
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	Читальные залы Научной библиотеки ДВФУ с открытым доступом к фонду (корпус А - уровень 10)

Базы учебных и производственных практик:

1. Медицинский центр ДВФУ
2. ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
3. КГАУЗ Владивостокская клиническая больница № 2
4. КГБУЗ Владивостокская клиническая больница №4
5. ГБУЗ Приморский краевой перинатальный центр



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

УЧЕБНАЯ ПРАКТИКА Б2.В.01(У)
«ОЗНАКОМИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА»

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение

(наименование направления подготовки)

магистерская программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки очная

Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор П.Ф.Кику
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Доцент кафедры ОЗиПМ к.м.н. В.Г.Морева
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Эксперты²:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

² Целесообразно ФОС по практике представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

**Паспорт ФОС по
УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ Б2.В.01(У)
«ОЗНАКОМИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА»**

1 Шкала оценивания сформированности компетенций

Таблица 1 – Шкала оценивания сформированности компетенций

Планируемый результат обучения (код и формулировка планируемых результатов практики)	Этап формирования компетенции, реализуемый в рамках практики	Показатели оценивания	Критерии
ПК-1 способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения	2 (базовый)	Знает принципы организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Умеет осуществлять прикладные и практические проекты и иные мероприятия по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Владеет навыками организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Владеет навыками планирования, изучения, анализа, оценки тенденций, прогнозирования мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения	да/нет

Результат обучения считается достигнутым, если уровень сформированности компетенций составляет более 60%.

Шкала оценивания:

менее 60% – «неудовлетворительно».

60% –79% положительно оцененных показателей – «удовлетворительно»,

80% – 89% – «хорошо»,

90% –100% – «отлично»,

Итоговая отметка может быть выведена как среднее арифметическое значение отметок по всем оцениваемым компетенциям (элементам компетенций).

Шкала оценивания и критерии оценки результатов защиты отчета по практике

При выставлении оценки «отлично» при защите отчета по практике студент должен демонстрировать высокий уровень, оценки «хорошо» - продвинутый уровень, а оценки «удовлетворительно» - пороговый.

Основные объекты оценивания результатов прохождения практики:

- деловая активность студента в процессе практики;
- производственная дисциплина студента;
- качество выполнения индивидуального задания;
- оформление дневника практики;
- качество выполнения и оформления отчета по практике;
- уровень ответов при сдаче зачета (защите отчета);
- характеристика и оценка работы студента руководителем практики с места прохождения практики

При выставлении оценки принимаются во внимание следующие показатели:

- глубина раскрытия выбранной темы исследования;
- научная новизна и самостоятельность проведенного исследования;
- соответствие уровня подготовленных магистрантом учебно-методических материалов по теме учебного занятия предъявляемым требованиям;
- оценка методического уровня подготовки, организации и проведения учебного занятия;
- соответствие отчетных документов по практике основным требованиям;
- характеристика с места прохождения практики;

- участие в итоговой конференции;
- мнение научного руководителя.

Критерии выставления оценки студенту на зачете по практике

Оценка	Требования к сформированным компетенциям
<i>«отлично»</i>	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, умеет приводить примеры, ответил на все вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью, глубиной и полнотой раскрытия темы
<i>«хорошо»</i>	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, хорошо справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответил на основные вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью и полнотой раскрытия темы, однако допускается одна - две неточности в ответе.
<i>«удовлетворительно»</i>	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он выполнил основную часть программы практики, но с трудом умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, в целом справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответы на вопросы во время защиты практики отличаются недостаточной глубиной и полнотой
<i>«неудовлетворительно»</i>	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не выполнил программу практики, не умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, не справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не ответил на основные вопросы во время защиты практики

Студент, не выполнивший программу практики по уважительной причине, направляется на практику повторно в свободное от аудиторных занятий время. Студент, не выполнивший программу практики без уважительной причины или получивший неудовлетворительную оценку, считается имеющим академическую задолженность. Ликвидация этой задолженности проводится в соответствии с нормативными документами ДВФУ.

Типовые задания для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

За время практики студенту необходимо выполнить индивидуальное задание по более углубленному изучению отдельных направлений работы или видов деятельности организации, решению конкретных задач в интересах базы практики и ДВФУ.

Пример индивидуального задания на учебную практику

Изучить структуру медицинской организации, организацию и технологию производства, основные функций производственных, экономических и управленческих подразделений; планирование работы медицинской организации; проанализировать научно-исследовательскую, производственную структурных подразделений медорганизации при проведении практической деятельности; материально-техническое и кадровое обеспечение практической работы; оценить номенклатуру и качество оказываемых услуг; изучить механизм формирования затрат, их эффективность, а также – механизм ценообразования; финансовые результаты деятельности медицинской организации; эффективность производственной и управленческой деятельности; провести анализ информационного обеспечения управления медорганизацией, анализ управления организацией с позиций эффективности производства; изучить методы стимулирования, применяемые в медицинской организации.

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Для получения зачёта с оценкой по результатам практики студент должен полностью выполнить программу практики, своевременно оформить и представить на кафедру все необходимые отчетные документы.

Результаты проделанной работы должны получить отражение в отчёте о практике. Отчет проверяется и подписывается руководителем практики от организации, затем представляется руководителю практики от вуза на последней неделе практики в установленный срок. В случае, если местом

прохождения практики является кафедра ДВФУ, отчет оформляется студентом и сдается руководителю практики от вуза.

Итоговая оценка за практику выставляется на основании всех представленных документов, посредством которых выявляется регулярность посещения места практики, тщательность составления отчета, инициативность студента, проявленная в процессе практики и способность к самостоятельной профессиональной деятельности.

Результаты прохождения практики оцениваются по следующим критериям:

- уровню освоения компетенций;
- отзыву руководителя практики от организации;
- практическим результатам проведенных работ и их значимости;
- качеству ответов студента на вопросы по существу отчета.

По результатам проведения практики и защиты отчетов студентов, преподавателем – руководителем практики составляется сводный отчет.

Зачет по практике приравнивается к оценкам по теоретическому обучению и учитывается при подведении итогов общей успеваемости студентов. Оценка, полученная студентами на зачете, учитывается при назначении стипендии.

Студенту, не выполнившему программу практики по уважительной причине, продлевается срок ее прохождения без отрыва от учёбы. В случае невыполнения программы практики, непредставления отчёта о практике, либо получения отрицательного отзыва руководителя практики от предприятия, где практиковался студент, и неудовлетворительной оценки при защите отчёта студент может быть отчислен из университета.

Оформление отчёта по практике

Отчет по учебной практике составляется в соответствии с основным этапом программы практики и отражает выполнение индивидуального задания. Объем отчета должен составлять 15-25 страниц машинописного текста (без учета приложений). Отчет оформляется на бумаге формата А4

(210x297 мм) и брошюруется в единый блок. Текст отчета излагается на одной стороне листа, шрифтом Times New Roman, 14 размером, через 1,5 интервала. Каждая страница работы оформляется со следующими полями: левое - 30 мм; правое - 10 мм; верхнее - 20 мм; нижнее - 20 мм. Абзацный отступ в тексте - 1,5 см. Все страницы работы должны иметь сквозную нумерацию, включая приложения. Нумерация производится арабскими цифрами, при этом порядковый номер страницы ставится в нижнем правом углу, начиная с оглавления после титульного листа. Все структурные элементы отчета о практике брошюруются (сшиваются).

Отчет должен быть иллюстрирован таблицами, графиками, схемами, заполненными бланками, рисунками. Страницы отчета нумеруют арабскими цифрами, с соблюдением сквозной нумерации по всему тексту. Номер проставляется в центре нижней части листа (выравнивание от центра) без точки в конце номера. Схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объём работы. Если они не могут быть приведены в варианте компьютерной графики, их следует выполнять черными чернилами или тушью. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется. Цифровой материал должен оформляться в виде таблиц. Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице. На все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами порядковой нумерацией в пределах всего текста отчета. Номер следует размещать над таблицей слева без абзацного отступа после слова «Таблица». Каждая таблица должна иметь заголовок, который помещается в одну строку с её номером через тире. Рисунки (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице.

Содержание разделов отчёта

Титульный лист (приложение 1)

Содержание

Введение

Основная часть

- Общая характеристика базы практики
- Описание рабочего места и функциональных обязанностей
- Индивидуальное задание для прохождения практики (приложение 2)

Заключение о результатах практики

Список использованных источников и литературы

Приложения.

Рекомендации по содержанию отчета

Во введении необходимо описать цели и задачи практики, дать краткую характеристику места практики (организации), сформулировать миссию предприятия.

Основная часть должна содержать описание истории создания места практики, организационной структуры медицинской организации, конкурентной среды организации, сферы деятельности объекта практики.

Далее описываются этапы выполнения работ в соответствии с индивидуальным заданием, приводятся предложения по совершенствованию и организации работы предприятия.

Заключение отражает достигнутые результаты, анализ возникших проблем и варианты их устранения, собственную оценку уровня своей профессиональной подготовки по итогам практики. Отчет должен отражать мнение студента к изученным в ходе теоретической подготовки вопросам, их соответствия реальной деятельности, а также какие специальные навыки и знания студент приобрел в ходе практики.

К отчету о прохождении практики прилагаются:

- отзыв руководителя практики от принимающей стороны:
характеристика отношения практиканта к работе, дисциплинированность,

наличие необходимых навыков работы, проявленных деловых и моральных качеств, общая оценка всей работы практиканта за период практики, в произвольной форме (в случае если местом прохождения практики является ДВФУ, отзыв руководителя практики не оформляется);

- дневник практики, заверенный руководителем практики от принимающей стороны, включающий перечень и краткое описание ежедневных видов работ, выполненных студентом во время практики в соответствии с календарным планом прохождения практики (приложение 3).



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

ОТЧЕТ

ОЗНАКОМИТЕЛЬНАЯ ПРАКТИКА (УЧЕБНАЯ)

по основной образовательной программе подготовки магистров

по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»

Автор работы студент группы М 7107

Фамилия Имя Отчество _____

подпись

« ____ » _____ 2019 г.

Руководитель практики от ШБМ ДВФУ

доцент, к.м.н. В.Г. Морева

Отчет защищен с оценкой _____

доцент, к.м.н. В.Г. Морева

« ____ » _____ 2019 г.

г. Владивосток
2019

**Индивидуальное задание по учебной практике
ОЗНАКОМИТЕЛЬНАЯ**

Студенту группы М _____

Место прохождения практики _____

Сроки прохождения практики с _____ по _____ 20__ года

Виды работ и требования по их выполнению _____

Руководитель практики от ДВФУ

« ___ » _____ 20__ г.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

Фамилия Имя Отчество

Дневник

прохождения ознакомительной практики
(учебная, рассредоточенная с ____ по ____) (2 недели)

**по основной образовательной программе подготовки магистров
по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»**

Место практики – Департамент ОЗиПМ
ШБМ ДФУ

Время практики:
начало ____ г.
окончание ____ г.
Руководитель практики
доцент, к.м.н.В.Г.Морева

**г. Владивосток
2019**

Содержание учебной практики

Рекомендации по ведению дневника практики

Студент проходит практику в соответствии с утвержденным календарным графиком учебного процесса.

Каждый студент в период практики обязан вести дневник о прохождении практики.

Заполнение дневника производится регулярно и аккуратно. В дневнике отражается фактическая работа студента и мероприятия, в которых он принимает участие. Дневник периодически просматривается руководителем практики. Подробное описание всех выполненных работ приводится в отчете по практике.

По окончании практики дневник заверяется руководителем практики.



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 ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ Б2.В.02(Н) «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ СЕМИНАР: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

Направление подготовки 32.04.01 - Общественное здравоохранение
(уровень магистратуры)

Профиль подготовки Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника магистр

г. Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор
(занимаемая должность)

П.Ф.Кику
(инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н.
(занимаемая должность)

В.Г.Морева
(инициалы, фамилия)

Эксперты³:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

**Программа практики обсуждена на заседании Департамента ОЗиПМ,
протокол № 8 от 06 июня 2019г.**

³ Целесообразно программу практики представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

1. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Программа семинара разработана в соответствии с:

- требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.04.2017 N 301 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 29.06.2015 № 636 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 09.11.2015 г. № 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;
- Положением о практике обучающихся, осваивающих образовательные программы высшего образования – программы бакалавриата, программы специалитета и программы магистратуры в школах ДВФУ, утвержденного приказом от 14 мая 2018г. № 12-13-870;
- с Положением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850.

2. ЦЕЛИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СЕМИНАРА

Целями научно-исследовательского семинара «Сравнительный анализ систем здравоохранения» по специальности 32.04.01 «Общественное здравоохранение» являются формирование у магистров целостного теоретического представления о системе здравоохранения, раскрытие ключевых проблем современного законодательства и практики в области здравоохранения.

3. ЗАДАЧИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СЕМИНАРА

Задачами научно-исследовательского семинара являются:

1. Изучение действующего законодательства РФ, международных норм права в области медицины.

2. Проведение сравнительного анализа систем здравоохранения, формирование целостного представления о системе и структуре законодательства о здравоохранении зарубежных стран, выявление и анализ основных тенденций в области развития здравоохранения, анализ преимуществ и недостатков различных систем.

3. Привить навыки и умения использования полученных знаний в практической деятельности.

В результате изучения дисциплины «Сравнительный анализ систем здравоохранения» обучающиеся должны:

Знать:

- влияние российской медицины на развитие систем здравоохранения в мире;
- анализ различных систем здравоохранения;
- преимущества и недостатки различных систем здравоохранения.

Уметь:

- применять методологию системного анализа при оценке системы здравоохранения и выработке практических рекомендаций;
- применять знания для разработки комплексных целевых программ развития здравоохранения.

Владеть:

- знаниями в области международного медицинского права, когда объектом защиты являются интересы, связанные с жизнью, здоровьем, трудоспособностью;
- знаниями в области экономики здравоохранения различных стран и систем здравоохранения.

4. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМ СЕМИНАРЕ (НИС)

Общие сведения о НИС представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вид практики	<i>НИР</i>
Тип практики	<i>Научно-исследовательский семинар «Сравнительный анализ систем здравоохранения»</i>
Способ проведения	<i>Стационарная</i>
Форма (формы) проведения	<i>Дискретно, рассредоточенная</i>
Объем практики в зачетных единицах	<i>3 з.е.</i>
Продолжительность практики	<i>2 недели, 108 ак. час. (18 часов аудиторной работы, 90 часов - самостоятельной работы студентов)</i>
Курс, семестр	<i>1 курс, 2 семестр</i>
Базы практики	<i>Департамент ОЗиПМ</i>

7. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СЕМИНАРА

В таблице 2 представлены планируемые результаты НИС

Таблица 2

Вид профессиональной деятельности	Планируемые результаты практики (код, формулировка компетенций или элементов компетенций)
--	--

<i>Научно-производственная и проектная</i>	<i>ПК-6 - способность разрабатывать планы и программы, формировать систему показателей деятельности медицинской организации, оценивать эффективность деятельности медицинской организации, вырабатывать варианты управленческих решений и оценивать риски, связанные с их реализацией;</i>
<i>Организационно-управленческая</i>	<i>ПК-3 - способность организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации</i>

8. МЕСТО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СЕМИНАРА В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

НИС «Сравнительный анализ систем здравоохранения» является составной частью раздела «Практики» основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение (уровень магистратура). Магистранты проходят семинар на 1 году обучения во 2 семестре.

НИС «Сравнительный анализ систем здравоохранения» связан с другими курсами государственного образовательного стандарта: «Методология научных исследований в здравоохранении», «Информационные технологии в здравоохранении», «Оценка технологий здравоохранения».

Рабочая программа курса включает 18 часов практических занятий и 90 часов самостоятельной работы студента.

Результаты НИС должны быть использованы в дальнейшем – при прохождении курса Здравоохранение в зарубежных странах. Международное сотрудничество в области здравоохранения, научно-производственной (проектной) и преддипломной практик.

9. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СЕМИНАРА

I. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОЙ ЧАСТИ КУРСА

Практические занятия (18 часов)

Тема 1. Общая характеристика системы здравоохранения, как системы (4 час.)

1. Определение системы здравоохранения.
2. Здравоохранение в различных странах.
3. Международное сотрудничество в области охраны здоровья

Тема 2. Здравоохранение в РФ. Система охраны здоровья граждан в Российской Федерации (2 час.)

1. Здравоохранение в РФ.
2. Система охраны здоровья граждан в Российской Федерации.

Тема 3. Система здравоохранения США (2 час.)

1. Структура системы здравоохранения США.
2. Государственные программы.
3. Врачи США.
4. Медицинские расходы.
5. Медицинская страховка.
6. Реформа здравоохранения США.

Тема 4. Система здравоохранения Канады (2 час.)

1. История возникновения.
2. Структура медицинской службы.
3. Частная медицина.
4. Нормирование и контроль в здравоохранении.
5. Медицинские кадры.
6. Финансирование и система оплаты.

Тема 5. Система здравоохранения Кубы (2 час.)

1. Кубинская система здравоохранения – лучшая в мире.
2. Институт семейных врачей.
3. Медицинское образование на Кубе.

4. Профилактическая направленность кубинской медицины.
5. Проблемы здравоохранения Кубы.
6. Предпосылки для преимуществ Кубинской модели здравоохранения.

Тема 6. Система здравоохранения Великобритании (2 час.)

1. История возникновения.
2. Структура медицинской службы.
3. Частная медицина.
4. Нормирование и контроль в здравоохранении.
5. Медицинские кадры.
6. Финансирование и система оплаты.
7. Сходство и различия систем здравоохранения Великобритании и России.

Тема 7. Система здравоохранения Китая и Северной Кореи (2 час.)

1. Система здравоохранения Китая.
2. Система здравоохранения Северной Кореи.

Тема 8. Система здравоохранения Японии (2 час.)

1. Система страховых в Японии.
2. Особенности японской системы здравоохранения.
3. Здравоохранение Японии и технический прогресс.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПРИ ПОДГОТОВКЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СЕМИНАРА

Учебные материалы

Тема 2. Здравоохранение в РФ.

Здравоохранение — отрасль деятельности государства, целью которой является организация и обеспечение

доступного медицинского обслуживания населения, сохранение и повышение его уровня здоровья.

Представляет собой совокупность мер политического, экономического, социального, правового, научного, медицинского, санитарно-гигиенического, противоэпидемического и культурного характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае ухудшения здоровья. Для осуществления этих мер создаются специальные социальные институты.

Развитие общественной медицины в России с современных позиций изучено явно недостаточно. Запутанным остается вопрос о взаимосвязи общественной и земской медицины. Это объясняется, прежде всего, поверхностным исследованием ряда проблем истории отечественной медицины второй половины XVIII—первой половины XIX века.

Представление о том, что общественная медицина родилась на гребне революционной волны 50-х годов XIX века, как и отождествление ее с земской медициной, не соответствуют ходу общественного развития в России. Еще в 1958 г. М. П. Мультиановский обращал внимание на «укоренившееся игнорирование» эпохи, предшествовавшей земской медицине, подчеркивая необходимость более глубокого ее изучения. Именно в этот период, отражавший зарождение в стране капиталистических производственных отношений, под влиянием просветительских идей шло исключительно бурное развитие прогрессивной общественной мысли, в том числе и общественно-медицинской.

В 80—90-е годы прошлого столетия сформировались либерально-просветительское и либерально-реформистское направление общественно-медицинской мысли. С именем А. Н. Радищева связано зарождение ее революционного направления, получившего свое выражение в программных документах декабристов, впервые подошедших к здравоохранению и медицине как к важнейшей сфере общественно-политической жизни страны.

Под влиянием этих направлений и началась общественно-медицинская деятельность в России.

Зарождение и становление общественной медицины в России связано прежде всего с концепцией выдающихся просветителей конца XVIII—начала XIX века Н. И. Новикова и А. С. Кайсарова о необходимости общественной инициативы в решении важнейших вопросов в жизни нации, в том числе здравоохранения. Эта концепция получила дальнейшее развитие в уставе декабристского Союза благоденствия. В этот период в России стали возникать первые органы периодической медицинской печати, врачебные общества, общественные лечебницы и аптеки, благотворительные организации.

В разночинный период революционно-освободительной борьбы в России дальнейшее развитие общественно-медицинской мысли шло под влиянием революционного и либерального направлений. Революционное направление определяли теории утопического социализма, основной формой которого стало народничество. Его идеологи Н. Г. Чернышевский, Д. И. Писарев, П. А. Лавров и др. придавали большое значение вопросам народонаселения, социальной гигиены, медицинского обеспечения народных масс. В 60—70-е годы народничество превратилось в массовую идеологию разночинной интеллигенции, стремившейся быть выразителем интересов крестьянства.

Различные философско-методологические направления теоретиков народничества объединяло стремление обосновать право личности на социальную активность. В этот период многие врачи и студенты-медики становились на путь революционной борьбы. П. И. Боков, В. С. Курочкин, В. О. Португалов, В. А. Манассеин, А. В. Петров, П. А. Песков и др. были активными членами «Земли и воли» 60-х годов.

Вопросы здравоохранения находили свое отражение в политических документах революционного народничества.

В программе «Народной волн» говорилось: «Опутанный со всех сторон, народ доводится до физического вырождения, до отупения, забитости, нищенства — до рабства во всех отношениях. Поэтому мы, как социалисты и народники, должны поставить своей ближайшей задачей снять с народа подавляющий гнет современного государства, произвести политический переворот с целью передачи власти народу».

Врачи-демократы В. О. Португалов и А. В. Петров стали крупными представителями революционного направления общественно-медицинской мысли. Первостепенное значение они придавали «предупредительной» медицине, успехи которой связывали с ликвидацией голода и нищеты. «Лечите людей какими угодно средствами, — писал В. О. Португалов, — или вовсе не лечите, смертность в том и другом случае будет почти одинакова. Хоть это кажется невероятным, ужасным, но это так... Мы убеждены, что степень заболеваемости и смертности человечества совершается в силу существующих условий социального быта». Его социально-гигиенические исследования использовали в своих работах крупные теоретики народничества П. А. Лавров и Н. В. Шелгунов.

Первая революционная ситуация в России привела к бурному развитию общественной медицины: появились десятки новых врачебных обществ, периодических медицинских изданий, общественных лечебных учреждений. В конце 50-х — начале 60-х годов возросла роль русских университетов как центров свободомыслия. Работавшие в них стремились к широкой общественной деятельности.

В 1859 г. профессор Московского университета Ф. И. Иноземцев совместно с С. А. Смирновым учредил «Общество русских врачей» с бесплатной при нем лечебницей для бедных больных. Общество ставило своей целью «приложить медицину к нуждам страны», к «сбережению общественного здоровья». Его деятельность высоко ценил Н. Г. Чернышевский. На страницах «Московской медицинской газеты» (редакторы проф. Ф. И. Иноземцев и др.), «Современной медицины» (редактор проф. А.

П. Вальтер), «Медицинского вестника» (редактор проф. Я. П. Чистович) велись оживленные дискуссии по актуальным вопросам практической медицинской помощи, ее организации: кто должен оказывать медицинскую помощь крестьянам - врач, фельдшер или священник: стационарной или разъездной должна она быть: каково должно быть взаимоотношение лечебного и профилактического направлений; кто должен оплачивать медицинскую помощь крестьянам? Высказывалась мысль о необходимости врачебных съездов.

«По нашему мнению, — писал профессор Московского университета С. П. Костарев, — ничего не может быть естественнее, полезнее, необходимее, как предварительное обсуждение общественно-гигиенических вопросов в ученых обществах врачей и в специальной медицинской печати, прежде чем они перейдут в формальное предписание».

Большой вклад в разработку профилактического направления русской общественно-медицинской мысли внесли ученые-медики Казанского университета. В 1865 г. профессор гигиены А. И. Якобнн писал в официальной записке: «Я всегда был вполне убежден, что гигиене, как учению о народном здравии и счастье, предстоит играть высокую, решающую роль в деле народного и государственного развития... Гигиена... разбирает почти всю общественную жизнь; поскольку она относится к области медицины, ее законы применимы на деле и вдобавок обязательны для общества». Три года спустя, в актовой речи «Гигиена и цивилизация» он определил гигиену как науку о человеческом счастье, опирающуюся на знание биологии и социологии. Профессор того же университета И. П. Скворцов в речи «Гигиена и цивилизация» (1873 г.) утверждал, что именно гигиена должна регулировать взаимоотношения между человеком и цивилизацией.

Обществу врачей Казани, созданному в 1868 г. проф. Н. А. Виноградовым, учеником С. П. Боткина, принадлежит особая роль в истории отечественной общественной медицины. В 1870 г. его возглавил проф. А. В.

Петров, бывший член Казанского комитета «Земли и воли». Через 3 года общество насчитывало 184 члена, причем в него входили врачи, жившие в разных местах страны — от Бессарабии до Забайкалья.

Тема 3. Система здравоохранения США

Система здравоохранения в Соединённых Штатах Америки занимает ведущее место в мире по масштабам сосредоточенных в ней ресурсов. Число занятых в отрасли людей — свыше 10 млн. человек. По расходам на медицину США занимают первое место в мире — как в абсолютных цифрах (2,26 триллиона долларов, или 7439 долларов на одного человека), так и в процентах к ВВП (16 %). Причём, согласно прогнозам, к 2015 г. расходы вырастут до 4 триллионов долларов, или 12 000 долларов на каждого жителя.

Соединённые Штаты занимают ведущее место в мире по уровню и результативности научных исследований. Здравоохранение в США обеспечено самым совершенным медицинским оборудованием, лекарствами и расходными материалами. Сегодня большую часть Нобелевских премий в области медицины получают представители США — 18 из 25 последних лауреатов были американскими гражданами либо приглашёнными учёными. На американцев приходится половина всех созданных за последние 20 лет медицинских препаратов. По уровню своих доходов американские врачи гораздо превосходят своих коллег из других стран. В американской медицине работает налаженная система контроля качества услуг, права пациента и его отношения с врачом регламентирует серьёзная законодательная база. В случае врачебных ошибок пациенту предоставляются услуги специальных адвокатов, которые помогут добиться крупных материальных компенсаций.

Согласно исследованиям ВОЗ на 2000 г., США обладают самой стабильной медицинской системой, способной к быстрому реагированию в изменяющихся условиях. Также Америка занимает лидирующие позиции по

конфиденциальности и уважительному отношению к больным, по своевременности оказания помощи и удовлетворение нужд пациентов.

Хотя при этом США заняли лишь 37-е место по уровню оказания медицинской помощи и 72-е по общему уровню здоровья.

Согласно опросу Центра контроля заболеваний Национального центра статистики в области здравоохранения, проведённому в 2006 году, 66 % респондентов отметили своё здоровье как «отличное» или «очень хорошее».

По данным CIA World Factbook, Америка находится на 41-м месте в мире по уровню детской смертности (самый плохой показатель среди развитых стран) и на 45-м — по продолжительности жизни.

США — единственная промышленно развитая нация, которая не гарантирует своим гражданам универсальной и всеохватной системы медицинского страхования. Несмотря на впечатляющие успехи американского здравоохранения и системы медицинских услуг, миллионам американцев они недоступны, из-за чрезвычайного роста стоимости. Бюро переписи населения США опубликовало данные, согласно которым в 2009 году не имели медицинской страховки 50,7 миллионов жителей (в том числе 9,9 миллионов неграждан), или 16,7 % населения. Еще для 30 % медицинская помощь оказывается в неполном объёме. По данным доклада Института медицины, опубликованному в 2004 году, отсутствие медицинского страхования служит причиной примерно 18 000 смертей ежегодно. По аналогичным исследованиям Гарварда (2009 год), цифра составляет 44 800 дополнительных смертей.

Структура системы здравоохранения

Ответственность за здоровье нации несёт Министерство здравоохранения и социальных служб США, во главе которого секретарь (министр), который подчиняется непосредственно президенту. В министерство входят 10 официальных представителей в регионах («директоров»). Нужно отметить, что в Соединённых Штатах Министерство

здравоохранения играет весьма скромную роль в связи с незначительной долей государственного участия в отрасли. Среди основных задач — контроль за медицинской системой и реализацией социальных программ, контроль за медицинской наукой, мониторинг и донесение до сведения властей ситуации в области здоровья, благосостояния и социального обеспечения населения. Непосредственно решением проблем медицины занимаются следующие подразделения в составе Министерства — Служба общественного здравоохранения и Управление финансирования медицинской помощи. Кроме Министерства здравоохранения, часть функций в области здравоохранения несут специальные подразделения Министерства труда, Агентства по охране окружающей среды и других государственных ведомств.

Медицина США функционирует на следующих уровнях:

- *семейная медицина* — врачи проводят общий осмотр пациентов, направляя при необходимости их к более узкому специалисту.

- *госпитальная помощь* — занимает центральное место в медицинской системе, хотя в последнее время её значение снижается и вытесняется деятельностью поликлиник, скорой помощи и домов престарелых. Госпитали делятся на коммерческие и некоммерческие и по структуре аналогичны российским больницам.

- *общественное здравоохранение.*

Система здравоохранения состоит из многочисленных служб, различающихся по типу финансирования и выполняемым функциям, среди которых:

- Службы общественного здоровья и профилактической медицины — занимаются профилактикой заболеваний, надзором за экологическим состоянием, контролем качества пищи, воды, воздуха и т. д.

- Службы неотложной амбулаторной помощи

- Простое стационарное обслуживание — специализируется на кратковременной госпитализации.

- Сложное стационарное обслуживание — предоставление длительного, высококвалифицированного и технически сложного лечения в стационаре.

Система здравоохранения США имеет плюралистический характер, что выражается в отсутствии единого централизованного управления и многочисленных типах медицинских учреждений. Но абсолютно все учреждения предоставляют медицинские услуги исключительно платно. Для ряда категорий граждан, что лечатся бесплатно, расходы компенсируются государством или специальными фондами.

Больницы в Америке делятся на три типа:

- *государственные* — финансирование ведётся федеральным и штатным правительством. Предоставляют услуги для ветеранов, инвалидов, госслужащих, больных туберкулезом и психическими заболеваниями.

- *частные прибыльные (коммерческие)* (до 30 % всех больниц) — представляют собой типичное бизнес-предприятие, формирующее свой капитал на индивидуальной, групповой и акционерной основе.

- *частные «бесприбыльные»* — создаются по инициативе религиозных или этнических групп или местных жителей, на них приходится до 70 % от общего конечного фонда. Главное отличие от предыдущего типа заключается в том, что полученные доходы идут не держателям акций в виде дивидендов, а вкладываются в больницу, что повышает качество обслуживания, технического оснащения и т. д. Государство поддерживает такую деятельность в виде льготного налогообложения. Несмотря на «бесприбыльный» статус учреждения, лечение, как и в коммерческом госпитале, остаётся платным. Популярность подобного статуса больниц можно объяснить стремлением избежать уплаты налогов.

В стране действует 1100 учебных больниц. 375 крупных учреждений принадлежит Совету госпитального обучения при Ассоциации американских медицинских колледжей (англ. *Association of American Medical Colleges' Council of Teaching Hospitals and Health Systems (COTH)*). На больницы COTH приходится приблизительно 40 % больничной благотворительности в стране.

Государственные программы

Для нуждающихся граждан страны правительство США предоставляет две специальные программы — Medicaid и Medicare. По данным на конец 1990-х, расходы на две эти программы перевалили за 300 млрд долл.

Программа **Medicaid**, рассчитанная на помощь людям с низким уровнем доходов, финансируется как федеральным правительством, так и на уровне штатов. Поскольку каждый отдельный штат имеет свою собственную программу Medicaid, это создаёт значительные сложности в государственном управлении. Чтобы воспользоваться услугами Medicaid, необходимо доказать, что материальное положение у данного человека ниже определённого уровня. По этой программе предоставляется 5 услуг: стационарное и амбулаторное лечение, консультации различных специалистов, пребывание в домах престарелых, лабораторная диагностика и рентгенологические методы исследования. «Медикэйд» играет огромную роль с точки зрения выстраивания стартовых возможностей для разных категорий населения и перераспределения доходов в стране. По данным на 2006 год, программа помогла 38,3 млн. американцев.

Medicare нацелена на помощь лицам старше 65 лет, а также гражданам предпенсионного возраста, имеющим проблемы со здоровьем. В качестве источников финансирования выступают: налог на фонд заработной платы, прогрессивный подоходный налог и налог на прибыль корпораций. Медикэр стабильно обеспечивает от 35 % до 50 % дохода больниц. Среди услуг, охватываемых программой, — стационарное лечение, некоторые профилактические услуги, домашнее обслуживание, диагностические

процедуры и короткое проживание в домах престарелых. Однако не предоставляются длительная госпитализация, бесплатное получение слуховых аппаратов и рецептурных препаратов. Программа охватывает 40,3 млн. пациентов. К началу XXI в. данная социальная программа столкнулась со значительными сложностями, связанными со старением населения и увеличением доли пенсионеров: в 1996 г. одного получателя пособия по социальному страхованию обеспечивали лишь трое работающих. В результате выплаты по программе значительно превышают сделанные ранее вложения. На конец 90-х расходы на «Медикэр» составляли 2,6 % ВВП.

Tricare предоставляет страховку для ветеранов и их семей.

Профессия врача в США является престижной и высокооплачиваемой. Врачи стабильно оккупируют первую десятку в списке самых высокооплачиваемых профессий страны. Средняя зарплата доктора в США составляет \$150000 в год. Это богатая влиятельная социальная группа с широкими лоббистскими возможностями.

Медицинское образование в США

Учёба в медицинской школе (после окончания средней школы и колледжа) занимает 4-6 лет, по окончании которой студенты получают медицинское образование и диплом врача. Всего в США действует 125 медицинских институтов (школ). Экзамены у студентов принимают представители частного сектора с использованием стандартов, установленных Координационным комитетом по медицинскому образованию. Затем следует период 3-х летней резидентуры, когда стажёры выбирают одну из 24 специальностей. Нужно отметить, что для некоторых профессий продолжительность резидентуры своя — для кардиохирурга это 8 лет, для кардиолога — 6 лет.

В американской медицинской традиции сложилась практика, когда лечат не всего человека, а отдельные его органы. Лечение отдано на откуп

«узким» специалистам, которые обращают внимание только на то, что является объектом их профессиональной квалификации.

Отличительной особенностью американской медицины являются и особенные личные отношения между врачом и пациентом. Пациента считают партнёром врача, больному подробно разъясняют его состояние и прислушиваются к его мнению при выборе тактики лечения. Мнению пациента в оценке качества медицинской помощи придаёт огромное, иногда чрезмерное значение. Такое положение, по мнению ряда экспертов, ведёт к искажению оценки, поскольку пациент всегда субъективен и далеко не всегда способен объективно оценить качество обслуживания. Такое положение вещей, скорее всего, связано с боязнью судебных исков.

В последнее время сложилась тенденция распространения врачей, работающих посменно — «госпиталистов» (hospitalists). Госпиталист врача может осматривать пациента, которого необходимо отправить в больницу, в то время как сам врач будет заниматься приёмом больных по расписанию. Подобные функции в акушерстве и гинекологии выполняют «лабористы» (laborists).

По сравнению с другими странами, в США работает мало медиков в расчёте на 1 тыс. человек.

Нужно также заметить и высокую стоимость обучения. В результате получивший образование специалист имеет огромный долг — для выпускника муниципального медицинского вуза он составляет \$100000, для выпускника частных вузов — \$135000 (по данным на 2003 год). В 1984 эти цифры составляли \$22000 и \$27000 соответственно. Причём в период между 1995 и 2003 чистый доход врача снизился примерно на 7%. Всё это подталкивает молодых американских абитуриентов отправляться на учёбу в медицинские школы Карибского бассейна, которые позволяют немало сэкономить на медицинском образовании.

Существуют и огромные риски, связанные с судебными исками со стороны пациента. И хотя 91% всех исков по ненадлежащей медицинской

практике врачами успешно оспариваются, огромные неудобства представляют большая длительность рассмотрения дел (в среднем 4,5 года) и высокие траты на адвокатов. В результате американские врачи, в отличие от своих европейских коллег, вынуждены покупать чрезвычайно дорогие полисы страхования профессиональной ответственности, защищающие их от исков.

Согласно данным Американской медицинской ассоциации (АМА) в течение следующих 15 лет США ощутят нехватку от 90 до 200 тыс. врачей. Это вызвано старением населения и неизменным количеством выпускников медицинских школ.

Медицинские расходы

Согласно текущим оценкам, расходы на здравоохранение в США составляют 16 % ВВП, по этому показателю США занимают второе место среди государств-членов ООН, после Восточного Тимора. По данным Министерства здравоохранения, к 2017 году расходы на медицину вырастут на 6,7 % и составят 19,5 % ВВП.

В 2009 году федеральными, региональными и местными органами власти, юридическими и физическими лицами на здравоохранение было потрачено \$ 2,5 трлн, или \$ 8047 на человека. Эта сумма представляет 17,3 % от ВВП по сравнению с 16,2 % в 2008 году. Расходы на медицинское страхование растут быстрее, чем заработная плата или инфляция, и медицинские долги были названы причиной около половины банкротств, зарегистрированных в США в 2001 году. Из каждого доллара, потраченного на здравоохранение в Соединённых Штатах, на стационарное лечение идёт 31 %, на врачебные/ клинические услуги — 21 %, на медикаментозное лечение — 10 %, на содержание в домах престарелых — 6 %, на лечение зубов — 4 %, на домашнее обслуживание — 3 %, на другие розничные продукты 3 %, на государственные мероприятия в области здравоохранения — 3 %, на инвестиции — 7 %, административные

расходы — 7 %, остальное приходится на другие профессиональные услуги (физиотерапевты, офтальмологи и т. д.).

По данным Бюджетного управления Конгресса, рост расходов на медицину наполовину был обеспечен изменением в обслуживании благодаря технологическим достижениям. В числе других факторов — высокий уровень дохода, изменения в страховом покрытии и рост цен.

По данным исследования Организации экономического сотрудничества и развития, несмотря на то, что США тратят на медицину больше любой другой страны на планете, потребление медицинских услуг ниже среднего по большинству показателей. Авторы исследования заключили, что в США намного выше закупочные цены на медицинские услуги. По словам экономиста Ханса Шеннхольца (англ. *Hans Sennholz*), основной причиной роста расходов на здравоохранение в США могут быть программы Medicare и Medicaid .

Причём медицинские расходы в Соединённых Штатах распределены по населению неравномерно. Анализ трат на здравоохранение, проведенный в 1996 году, показал, что на 1 % населения с самыми высокими затратами приходилось 27 % совокупных расходов на здравоохранение. На 5 % населения приходилось более половины всех расходов.

Люди старших возрастных групп тратят в среднем намного больше средств, чем взрослые трудоспособного возраста и дети.

По сообщению *The Wall Street Journal* на сентябрь 2008 года, потребители в ответ на текущие экономические замедления стали сокращать расходы на медицину. Причём это касалось как закупки лекарств, так и частоты посещений врача.

По данным на 2009 год, проживание в отдельной комнате в доме престарелых стоило \$ 219 в день. Услуги домашнего врача — в среднем \$ 21 в час.

Медицинская страховка

В США нет обязательного медицинского страхования. Расходы на медицину ложатся на плечи каждого конкретного человека. К 2008 году из 300 млн. жителей 47 млн. не имели никакого медицинского страхования и лишены доступа к квалифицированной медицинской помощи, еще 50 млн. были застрахованы по минимуму, что не позволяло им рассчитывать на дорогие лекарства и сложные операции. За период 2000—2008 гг. стоимость страхования росла в 3,7 раз быстрее, чем средняя зарплата.

Нужно отметить, что страховка покрывает далеко не все, а лишь чётко ограниченный перечень медицинских услуг. Туда не входят, например, услуги стоматолога, офтальмолога, педиатра и психиатра и др. Страховку по принципу «все включено» могут позволить себе только очень богатые люди. В результате серьёзная травма или заболевание способны сильно подорвать бюджет семьи — медицинские счета являются причиной половины банкротств частных лиц в США. По словам министра здравоохранения и социального развития США Майка Ливитта «Мы считаем, что американская система неэффективна на сегодня или не так эффективна, как могла бы быть».

Большинство медицинских страховых компаний отказываются страховать тяжело болеющих людей. Также почти никогда не оплачивается лечение заболеваний, приобретенных до оформления страховки.

Страховка обычно покрывает стоимость лекарств, большинство из которых доступны только по рецепту врача.

Для малообеспеченных граждан действует специальная программа Medicaid, для престарелых — Medicare. К услугам остальных категорий населения три рынка страхования — для крупных компаний, для мелких предприятий (от 2 до 50 человек) и индивидуальная страховка. При этом, помощь на разных уровнях страховки будет оказываться по-разному, что порождает дискриминацию.

Страховку имеют 84,7 % американцев. 59,3 % получает страховку от работодателя, 8,9 % приобретают её отдельно, 27,8 % пользуются специальными государственными программами.

По данным Bloomberg View, рынок медицинского страхования в США недостаточно конкурентен: в большинстве случаев работающие вынуждены приобретать медстраховку, предлагаемую им работодателем.

Большинство крупных компаний предоставляют своим работникам страховку, хотя работодателю это делать необязательно. Начиная с 2001 г. стоимость подобной страховки выросла на 78 % при увеличении заработной платы на 19 % и инфляции на 17 %. Кроме того, существуют также выплаты работникам в случае потери ими трудоспособности, страхование жизни и т. д.

Во многих организациях можно оформить *коллективную страховку* на несколько человек. Такой вид страхования, как правило, обходится дешевле, чем индивидуальный. Однако в случае серьёзной болезни одного из членов трудового коллектива, стоимость общей цены страховки на следующий год может возрасти, что может вызвать неприязнь к людям предпенсионного возраста или инвалидам. Средняя стоимость такой страховки составляет 600 долларов в месяц на одного человека.

Существует два типа страховки, предоставляемой работодателем:

- *«плата за услуги»*: выплата денег за реально предоставленные услуги; обычно страховая компания возмещает 80 % расходов, остальные ложатся на плечи пациента.

- *«управляемые услуги»*: выплата установленной суммы на каждого застрахованного, без учёта дополнительных услуг.

В случае «платы за услуги» работодатель заинтересован в снижении медицинских расходов, для чего привлекаются специальные управляющие организации, сотрудничающие с несколькими поставщиками медицинских услуг, что позволяет снизить их стоимость. Перед направлением к узкому

специалисту, пациент осматривается врачом широкого профиля. Если возникает вероятность назначения дорогостоящего лечения, требуется получение заключения еще одного специалиста.

В случае потери работы страховку можно продлить на полтора года — в этом случае работодатель оплачивает 60 % стоимости мед. услуг.

Минимальная стоимость страховки на одного человека — не менее 300 долларов в месяц.

Посещение доктора обойдется в 10-20 долларов, неотложная помощь — 50 долл. Для незастрахованного человека вызов «скорой помощи» или посещение травмпункта способны обернуться серьезными финансовыми проблемами.

Формально все американцы имеют равный доступ к экстренной медицинской помощи, и доктора не должны спрашивать наличие страховки у прибывших пациентов. Однако незастрахованные больные попадают к врачу гораздо позже; необходимую помощь им приходится долго ожидать в коридорах больницы.

Высокая стоимость медицинского обеспечения толкает многих американцев лечиться за рубежом в более «дешёвых» странах (т. н. «медицинский туризм») — чаще всего в Канаду, Англию, Италию, на Карибы и на Кубу.

Реформа здравоохранения США

Реформа здравоохранения в США (*англ.*) была инициирована вступившим в должность в 2009 году Президентом США Барак Обамой. Это первая попытка реформировать медицинскую систему США с 1960-х гг., когда президентом Джонсоном были созданы государственные программы Medicare и Medicaid, с целью помочь пенсионерам и малоимущим. Нынешнюю реформу еще в 1993 пыталась провести, правда безуспешно, команда демократов администрации Билла Клинтона.

За последние 30 лет в Америке непропорционально выросли расходы на здравоохранение, хотя объективных предпосылок в виде улучшения качества

услуг не было. За последнюю декаду стоимость страхования одного работника взлетела более чем в два раза. Значительная часть населения остаётся незастрахованной, и доля таких людей растёт. Рынок страхования, предоставляемый работодателями, чрезвычайно монополизирован, что препятствует мобильности трудовых ресурсов и создаёт условия для дискриминации пациентов как до, так и после заключения страхового договора, в том числе в виде отказа в выплатах. Постоянно растущая стоимость Medicare и Medicaid служит одной из причин запредельного дефицита бюджета США.

В результате практически полностью отданная в частные руки медицина хотя и отвечает американским идеалам, на деле оказывается непомерно дорогой.

21 марта 2010 г. Конгресс США одобрил реформу здравоохранения; часть её положений была в 2012 году сочтена Верховным судом противоречащей конституции (*en:National Federation of Independent Business v. Sebelius*).

Целью реформы авторы имели создание универсальной системы медицинского обеспечения, что призвана охватить 50 млн. ныне незастрахованных граждан. Реформа призвана улучшить условия медицинского страхования уже имеющих полис граждан. Будут созданы биржи для страховщиков, благодаря которым появится возможность получить полис для тех, кто не смог получить страховку у работодателя. Для страховых взносов в этом случае будет установлен «потолок» в 3-9,5 % от доходов клиента. Частные страховые компании будут лишены права отказывать в приобретении страховки уже больным людям. Граждане смогут приобретать страховку без содействия работодателей в специально созданных для этого центрах. Появится административная ответственность в отношении лиц, отказывающихся приобретать и компаний, отказывающихся продавать полис. Начиная с 2014 года подобные штрафы для граждан составят \$95 или 1 % от дохода и постепенно возрастет до \$695 или 2 % от

дохода. Система снабжения престарелых граждан нужными медикаментами будет усовершенствована.

В результате страховое покрытие охватит 95 % населения страны (против 84 % сегодня).

Ожидается также, что реформа создаст новые 400 тыс. рабочих мест. Удастся снизить расходы на отдельного пациента и инвестировать в медицину больше средств.

Появятся также новые налоги для богатых граждан и фармацевтических компаний — в объёме \$409,2 млрд. к 2019 г. Благодаря реформе планируется в течение ближайших 10 лет сократить дефицит бюджета на \$138 млрд. и ещё на \$1,2 трлн. — в последующее десятилетие. По мнению авторов законопроекта, эффективность системы в целом повысится. Только в результате сокращения административных расходов в страховых компаниях удастся высвободить 286 млрд. долларов.

Программа рассчитана на 10 лет и будет стоить американскому бюджету 940 миллиардов долларов. «Растянутый» характер реформы позволит пациентам, участникам рынка и экономике в целом адаптироваться к ней.

Противники реформы утверждают, что реформа нарушает свободу выбора каждого человека, повышает издержки и налоги. Кроме того, вызывает сомнения сама возможность всеобщего доступа к своевременному лечению — в Великобритании и Канаде гражданам приходится много времени проводить в очередях, чтобы получить консультацию у врача-специалиста. Из-за снижения прибыльности снизятся вложения в медицинскую науку, новые технологии и препараты.

Тема 4. Система здравоохранения Канады

Канадское здравоохранение — одна из немногих сфер, которой по праву гордится государство. Канадская система здравоохранения финансируется государством и лучше всего описывается как система страховых и медицинских планов десяти провинций и трех территорий.

Эта система известна под названием Medicare и обеспечивает бесплатное или практически бесплатное медицинское обслуживание всем гражданам Канады.

Такая структура была разработана потому, что медицинское обслуживание находится в ведомстве местных, провинциальных властей, а не федерального правительства. Провинции или территории планируют, финансируют и оценивают обеспечение больничным уходом, услугами терапевтов и других специалистов, некоторыми лекарствами.

Системы здравоохранения каждой провинции или территории связаны едиными принципами, которые устанавливаются на общегосударственном уровне.

Здравоохранение в Канаде финансируется в основном налогами, как местными, так и государственными подоходными налогами и налогами на прибыль с предприятий.

Некоторые провинции используют для финансирования системы здравоохранения налоги с продаж и доходы от лотереи. Эти дополнительные доходы, однако, не играют большой роли в финансировании здравоохранения Канады.

Чтобы укрепить систему здравоохранения, в 1999 году правительство объявило, что провинции и территории получают дополнительные 11,5 миллиардов долларов за период с 1999 до 2004 года на дополнительные нужды системы.

Роль федерального правительства в системе здравоохранения ограничивается установлением и соблюдением общего принципа Medicare, частичное финансирование медицинских программ провинций или территорий и выполнение других функций, указанных в конституции Канады.

Одной из таких функций является непосредственный медицинский уход за особыми группами канадских граждан, в которые включают ветеранов, коренных жителей Канады, живущих в резервациях, военных и служащих

Королевской Канадской Конной Полиции. Другими функциями являются профилактика и защита здоровья населения и пропаганда здорового образа жизни.

В соответствии с ежегодной статистикой ООН, Канада с 1993 г. по 2003 г. признавалась лучшей страной в мире для проживания. Она занимала лидирующее положение в списке стран, считающихся лучшими по совокупности важнейших критериев (общий уровень жизни, экология, культура и искусство, образование, уровень преступности и т.д.).

Канада превосходит Соединенные Штаты по продолжительности жизни, а Японию - по уровню образования, что и послужило дополнительной причиной провозглашения Канады лучшей страной в мире для проживания человека на протяжении стольких лет. Более 65% канадцев живут в собственных домах. В Канаде - бесплатное школьное образование, условно-бесплатное среднее и высшее образование для детей и взрослых, бесплатная медицина. Канадское здравоохранение - одна из многих сфер, которой по праву гордится государство.

По уровню доходов населения Канада занимает 6 место в мире: ее превосходят лишь США, Швейцария, Люксембург, Германия и Япония. Канада - одна из самых экологически чистых стран мира. Благодаря бережному отношению самих граждан к природе, а также заботе, проявляемой государством, среда обитания канадцев может служить образцом для других стран. Треть всех доходов канадцев приносит деятельность, связанная с защитой окружающей среды. Население Канады, по оценке на январь 2010 года, составило 34 млн. человек. Из них 19% моложе 15 лет, 69% в возрасте между 15 и 64 годами и 13% – от 65 лет и старше.

Наглядным индикатором успеха действующей системы здравоохранения является состояние здоровья граждан. Продолжительность жизни канадцев в среднем 78,6 лет (81,4 года для женщин и 75,8 лет для мужчин). Показатель рождаемости составил 10,91‰, показатель смертности – 7,67 ‰.

Младенческая смертность - 4,82 на 1000 новорожденных - один из самых низких показателей в мире.

Как известно, эксперты ВОЗ ранжируют качество национальных систем здравоохранения по совокупности пяти параметров, в числе которых показатели продолжительности жизни и смертности, доступности и равенства в получении медицинской помощи, обеспеченности больничными койками и медперсоналом, доли расходов на здравоохранение в ВВП страны.

По совокупности этих параметров Канада занимает 30-е место. Мало кто из специалистов, отстаивающих государственную систему здравоохранения, считает ее в этом отношении эталоном. Однако, в прессе канадскую систему часто характеризуют как образцовую, называя «общенациональной». На практике она носит децентрализованный характер: широкие полномочия в сфере здравоохранения делегированы регионам — 10 провинциям и трем административным территориям. На этом уровне осуществляется непосредственный контроль за предоставлением медицинских услуг общественными и частными организациями. По оценке специалистов (Esmail, Walker 2007), несмотря на высокие расходы, канадская система показывает худшие результаты, чем системы здравоохранения в странах с аналогичным уровнем доходов. Дефицит медицинских ресурсов и отсутствие мотивации приводит к формированию длинных очередей. В Канаде они длиннее, чем в любой другой аналогичной стране. В условиях дефицита правительство отреагировало ограничением доступа к государственной медицинской системе. Например, из списка услуг, которые раньше покрывались страховкой, были исключены отдельные виды. Равно как был введен запрет на включение в страховку новых лекарств, а также использование новых технологий. Недофинансирование в основной капитал (здания, оборудование) привело к тому, что пациентов переводили на укороченные сроки госпитализации.

Б. Скиннер так описывает недостатки системы здравоохранения Канады:

- В 2007 г. около 1,7 млн. канадцев не могли найти постоянного семейного доктора;

- В 1993 г. канадский пациент ждал в среднем 9,3 недели от времени, когда он был обследован и получил консультацию семейного врача и до времени, когда он получил специализированное лечение. К 2007 г. срок ожидания почти удвоился, до 18,3 недель.

- Среднее время ожидания на лечение в Канаде в два раза больше времени, которое считают врачи клинически разумным;

- В 2005 г. канадские стат. органы показали, что среди пациентов, которые дождались своей очереди, 11% ждали более 3 месяцев для получения консультации специалиста, 17% ждали более трех месяцев для получения несрочного хирургического лечения. 12% ждали более трех месяцев для получения диагностических анализов.

- Государственная программа лекарств часто отказывается регистрировать новые лекарства. Когда новое лекарство все-таки включается в госпрограмму, пациенты должны ждать на год больше, чем пациенты, которые получают лекарства по частной страховке.

- С 1997/98 по 2006/07 гг. фискальные годы во всех десяти канадских провинциях расходы на систему здравоохранения увеличивались в среднем за год на 7,3%, а темпы роста доходов провинций составляли 5,6%, равно как и темпы роста ВВП провинций (5,6%). Это значит, что расходы на здравоохранения увеличивались быстрее, чем способность государства покрывать эти расходы.

- Без учета растущего бремени стареющего населения прогнозируется, что к 2035 г. в шести из десяти провинций государственные расходы на здравоохранение превысят более половины общих доходов бюджета из всех источников.

Основные принципы организации медицинской помощи в Канаде сформулированы в Акте о здравоохранении, принятом как закон (Canada Health Act) в 1984 г.

В Канаде правительство финансирует около 70% всех расходов на здравоохранение. Правительство финансирует 100% медицинских услуг, которые считаются «необходимыми с медицинской точки зрения» (“medically necessary”). В эту категорию попадают все больницы и услуги врачей. Государство также покрывает 48% расходов на лекарства по рецепту.

Канадскую систему здравоохранения часто называют бесплатной. На самом деле согласно канадскому закону о здравоохранении гарантии бесплатного медицинского обслуживания распространяются только на застрахованные виды услуг, при этом многие услуги государственной страховкой не охвачены или охвачены частично.

Чтобы получить доступ к средствам из федерального бюджета, медицинские программы провинций должны соответствовать пяти критериям. Их характер должен быть: 1) универсальным, т.е. распространяться на всех жителей провинции на равных условиях; 2) всеобъемлющим, т.е. предусматривать все необходимые по медицинским показаниям услуги; 3) мобильным, т.е. сохранять за гражданами страховое покрытие при переезде в другую провинцию; 4) доступным, т.е. исключать любые финансовые барьеры для получения медицинской помощи, вроде вычетов или долевого участия; и 5) государственным, т.е. управляться некоммерческим органом, подведомственным правительству провинции. Страна расходует на здравоохранение около 10% ВВП.

Система здравоохранения составляет один из значимых элементов канадского «социального государства». На региональном уровне на ее долю приходится от трети до половины всех расходов на социальные нужды.

Еще одна завидная канадская специфика состоит в том, что многочисленные общественные организации активно участвуют в реализации политики здравоохранения на местном уровне, обеспечивая

медицинское обслуживание, оказывая социальную поддержку, занимаясь пропагандой здорового образа жизни и решением проблем охраны окружающей среды.

Канадская система здравоохранения финансируется государством и обеспечивает практически бесплатное медицинское обслуживание всем гражданам Канады. Бюджет здравоохранения формируется из средств собираемых, как местными, так и государственными подоходными налогами и налогами на прибыль с предприятий. Правительство предоставляет каждой провинции единый грант, составляющий примерно 16% от ее расходов на здравоохранение. Основную часть финансирования составляют поступления от региональных налогов, главным образом на доходы физических и юридических лиц. Некоторые провинции также используют для финансирования здравоохранения средства налогов с продаж и доходы от лотереи. Чтобы укрепить систему здравоохранения, правительство за период с 1999 до 2004 года выделило провинциям и территориям 11,5 миллиардов долларов на дополнительные нужды системы.

Провинции обязаны обеспечивать гражданам определенные виды медицинской помощи, в том числе услуги терапевтов, специалистов, лечение в стационаре и стоматологическое хирургическое вмешательство. Другие услуги, например, текущее лечение зубов, физиотерапия и лекарства, отпускаемые по рецептам, оплачиваются на добровольной основе. В некоторых провинциях за них предоставляется значительное страховое покрытие. За исключением экстренных случаев для приема у специалиста или госпитализации пациенту необходимо направление от терапевта.

Провинции обеспечивают специальный медицинский уход ветеранам, коренным жителям Канады, живущим в резервациях, военным и служащим Королевской Канадской Конной Полиции. На провинции возложена ответственность за профилактику и охрану здоровья населения и проведение пропаганды здорового образа жизни.

В среднем личный ежегодный вклад канадца в систему здравоохранения составляет около 2,5 тыс. долларов.

Основой системы здравоохранения Канады являются терапевты первичного звена - семейные врачи, которые составляют почти половину всех практикующих врачей страны. Они работают в медицинских офисах (подобие наших поликлиник). Семейные врачи контролируют доступ к большинству специалистов узкого профиля, больничному уходу, диагностическим процедурам и рецептурным лекарствам. Большинство врачей имеют частную практику и пользуются высокой степенью автономии. Некоторые специалисты работают в больницах или местных оздоровительных центрах на контрактной основе. Частнопрактикующим медикам государство оплачивает услуги в зависимости от оказанной помощи, причем плату такие врачи получают непосредственно из бюджета провинции или территории. Терапевты, не имеющие частной практики, получают либо установленный оклад, либо плату в соответствии с количеством оказанных медицинских услуг.

Пациент при посещении врача предъявляет карточку медицинского страхования (Health Card), которая выдается всем легальным гражданам и жителям страны. Выбор семейного врача осуществляется пациентом самостоятельно. Врача можно менять, однако, при большой загруженности врач может регулировать количество обслуживаемых семей и отказаться от ведения новых пациентов. Семейные врачи являются связующим звеном между пациентом и формальной системой здравоохранения и контролируют доступ к большинству специалистов узкого профиля, больничному уходу, диагностическим процедурам и рецептурным лекарствам.

В стране действует широкая сеть медицинских центров, сочетающих лечебную и профилактическую деятельность с обучением населения основам здорового образа жизни. Эти учреждения имеют бюджетное финансирование в рамках различных программ.

Канадский закон о здоровье запрещает предоставление платных медицинских услуг за исключением тех, которые не предусмотрены в провинциальных планах здравоохранения. Врача, который за деньги оказал пациенту медицинскую услугу из списка, предусмотренного планом здравоохранения, могут осудить и подвергнуть тюремному заключению. Это возможно даже в том случае, если больной сам предложил оплатить услугу, чтобы ускорить её получение. Частнопрактикующим врачам государство оплачивает услуги в зависимости от оказанной помощи непосредственно из бюджета провинции или территории.

В стране намечается проведение реформы, направленной на создание объединений врачей первичной медицинской помощи с удлинённым рабочим днем. В них должен быть собран необходимый медицинский персонал и специалисты разного профиля. Формы оплаты труда варьируют – от фиксированного оклада до оплаты в зависимости от числа пациентов.

В Канаде существует развитая и хорошо организованная система больниц – как многопрофильных, так и специализированных. Обеспеченность койками составляет 34 на 10000 населения. Более 95% всех канадских больниц работают по принципу некоммерческих частных организаций, управляемых местным советом директоров, организациями добровольцев или муниципалитетами. Содержание больниц и закупка медикаментов являются самыми крупными статьями расходов в бюджете здравоохранения. Около 70% всех расходов финансируется за счет государства, из них почти 30% – за счет поступлений от налогов, выплачиваемых частными лицами. Дополнительная страховка, приобретаемая гражданами по желанию, покрывает стоимость пребывания в отдельной палате, дорогостоящих лекарств, стоматологические услуги и ряд других расходов. Наряду с этими организациями, финансируемыми государством, в Канаде существуют и частнопрактикующие врачи и частные клиники. Больницам выплачиваются заранее установленные суммы: они обеспечивают покрытие всех расходов, кроме затрат на основные фонды.

Большинство стационаров и врачей в Канаде являются частными, врачи оплачиваются на основе гонорара за услугу. Однако, тарифы на медицинские услуги строго контролируются и регулируются правительством и ежегодно пересматриваются. Государство не заинтересовано в увеличении тарифов на медицинские услуги, так как рост стоимости лечения потребует увеличения размеров государственного финансирования, а, следовательно, повышения налогов, что является непопулярной мерой. Предусмотрено финансовое наказание для провинций, лояльно относящихся к врачам, взимающим со своих пациентов дополнительные сборы сверх установленных тарифов. Строгий контроль над медицинскими расходами несколько замедляет темпы внедрения новейших медицинских технологий, но не порождает стагнацию в этом деле.

Очереди на получение плановой медицинской помощи и соответственно «листы ожидания» — одна из серьезнейших проблем канадского здравоохранения. Точные официальные данные в отношении очередности отсутствуют. По данным опроса канадских врачей, проведенного Институтом Фрейзера, можно предположить, что в любой конкретный момент времени своей очереди на получение медицинских услуг ожидают несколько десятков тысяч канадцев. Согласно результатам этого исследования, длительность всего процесса лечения: получение направления от терапевта, прием у специалиста, сами лечебные процедуры по всем специализациям и всем видам помощи (срочной, несрочной, плановой) составляла в 2005 году в среднем 17,7 недель. Причем в этот срок не входит ожидание первого приема у терапевта.

Сторонники государственной медицины пытаются представить эти «листы ожидания» как второстепенную проблему, утверждая, что на деле указанные сроки короче, чем их изображают, или что большинство людей, оказавшихся в очередях, составляют те, кто записался на плановые операции. Однако анализ ситуации в тех видах медицинской помощи, где листы ожидания особенно велики, показывает, что дольше всего пациентам

приходится ждать операций по замене коленного и тазобедренного сустава, удалению катаракты, которые, условно, можно назвать плановыми. По результатам одного исследования, опубликованного в *Canadian Medical Association Journal*, выяснилось, что лишь в провинции Онтарио не менее 50 больных умерли, находясь на «листе ожидания» на коронарографию.

Обеспеченность врачами в Канаде 21 на 10000 жителей (в Великобритании-23, Франции-34, США-26, России-43). Медицинские кадры в стране стареют: возросла доля врачей старшего и пенсионного возраста. Ввиду продолжительности университетского обучения и необходимого приобретения практического опыта люди этой профессии выходят на пенсию позднее, чем работники других сфер. С 1978 по 2008 год средний возраст канадских врачей общей практики возрос на 5 лет и составил 49 лет, а возраст врачей узких медицинских специальностей вырос до 50 с половиной лет. Многие канадские врачи не оставляют работу по достижении пенсионного возраста 65 лет. Две трети 70-74-летних врачей и почти каждый пятый доктор 75-79 лет продолжают работать. По половому признаку среди медицинских работников около 50% составляют женщины. Ожидается, что «феминизация» медицинской профессии продолжится.

Обеспеченность медсестрами в стране составляет 101 на 10000 населения (в США -94, Великобритании -128, Франции -80, России -85) Медсестры в Канаде работают в составе мультидисциплинарных команд, оказывая помощь пациентам в соответствии с планом сестринского ухода и назначениями врача. Сестринские услуги предоставляются в лечебных учреждениях разных типов: больницах, домах сестринского ухода, офисах семейной практики и т.д. 65% медсестер работают в стационарах. Наиболее распространенная модель медицинской помощи — первичная медико-санитарная помощь. Сестринская практика включает ряд взаимосвязанных видов деятельности: непосредственную помощь пациентам, работу в области образования, администрирование, разработку сестринской политики и научные сестринские исследования.

Независимо от вида деятельности все медсестры руководствуются утвержденными стандартами сестринской практики. Особенно важно отметить, что медицинские сестры помогают пациентам разных возрастов достигнуть наилучшего качества жизни. В частности, они оказывают необходимые медицинские услуги лицам, недавно покинувшим стены лечебного учреждения и еще продолжающим нуждаться в медицинской поддержке. Они оказывают помощь людям с ограниченными умственными возможностями, которые могут самостоятельно жить дома, а также лицам с заболеваниями в терминальной стадии, которые хотят оставаться дома как можно дольше. Всё это опыт, несомненно, заслуживающий внимания отечественного здравоохранения.

Стоматологическая служба работает независимо от всей системы здравоохранения кроме тех случаев, когда необходима неотложная помощь хирурга-стоматолога.

Обязательная иммунизация, как один из самых эффективных способов профилактики инфекционных заболеваний, осуществляется строго в рамках принятого графика иммунизации населения.

Аптеки являются независимыми от государства организациями. В канадских аптеках продаются лекарства, изготовленные в Канаде, почти каждое из которых имеет более дешевый эквивалент. Фармацевтические компании часто снабжают докторов бесплатными образцами лекарств в качестве рекламы своего товара. Для пожилых людей существуют скидки при приобретении лекарств в аптеках.

Канада является мировым лидером в области борьбы с табакокурением. В стране успешно реализуется федеральная стратегия по борьбе с потреблением табака. Запрещено продавать все ароматизированные сигареты, сигары и прочие изделия из табака (со сладким вкусом, с ароматом ванили, шоколада и т.д.). Министерство здравоохранения Канады тщательно контролирует соблюдение антитабачного законодательства на всех уровнях - производителей, дистрибьюторов, импортеров и розничных торговцев.

Успешность стратегии подтверждается объективными данными. Курение и смертность от табака сократились, а продажи сигарет упали на 30%, и впервые за последнее десятилетие произошло снижение темпов роста курения среди молодежи. В Канаде курит только 18 % населения.

В Канаде работает справедливая система социального обеспечения, согласно которой все жители, легально проживающие на территории страны, включая беженцев, пользуются бесплатным медицинским обслуживанием.

В Канаде существует эффективно работающая система выдачи государственных пособий людям, которые временно оказались без средств к существованию. Семьям, имеющим месячный доход ниже прожиточного минимума, выплачиваются пособия. Наиболее распространённое из них — welfare, его выдают тем, кто хочет найти работу, но временно не может. Через эту систему проходят многие из новоприбывших иммигрантов. В каждой провинции размер его несколько разный. Например, в Онтарио, на семью из 4 человек welfare составляет порядка 1400 канадских долларов. Лекарства оплачиваются дополнительно.

Пособие по временной нетрудоспособности выплачивается людям, которые получили травму на рабочем месте или страдают профессиональными заболеваниями. Пособие выдается на протяжении всего курса лечения. После этого таким гражданам полагается пенсия или большая разовая выплата.

Однако недовольство канадцев проблемами, существующими в их здравоохранении, нарастает уже не первый год. Как показал социологический опрос, примерно 59% граждан страны считают, что эта система требует «фундаментальных изменений», а еще 18% выступают за ее упразднение и полную перестройку. Тем не менее, канадцы не поддерживают медицинскую реформу на рыночной основе, ассоциируемой с американской системой здравоохранения — эту модель они однозначно отвергают.

Одной из основных проблем канадской системы здравоохранения являются большие очереди и длительное время в ожидании получения медицинской помощи. Это особо актуально в ситуациях, когда пациенты вынуждены ждать, несмотря на наличие острой боли (например, в случае необходимости операции на бедре или колене) или в особо тяжелом состоянии (при ожидании онкологической операции, радио- или химиотерапии). Поскольку семейные врачи работают, как правило, автономно, не существует организации, в которую можно было бы обращаться 24 часа в сутки и 7 дней в неделю за консультацией к нужному врачу. Как следствие – чрезмерная загруженность кабинетов экстренной помощи при больницах, а также дополнительные траты при обращении в коммерческие клиники, принимающие без записи в вечерние часы. Все большее число опрошенных делают акцент на длинные очереди к врачам и специалистам. Население Канады быстро растет, в основном, за счет иммиграции и одновременно стареет, что определяет распространение некоторых видов опасных заболеваний.

Самым тревожным фактором в глазах общественности становится массовый отъезд врачей, специалистов и медсестер в США из-за разницы в оплате труда. Это сегодня волнует 13% канадцев, тогда как год назад — только 5%. Как следствие – чрезмерная загруженность кабинетов экстренной помощи при больницах, а также дополнительные траты при обращении в коммерческие клиники, принимающие без записи в вечерние часы. В результате, 18% канадцев испытывают проблемы с поиском врачей, особенно серьезен кризис в сельских районах, где существует хронический дефицит рентгенологов, психиатров, анестезиологов, онкологов, офтальмологов.

Попытки сократить количество оказываемых пациентам услуг привели к тому, что доходы врачей стали фиксированными. Запись на прием превратилась в норму жизни. Более того, начались сокращения врачей в больницах, а новый персонал набирается плохо. Таким образом, доступные в системе здравоохранения финансовые средства не удовлетворяют спрос на

большее количество оказываемых услуг и выполнение дорогостоящих видов обследований. Бюджет больниц стал уменьшаться. За медицинские услуги из разряда «необходимых» ни пациент, ни власти провинции платить не должны. Система обеспечивает оказание медицинской помощи каждому жителю страны только в базовом объеме. Отрицательная сторона кроме того заключается в налагаемом властями ограничении на количество поступающих в медицинские ВУЗы с целью как-то сократить расходы. Только в последние годы власти, осознав что населению с высокой долей пожилых лиц, требующим медицинскую помощь в большем объеме, предоставляется слишком мало врачей (налицо кризис рабочей силы в медицинской сфере), разрешили принимать в медицинские ВУЗы больше абитуриентов.

Парадоксально, но факт: всплеск общественного недовольства происходит в то время, когда официальная статистика публикует цифры, свидетельствующие о хорошем, если не о превосходном состоянии здоровья населения. Даже в самых бедных регионах Канады показатели детской смертности сегодня ниже, чем в целом по США. Не менее важно и то, что канадцы, находящиеся в зрелом (45—64) и пожилом возрасте (старше 64 лет), чувствуют себя лучше, чем их предшественники младше на 15 или 20 лет. Так чем же недовольны канадцы? Тем, что за их (общественные) деньги им недодают медицинскую помощь. Современная дискуссия в обществе касается не только и не столько объемов ассигнований и их распределения по источникам финансирования, сколько поиском путей, необходимых для повышения эффективности работы системы здравоохранения в целом.

По словам многих аналитиков, утопия универсального здравоохранения в Канаде разбилась о камни увеличивающихся затрат. Парадоксы в оценке системы здравоохранения Канады заключаются в том, что система здравоохранения перестала соответствовать нарастающим потребностям населения.

Тема 5. Система здравоохранения Кубы

История насчитывает ряд примеров любопытнейших социальных экспериментов. Одни из них вели, в конечном счете в тупик, к большим бедам и жертвам. Другие способствовали общественному прогрессу. Вся проблема в том, чтобы власть имела истинно народный характер, а думала не только о себе и узком круге избранных. Центральная и Южная Америка явилась в этом смысле едва ли ни классическим «полигоном». Многочисленные хунты и военные перевороты здесь непрерывно следовали друг за другом в странах, которые оставались развивающимися до сего дня, и никак не могли причислить себя к развитым. В основном бедность сменялась еще большей бедностью. Но есть одно очень показательное исключение, резко выдвинувшее страну из ряда других стран Карибского бассейна. Речь идет о Кубе.

Исторические особенности развития Кубинского здравоохранения

Победа кубинской революции в глубокой мере изменила лицо этого общества к лучшему. Итак, в отношении уровня жизни Куба выгодно отличается от соседних стран. Да, бедность. Фидель Кастро, которого наши партийные боссы шутя называли Федей Кастрюлькиным, - как своего в доску парня, - оказался в данном случае создателем государства, которое можно было бы назвать социальным, если бы эта терминология распространялась на развивающиеся страны. Достаточно узнать несколько основных показателей здоровья нации, чтобы можно было судить о жизни страны в целом.

Накануне революции, на Кубе было 6 тысяч врачей, то есть 1 врач на 1000 человек, что равнялось показателям Франции. Однако, в отличие от развитых стран, на Кубе отсутствовала система медицинского страхования и дешёвой или бесплатной социальной медицины. Поэтому, например, уровень детской смертности составлял 100—110 на 1000, что соответствовало уровню наиболее отсталых стран Западной Европы — Испании и довоенной Италии .

Скудное медицинское обслуживание в дореволюционное время походило на таковое всех развивающихся стран: частно практикующие врачи, чья помощь была совершенно недоступной для простого населения, и

народные методы лечения, порой действительно варварские. После революции 1959 г. были сформулированы два основных принципа социального развития страны: образование и медицина должны быть доступны и бесплатны для каждого гражданина. Постулат в отношении здравоохранения четко соблюдается и в настоящее время: бесплатную медицинскую помощь на Кубе может получить любой житель самой отдаленной деревни. Вся медицина на острове является государственной, курирует ее специально созданное Министерство здравоохранения. Здоровье нации является одним из государственных приоритетов Кубы: ежегодно на медицинскую отрасль из казны выделяется больше средств, чем на обеспечение армии.

Все финансовые и административные аспекты здравоохранения на Кубе управляются государством, что предполагает жесткую централизацию, финансирование из государственных источников и превалирующую государственную собственность на лечебно-профилактические учреждения. Акцент делается на оказание универсальных медицинских услуг для всех категорий населения; соотношение числа врачей и пациентов на Кубе – одно из самых высоких в мире (67,23 на 10 000 населения по данным ВОЗ).

Отцом кубинской системы здравоохранения считается Че Гевара – именно он, будучи профессиональным врачом, заложил фундамент отрасли. Не случайно в так называемом мавзолее Че в Санта-Кларе среди других экспонатов находятся его диплом, белый халат, набор медицинских инструментов. Че здесь до сих пор – «живее всех живых», кубинцы его искренне любят и практически обожают.

После распада Советского Союза социалистическая Куба оказалась практически в полном одиночестве не только лишь в одной Америке. Одиночестве, усугубленном ближайшим соседством главного врага - США.

В 1988 году все, что было нужно для сносной в целом жизни, доставлялось из Советского Союза в больших количествах (в это время доля стран СЭВ в кубинской внешней торговле достигала 87%).

Так, после распада Советского Союза инвестиции в кубинское здравоохранение резко сократились. В больницах по всей стране наблюдалась нехватка самого необходимого – антибиотиков, одноразовых перчаток и шприцев, рентгеновской пленки. Многие лекарства практически невозможно было достать. Оборудование, в большинстве своем советского производства, устарело или вышло из строя, а закупить новое часто оказывается невозможным из-за эмбарго со стороны США, которое препятствует ввозу препаратов и медицинской аппаратуры на Кубу. Зачастую врач не мог провести даже простое кардиологическое исследование.

Примечательно, что спустя 20 лет ситуация изменилась качественным образом: в номенклатуре кубинского экспорта львиную долю занимают местные лекарства и медицинские технологии, а система здравоохранения имеет устойчивую репутацию одной из лучших в Западном полушарии и опирается исключительно на собственный потенциал. Если в 80-х годах прошлого века, будучи в экономическом и технологическом плане «завязанной» на Москву, Куба экспортировала всего три медпрепарата, то в 1990-х годах - время, в которое пришлось просто-напросто выживать - этот показатель достиг 19, а сегодня Гавана использует в коммерческих целях более 40 продуктов, разработанных в национальных лабораториях.

В марте 2012 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщила, что Куба представляет собой страну с лучшей на планете системой здравоохранения. Именно она является образцом качества в этой сфере. Высокие нормы медицины этой страны следовало бы перенять остальным государствам, используя их как модель развития отрасли, сообщил заместитель гендиректора ВОЗ доктор Анарфи Асамоа-Баа.

И это, лишённое значительных запасов полезных ископаемых тропическое государство в Карибском море, в течение последних 45 лет живущее в экономической блокаде, установленной США!

Сравнительная характеристика здравоохранения

Кубы и Великобритании

Всемирная статистика здравоохранения показывает, что хотя здоровье людей и находится под сильным, влиянием их личных доходов и общего их уровня жизни в обществе, далеко неоднозначно «богатейший» означает «самый здоровый». Доказательством этого служит сравнительная характеристика результатов в здравоохранении Кубы и Англии (табл.).

Сравнение показателей Великобритании и Кубы

Показатели	Страна	1958	1998	2011
Продолжительность жизни	Куба	62	75	78,3
	Англия		77	79,4
Младенческая смертность	Куба	60	7	6
	Англия	38,2	6	5
Врачи на 10 тыс. населения	Куба	8	16	67,2
	Англия	23	5,2	29,7
ВВП	Куба	менее 1	8	8,6
	Англия	6,8	6	9,4

В 1958 году средняя продолжительность жизни на Кубе была 62 года, а в 1998 году - 75 лет (в Англии - 77). Младенческая смертность в 1958 году составляла 60 на 1000 рожденных живыми, а в 1998 году - 7 (в Англии - 6) Смертность при родах среди кубинских женщин в 1958 году была 170 на 100.000 рождений, а в 1998 - 27 (в Англии -9).

Главными причинами смерти в 1958 году были недостаток питания, диарея, туберкулез, инфекционные болезни, а в 1998 году - болезни сердца, кровоизлияние и рак (такие же, как и в «развитой» Англии).

Число врачей на число жителей в 1958 году было один на 1200, а в 1998 - 1 на 175 (в Англии - один на 600); число семейных врачей; в 1958 году - 0, в 1998 году - один на 600 жителей (в Англии один врач на 1900 пациентов) % ВВП (валового национального продукта) страны, потраченный на нужды здравоохранения: в 1958 - менее 1%, в 1998 - 8% (в Англии - 6%).

Длинные очереди на операции, шесть месяцев ожидания до приема у специалиста - проклятия британской NHS - кубинцам совершенно незнакомы. В 1992 году пожилой пациент на Кубе ждал операции по пересадке бедра не более 6 недель - в Англии не менее 8 месяцев.

Не может не вызвать удивления показатели детской смертности и продолжительности жизни на Кубе сегодня. Конечно, можно не доверять статистике коммунистического режима, ссылаясь на непрозрачность методик подсчета. Однако тот факт, что данные кубинского правительства признает такая незамеченная в политической ангажированности международная организация, как ЮНЕСКО, дает серьезную пищу для размышлений.

Кубинская система здравоохранения – лучшая в мире

По сообщениям ВОЗ, медицина Кубы провела собственные разработки вакцины против рака и поставляет свою продукцию в 40 стран мира.

Согласно материалам газеты «Нью-Йорк Таймс» Куба вошла в число 41 страны, чьи показатели детской смертности ниже, чем в США. Причем, если индекс детской смертности на острове Свободы с каждым годом, продолжает снижаться, и в настоящее время по этому показателю (4,3 на 1000 новорожденных) Куба занимает на американском континенте первое место, опережая Канаду (5,0) и США, где этот показатель составляет 6,0.

Заболееваемость СПИДом в 5 раз ниже, чем в среднем по региону. Заболееваемость туберкулезом - 9 человек на 100.000 населения при среднемировом уровне 122 (в России – 91).

Сейчас на Кубе около 77 тыс. врачей. Вся медицинская помощь, вплоть до самых сложных операций, оказывается бесплатно. С любыми болезнями можно обращаться в поликлиники, которые оборудованы достаточно хорошо.

Отличительной чертой кубинских врачей является очень внимательное и бережное отношение к пациентам, - с глубоким человеческим участием. Возможно, это самое лучшее из заимствований того доброго, что издавна присутствовало в нашей, отечественной медицине и разрушается лишь в

последние годы. Следствием этого стало то, что на Кубе одна из самых высоких в мире продолжительностей жизни – 77,6 лет, и выглядит это изумительно на фоне не только лишь стран Латинской Америки.

Нестандартная система здравоохранения в этой стране, которая успешно решила некоторые важные проблемы, стала следствием особой политической и экономической истории страны, но эта кубинская система (семейный врач у каждого гражданина, ранний фокус на профилактике и пристальное внимание к показателям здоровья населения) могла бы стать примером и для многих развитых стран.

В настоящее время кубинская система здравоохранения обладает обширными программами первичного медицинского обслуживания и научного развития. По оценке ЦРУ за 2010 год, средняя ожидаемая продолжительность жизни на Кубе составляет 77,64 лет. Куба имеет самый низкий среди стран Американского Континента (за исключением Канады) уровень младенческой смертности (4,3 на 10 тыс. в возрасте от одного года до четырех лет и 2,7 на 10 тыс. у детей школьного возраста).

Национальная система здравоохранения включает 276 больниц, 442 поликлиники, 165 стоматологических поликлиник, а также 466 учреждений различного значения, в которых работают около 800 тыс. врачей.

В стране выделяются значительные средства на научные исследования, связанные со здоровьем человека, в частности в сфере биотехнологий и генной инженерии, производства вакцин и многочисленных медикаментов; результаты этих исследований получили всеобщее признание. Реализация такого подхода стала возможной благодаря наличию большого количества специалистов высокой квалификации, подготовленных в рамках национальной системы образования.

В некоторых областях медицины Куба занимает ведущую позицию в мире. Например, высоко развита здесь микрохирургия глаза. Ежегодно на Кубе делается около 30 тыс. операция по удалению катаракты (а в соседней Венесуэле - всего менее 150).

Предметом гордости кубинской системы здравоохранения являются такие направления, как онкология, педиатрия, гематология, иммунология, эндокринология, лечение кожных заболеваний; большим достижением местных хирургов стали операции при помощи лапароскопа. Специалисты страны разработали также уникальную практику рассасывания тромбов и предупреждения инфарктов. Многие из этого базируются на прорывах в фармацевтических исследованиях и биотехнологии, приведших к выработке новых лекарств.

Эта страна является пионером в области лечения таких кожных заболеваний, как витилиго и псориаз. Здесь изготавливаются уникальные медицинские препараты, например мелагенин, используемый для лечения кожного заболевания витилиго, а также знаменитые вакцины против менингита и гепатита В, аналогов которым нет в мире. С середины 80-х годов число летальных исходов от менингита на Кубе снизилось на 95%.

Кроме того, кубинские хирурги стали известными на весь мир благодаря лапароскопическим операциям. Здесь разработана также уникальная практика рассасывания тромбов и предупреждения инфарктов.

Государственные расходы на здравоохранение на душу населения сегодня предоставляют полную национальную бесплатную систему здравоохранения для всех (взимается только чисто символическая плата за некоторые лекарства).

Особое ударение делается на Кубе на предотвращение болезней, пропаганду здорового образа жизни, раннюю диагностику и раннее лечение. Центральным в этом подходе является система семейных врачей, которая имеет ряд серьезных отличий от той, которую пытаются внедрить в России.

Существует также сеть учреждений оздоровительного туризма. Медицинский туризм является важной статьей кубинской экономики и привлекает ежегодно более двадцати тысяч медицинских туристов. Куба обслуживает иностранных пациентов из многих стран мира на протяжении вот уже более чем двадцати лет, диагностика и лечение – на уровне лучших

мировых стандартов. Большинство пациентов приезжает сюда из Латинской Америки, Европы и Канады, в последнее время растет и число американцев. Наиболее востребованы микрохирургические и лапароскопические плановые операции, программы лечения неврологических и ортопедических проблем, услуги стоматологии и пластической хирургии.

Более того, из США тайно (официально американским гражданам посещение Кубы запрещено) приезжают врачи ведущих клиник, чтобы ознакомиться с кубинским опытом, — говорят в российском посольстве в Гаване. — Они нелегально покупают такие лекарства, как, например, знаменитая кубинская вакцина от менингита, — больше нигде в мире ее не производят. Это не говоря о том, что кубинские доктора разработали также и средство для лечения гепатита В, да и по части лечения раковых опухолей опережают многие развитые страны мира.

Институт семейных врачей

Первичную медицинскую помощь населению с 1984 года чаще всего оказывает семейный врач, курирующий, как правило, тот район, в котором проживает. 97% медицинской помощи оказывают семейные врачи.

Семейные врачи, а также медсестры, которые вместе с ними работают и другие работники системы здравоохранения отвечают за оказание первичной медицинской помощи и профилактических медицинских услуг своей группе пациентов - примерно 1000 пациентов на одного семейного врача в городах. Оказания медицинской помощи организовано на локальном уровне, поэтому пациенты и медицинские работники, как правило, живут по соседству. Все медицинские записи заносятся в медицинские карты, имеющие твердую обложку - записи очень просты и делаются рукой (напоминает те карты, которые велись в США врачами 50 лет назад). Но система удивительно богата на информацию и сфокусирована на здоровье популяции.

Всех пациентов относят в определенную категорию в соответствии с уровнем риска, от I до IV. Курильщики, например, попадают в категорию II,

а пациенты со стабильным хроническим заболеванием легких в категорию III. Локальные клиники регулярно подают выше инстанцией информацию о том, сколько пациентов с каждой категории риска есть в наличии, число пациентов с такими состояниями как гипертензия (хорошо контролируемая или нет), диабет и астма, а также состояние иммунизации, а для женщин время, прошедшее с момента забора последнего мазка Папаниколау, а также число беременных, которые находятся под наблюдением.

Каждого пациента врач один раз в год посещает на дому, а пациенты с хроническими состояниями посещаются чаще. Если возникает необходимость, пациентов направляют в районную поликлинику к специалисту, но для продолжения лечения они возвращаются к своему семейному врачу. Например, специальная команда отвечает за то, чтобы пациент с туберкулезом получал назначенный режим анти туберкулезных препаратов и в определенные периоды времени сдавал мокроту на анализ. Распространенной тактикой является посещение пациентов на дому и обсуждение с ними проблем соблюдения комплекса к лечению, напоминание им о необходимости повторных осмотров, обсуждение тактики предотвращения нежелательной беременности и т.д.

С целью предотвращения тропической лихорадки медицинские работники ходят по домам, чтобы проверить санитарное состояние и научить людей, как избежать заражения.

Семейные врачи существуют также на крупных предприятиях, в школах, детских садах и в домах престарелых. На предприятиях они отвечают за медосмотры всех работников, особенно на предмет профессиональных заболеваний, и работают вместе с профсоюзами и дирекцией в направлении уменьшения числа и предотвращения несчастных случаев и улучшения условий труда.

При необходимости семейный врач направляет пациента к специалистам узкого профиля. Благодаря бережному и внимательному

отношению кубинских врачей к пациентам уровень доверия к медперсоналу и приверженность к лечению очень высоки.

Медицинское образование на Кубе

Сразу же после революции, около 3 тысяч врачей покинуло страну. Однако этот недостаток был восполнен за счёт организации системы медицинского образования.

Одна из составляющих успеха кубинской медицины – бесплатное высшее образование.

Куба имеет 22 высших медицинских учебных заведения, в которых основной фокус сделан на первичное звено медицинской помощи. После завершения обучения все молодые врачи обязаны пройти резидентуру по семейной медицине (хотя Куба на душу населения в 2 раза больше врачей, чем США). Большое количество кубинских врачей работают за пределами страны, они подписывают контракт на 2 или более лет и получают за эту работу специальную материальную компенсацию. По состоянию на 2008 год было зарегистрировано 37000 кубинских врачей, которые работали в 70 странах мира. Большинство из них работают в развивающихся странах, и это является составляющей помощи, которую оказывает Куба этим странам. Но многие врачи работают и в более богатых странах, и их работа приносит правительству Кубы существенные финансовые ресурсы (например, субсидии от Венесуэлы при получении из этой страны нефти).

С целью поддержания собственной системы здравоохранения на таком высоком уровне, кубинские медики обучают иностранных специалистов, а также помогают свои коллегам более, чем в 30 странах мира. Чтобы стать врачом, нужно закончить институт - шесть лет, после чего еще три года уходит на специализацию. А совершенствуются кубинские врачи непрерывно. Местная система здравоохранения в чем-то похожа на советскую, - как в смысле подготовки кадров, так и оказания услуг. Это неслучайно - очень многие кубинские специалисты обучались и проходили стажировку в Советском Союзе. А сейчас Куба сама посылает ежегодно

тысячи врачей в развивающиеся страны. Врачей уважают в обществе, но вряд ли они имеют шанс стать богатыми людьми.

Профилактическая направленность кубинской медицины

Куба пошла по пути переориентирования медицины из лечебной в профилактическую. Большое количество мероприятий направлено на предупреждение болезней. Система здравоохранения организована так, чтобы предотвращать заболевания, прежде чем они перейдут в запущенную стадию и потребуют дорогостоящего лечения. Так, каждый пенсионер один раз в год имеет возможность бесплатно отдохнуть и полечиться на курорте; право на ежедневный бесплатный обед на фабрике, на которой раньше работал, и на посещение семейного врача или медсестры. Жители страны регулярно проходят медицинские и диспансерные осмотры. В первые месяцы после рождения все дети получают прививки против двенадцати заболеваний: полиомиелита, дифтерии, столбняка, коклюша, туберкулеза, тифа, кори, краснухи, паротита, менингита В и С и гепатита В .

Хороших результатов достигла кубинская медицина в профилактике и контроле распространения ВИЧ/СПИДа, показатели которых в стране очень низки по сравнению с множеством других государств (частота случаев составляет в настоящее время лишь 0,034%). Выработана стратегия, сочетающая половое воспитание с санитарно-амбулаторными методами, благодаря которой удается отсрочить начало заболевания у вирусоносителей и продлить жизнь больным.

Проблемы здравоохранения Кубы

Однако нельзя рассматривать систему здравоохранения на Кубе только через розовые очки. Несмотря на значительные достижения, в кубинской системе здравоохранения существует достаточно проблем, в первую очередь финансовых.

Проблема низких зарплат является одной из самых острых в медицине. После окончания медицинского института врачи вынуждены работать за 600 песо в месяц, что составляет немногим больше 25 долларов США. Поэтому

отток кадров за границу весьма велик: молодые специалисты отказываются работать в таких условиях, и на плечи остальных медиков ложится еще большая нагрузка. Если раньше семейный врач обслуживал в среднем 700 пациентов, то теперь их число может достигать трех тысяч. Частная врачебная практика на Кубе строго запрещена, за нарушение этого принципа предусмотрена уголовная ответственность.

Система не предусматривает права выбора у пациента или внедрения индивидуальных инициатив. Альтернативной частной системы здравоохранения не существует. Врачи получают от государства определенный социальный пакет (помощь в плане получения жилья и продуктов питания).

Куба - это страна, где 80% населения работает в государственной сфере и правительство полностью контролирует распределение бюджета. Ресурсы весьма ограничены, например одна из крупных клиник получила компьютерный томограф лишь 12 лет назад. Несколько американских студентов, которые учатся в одном из медицинских институтов Кубы, рассказали, что в операционных проводится много вмешательств и это делается достаточно эффективно, но применение современной технологии является минимальным.

Как следствие жесткого экономического эмбарго на Кубе была создана собственная фармацевтическую индустрию, и теперь в этой стране не только изготавливается большинство базисных медикаментов, но эти лекарства также экспортируются. Страна инвестировала существенные ресурсы в развитие биотехнологий и в этой области Куба конкурирует даже с развитыми странами. На Кубе публикуются медицинские журналы практически специальностям и врачей стимулируют к проведению исследований, публикаций и активных научных контактов с учеными других латиноамериканских стран.

Житель развитой страны, который попал на Кубу, может увидеть, что Куба существенно отстает от других стран в плане инфраструктуры (дороги,

жилые, водопровод, здоровье и т.д.). В то же время Куба начинает сталкиваться с теми же проблемами в области здравоохранения, и развитые страны, а именно рост показателей ИБС и ожирением, а также старение популяции (11,7% кубинского населения имеет возраст свыше 65 лет).

Забота о здоровье граждан в других странах

Одной из особенностей политики Кубы всегда была забота о ценности здоровья не только своих граждан, но и жителей других стран.

Первая бригада кубинских врачей-добровольцев в составе 50 специалистов была направлена в начале 1960-х гг. в Алжир по просьбе молодой республики. На сегодня медицинскую помощь Кубы получила уже 91 страна. Куба одновременно сотрудничает с 69 странами, в которых работают около 30 тыс. кубинских врачей и работников здравоохранения.

Около 2000 кубинских врачей поддерживают здравоохранение в Южной Африке, Мали, Гамбии, Гвинее-Бисау. Бригады кубинских медиков работали после разрушительных цунами в Юго-Восточной Азии, Кашмирского землетрясения.

Без кубинской помощи, отмечает ООН, рискуют погибнуть многие страны и даже регионы Латинской Америки и Африки.

Не осталась Куба и в стороне от беды, постигшей Украину вследствие чернобыльской катастрофы. С 29 марта 1990 г. эта страна осуществляет не имеющую аналогов программу помощи в лечении и оздоровлении детей-чернобыльцев, которым предоставляется бесплатная медицинская помощь в лечебных и санаторных учреждениях Республики Куба.

В феврале 1990 года штаб чрезвычайных ситуаций ЦК комсомола Украины призвал мировую общественность помочь потерпевшим от чернобыльской катастрофы детям. На это обращение откликнулась только Куба. Уже в феврале в г. Киев прибыла делегация кубинских врачей. В течение месяца они обследовали детей из восьми регионов Украины, наиболее пострадавших от радиационного загрязнения. В результате была сформирована первая группа в составе 139 детей с тяжелыми формами

заболеваний. Все юные пациенты (некоторые в сопровождении родителей) были доставлены на Кубу за счет принимающей стороны. Дети прошли курс лечения в лучших онкологических и онкогематологических центрах г. Гаваны – Институте гематологии, госпиталях «Вильям Солер» и «Хуан Мануэль Маркес», ставших базовыми центрами лечения детей из Украины.

В начале 90-х годов лагерь был переполнен, в нем одновременно пребывало около 3 тысяч детей не только из Украины, но и из Российской Федерации, Беларуси, включенных в украинско-кубинскую программу под эгидой Детского фонда им. В. И. Ленина.

Позже по призыву руководителя Кубы Фиделя Кастро пионерская организация островного государства приняла решение выделить для украинских детей республиканский пионерский лагерь им. Хосе Марти в поселке Тарара, который находится на берегу Атлантического океана. На основе этого пионерского лагеря для прибывающих из Украины детей был создан лечебно-оздоровительный центр «Тарара», в котором дети могли не только получать медицинскую помощь, но и учиться в организованной общеобразовательной школе на родном языке.

За все время существования этой программы медицинскую и реабилитационную помощь получили более 19 тыс. украинских детей, больше половины из которых – дети из малообеспеченных и многодетных семей, дети-инвалиды, сироты и полусироты, проживающие или проживавшие в зонах повышенного радиационного влияния и в экологически неблагоприятных зонах Украины.

За 18 лет существования программы стоимость помощи, оказанной Кубой украинским детям, превысила 350 млн. долларов.

Предпосылки для преимуществ Кубинской модели здравоохранения.

Во-первых, кубинские врачи следуют правилу, что не стоит сосредоточиться на дорогой технологии в качестве начального подхода к медицинской помощи. Кубинские врачи используют механизмы, которые

доступны, но они имеют удивительную способность для лечения жертв катастроф и в полевой хирургии. Они очень хорошо понимают, что большинство жизней могут спасены посредством профилактической медицины (питание и гигиена), и что традиционные культуры имеют свои собственные методы оздоровления нации. Это находится в прямом противоречии с западной медициной, которая сразу использует дорогостоящие диагностические и лечебные методы и презирует природные и альтернативные подходы.

Во-вторых, врачи должны быть частью общины, где они работают, то есть жить рядом со своими пациентами.

В-третьих, медицинское образование должно быть системным. Вместо запоминания горы информации, которая вряд ли будет использоваться, но которую студенты должны выучить, чтобы пройти экзаменационную комиссию, кубинские студенты учатся в поликлиниках, госпиталях и отдаленных деревнях. Большое значение в обучении придается умению налаживать взаимоотношения с пациентами.

В-четвертых, модель кубинской медицины не стоит на месте и развивается, но модель должна быть уникальной для каждого общества.

В-пятых, кубинская модель создает основу для экстренной медицины. Так, в течение первых 18 месяцев работы кубинских врачей в Гондурасе после урагана Митч, младенческая смертность снизилась с 80,3 до 30,9 на 1000 живорожденных. Когда кубинские специалисты в области здравоохранения внесли свой вклад в здравоохранение Гамбии, заболеваемость малярией снизилась с 600 000 случаев в 2002 году до 200 000 два года спустя. Сотрудничество Кубы и Венесуэлы позволило провести коррекцию зрения у 1500000 человек к 2009 году. Кирк и Эрисмана сделали вывод, что «почти 2 миллиона человек во всем мире обязаны своей жизнью кубинской медицине».

В-шестых, новая глобальная Медицина может стать реальностью только тогда, когда медицинский персонал будет считать исцеление человека более важным, чем личное богатство.

Программа продолжает находить все большее число добровольцев, несмотря на низкие зарплаты кубинских медиков.

В-седьмых, кубинская модель разрабатывает «рецепты» сама и предлагает их всему миру.

Хотя самым известным являются успехи системы здравоохранения в Латинской Америке, Африке и странах Карибского бассейна, Куба также оказывала помощь в Азии и на островах Тихого океана. Куба оказала помощь Украине после Чернобыльской катастрофы 1986, Шри-Ланке после цунами 2004 года, Пакистане после землетрясения 2005 года. Проходили реабилитацию российские дети, ставшие невольными участниками событий, разыгравшихся вокруг спектакля «Норд-Ост». Многие из стран, принимающих кубинские медицинские бригады, были готовы перестроить свои системы здравоохранения. Вместо того, чтобы сделать дорогие западные методы доступными каждому, кубинская модель здравоохранения помогает осмыслить, как исцеление системы может удовлетворить потребности бедных стран.

Примечательно, что кубинская медицина превратилась не только в одну из важных статей экспортных доходов, но и в высокоэффективный инструмент внешней политики Фиделя. Нет оснований сомневаться, что такой подход будет сохранен и его братом Раулем. Ведь на деле международная медицинская помощь, идеологически грамотно оформленная в качестве интернационального долга, приносит Кубе многочисленные дивиденды. Так, присутствие кубинских медиков в Венесуэле, оказывающих бесплатную медпомощь нуждающимся (а таковых, по оценкам кубинцев, в этой стране около 17 млн. человек), самым серьезным образом подкрепило рейтинг Уго Чавеса и в итоге напрямую повлияло на победу последнего на президентских выборах. Гавана стала целью первого зарубежного визита

Президента Боливии Эво Моралеса, благодарного за медицинскую поддержку около 100 тыс. жителей своей страны. Неведомая Западу медицинская «политтехнология» тем не менее, обеспечила Кубу поставками венесуэльской нефти по фиксированным, братским ценам (а также другим сырьем с североамериканского континента) на годы вперед .

Политологи окрестили такую политику не иначе как «экспорт врачей». Как бы там ни было, но братья Кастро за счет гуманитарных связей наладили обоюдовыгодное сотрудничество с Мексикой, Никарагуа, другими странами Карибского бассейна. Впрочем, география экспорта медиков не ограничивается Западным полушарием: опираясь на сотрудничество в области медицины, Куба установила и развивает контакты (как правило, в форме СП) с Алжиром, Катаром, Пакистаном и Индонезией. Все перечисленные страны получают кубинскую «руку скорой помощи» бесплатно или за бартерный расчет продуктами традиционного национального экспорта.

Заключение

Дискуссии «глобального здравоохранения», как правило, жалуются на «неоспоримый факт», что бедные страны по-прежнему страдают от хронических и инфекционных заболеваний, которые богатые страны контролируют в течение многих десятилетий.

Однако давно доказана ограниченная возможность медицины влиять на здоровье людей

Хотя, практически любой человек верит в то, что, по крайней мере один из его друзей, не был бы в настоящий момент жив и чувствовал себя хорошо, если бы не врач, а на самом деле отсутствуют доказательства каких бы то ни было прямых взаимоотношений между этими изменениями структуры заболеваемости и, так называемым, прогрессом медицины. Изменения являются зависимыми переменными политических и технологических изменений, которые, в свою очередь, отражаются в том, что говорят и делают врачи; они не связаны значимо с активностями, которые

требуют подготовки, статусом или дорогостоящим оборудованием . После столетия попыток реализовать медицинскую утопию , и противоречий с современной точкой зрения, медицинские службы не сыграли значимой роли в изменении продолжительности жизни.

Поэтому бизнес игнорирует одну систему здравоохранения, которая на самом деле функционирует в бедной стране, оказывая медицинскую помощь для всех своих граждан, а также миллионов других людей во всем мире. Заговор молчания, окружающий оглушительный успех системы здравоохранения Кубы доказывает это.

Как прогрессивные люди должны ответить на притворное незнание содержательного решения глобальных проблем со здоровьем?

Несмотря на все экономические трудности, Куба продолжает совершенствовать свою медицинскую систему, и это не может не вызывать восхищения многих развитых стран и быть примером для подражания. Ведь правильный уход за здоровьем не дороже, чем самые дорогостоящие современные средства. И основная проблема медицины – глобализация и навязывание ненужной, лишней, а зачастую и опасной медицины.

Надо помнить при этом, что такую систему здравоохранения создали простые люди, стремящиеся к обычным человеческим благам. На Кубе распределение доходов и власти и по сей день одно из самых эгалитарных в мире. Сегодняшнее физическое и ментальное здоровье кубинского народа уходит своими корнями в это равенство. Определяющие же факторы здоровья нации находятся не в системе здравоохранения, а в более широких экономических структурах общества, что понимали кубинские революционеры, создавая новую социалистическую действительность.

Тема 6. Система здравоохранения Великобритании

По окончании Второй мировой войны правительство Великобритании начало глобальное реформирование социального обеспечения населения

согласно разработанной программе с впечатляющим названием «Cradle to grave» – «С пеленок до могилы».

Одним из результатов данного проекта стало создание общественной системы оказания медицинской помощи, получившей название National Health Service (Национальная служба здравоохранения), или NHS. С тех пор эта аббревиатура приобрела всемирную известность и в большинстве англоязычных стран считается синонимом высочайшего качества в предоставлении медицинских услуг.

В 1948 г., когда Великобритания создавала современную службу здравоохранения, правительство прогнозировало динамику затрат следующей структуры:

1. Будет скачок расходов за счет бесплатного лечения тех больных, которые раньше медицинскую помощь не получали.
2. Далее затраты на здравоохранение начнут сокращаться, поскольку здоровье нации улучшится.

Известно, что создатели модели здравоохранения Великобритании изучали опыт советской системы, которая к тому времени действовала уже давно и достаточно эффективно. Дальнейшее функционирование системы Великобритании показало, что прогноз относительно сокращения расходов на здравоохранении оказался неверным. Однако опыт организации государственной системы охраны здоровья Великобритании свидетельствует о высокой эффективности и доступности услуг при относительно низких затратах на медицинскую помощь.

В Великобритании организована система бюджетного финансирования охраны здоровья, что обуславливает его государственный характер с большой степенью централизации управления. Основная часть средств поступает из государственного бюджета и распределяется сверху вниз по управленческой вертикали. Централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения.

Полувековая история существования NHS лучше, чем любые другие аргументы, подтверждает стабильную эффективность работы этой государственной структуры.

Сущность системы здравоохранения Великобритании

История возникновения

Идея социализации здравоохранения заключалась в том, что Великобритания, способная в военные годы реализовать практически полную занятость населения и расходовать колоссальные денежные средства на армию, в мирное время вполне смогла бы направить подобную социальную солидарность и финансовые ресурсы на обеспечение благополучия граждан. Все же после разработки юридических оснований для реформирования системы оказания медицинской помощи министерство здравоохранения Объединенного Королевства столкнулось с неожиданной проблемой – врачи не только не поддерживали нововведения, но и оказывали организованное сопротивление. Aneurin Bevan, пребывавший в то время на должности министра здравоохранения, должен был выполнить нелегкую задачу – переманить медицинский персонал на свою сторону, ведь без поддержки со стороны медицинских учреждений план был бы обречен.

Как утверждают историки, господин Bevan был хитрым политическим деятелем и умудрился расколоть политическую оппозицию и получить поддержку ведущих медицинских светил, пообещав всем научным консультантам впечатляющее материальное вознаграждение.

Деньги и власть сделали свое, и вот уже 5 июля 1948 года основатель современной британской медицины официально провозгласил внедрение National Health Service такими словами: «Сейчас мы стали идейным примером для всего мира».

До того времени миллионы граждан Объединенного Королевства не могли позволить себе услуги преимущественно частных лечебных учреждений и фактически не имели никакого медицинского обеспечения. На сегодняшний день каждый британец имеет доступ к высококачественным

услугам здравоохранения, которое финансируется посредством прогрессивного налогообложения, то есть каждый платит в соответствии со своими возможностями и как пациент получает услуги соответственно необходимости.

Таким образом, британская NHS стала первой в мире государственной организацией, предоставляющей универсальные бесплатные услуги здравоохранения. В современных условиях работа проверенной временем системы все еще остается успешной, но ее стабильность у многих аналитиков вызывает опасения. Глобализация и увеличение стоимости медицины привело к возникновению серьезных структурных проблем, прежде всего к необходимости ожидания даже некоторых неотложных вмешательств. В европейской научной периодике все чаще появляются отчеты о снижении стандартов лечения в некоторых больницах Объединенного Королевства. К тому же многие британцы с высоким уровнем доходов предпочитают государственному обеспечению частную страховку, и все возрастающее количество работодателей обеспечивает сотрудников коммерческими страховыми полисами.

Структура медицинской службы

Все же существующие недостатки с лихвой компенсируются всемирно признанным высоким качеством оказания помощи и абсолютной доступностью для всего населения, что обеспечивается динамичным реагированием британского законодательства на изменения в обществе. Немаловажную роль в этом процессе играет продуманная структура системы здравоохранения Объединенного Королевства, сердцем которой является Департамент здравоохранения. Именно этот правительственный орган создает и централизованно контролирует внедрение законов и нормативных актов в медицинской отрасли, а основные решения на локальном уровне принимают местные подразделения NHS.

Существует еще и третий тип государственных органов, который служит связующим звеном между вышеупомянутыми двумя уровнями

организации здравоохранения, – Стратегические управления здравоохранения (Strategic Health Authorities). Сегодня, например, насчитывается 28 подобных структур, отвечающих за определенные регионы и обеспечивающих интеграцию общенациональных приоритетных разработок, таких как программы по раннему выявлению онкологических заболеваний, в планы деятельности местных лечебно-профилактических учреждений.

Для распределения разнообразнейших медицинских услуг в Объединенном Королевстве принято их разделение на первичные и вторичные. Обе группы услуг оказывают соответствующие локальные подразделения NHS, так называемые трасты (NHS trusts), непосредственно подчиняющиеся региональным стратегическим управлениям здравоохранения.

Первичное здравоохранение предусматривает рутинную медицинскую помощь, оказываемую в офисах врачей общей практики, амбулаторных хирургических отделениях, стоматологических и офтальмологических кабинетах. Вторичными считаются специализированные медицинские услуги в госпиталях, амбулаториях, а также работа психологов и психиатров. В зависимости от сферы деятельности все трасты системы здравоохранения подразделяются на несколько групп, основной из которых являются трасты первичного звена, занимающиеся оказанием первичной медицинской помощи и организацией общественного здравоохранения.

В конце 2006 года количество этих организаций было уменьшено с 303 до 152, что по замыслу правительства должно повысить эффективность управления и снизить затраты. Трасты первичного звена отвечают за работу 29 тыс. врачей общей практики и 18 тыс. государственных стоматологов; финансируют клиники, находящиеся в юрисдикции других трастов; оказывают неотложную помощь пациентам, направленным с других государственных структур и частного сектора; непосредственно организуют мероприятия первичной и вторичной профилактики, а также

контролируют локальную эпидемиологическую ситуацию и вакцинацию населения. Именно эти организации местного значения в совокупности составляют основу NHS и расходуют 80% общего бюджета здравоохранения. Заслуживает внимания также то, что Департамент здравоохранения предоставляет трастам первичного звена право применять тактику аутсорсинга, то есть использовать услуги частных медицинских учреждений с целью более рационального распределения ресурсов. Данный подход весьма результативен в случаях, когда необходимое вмешательство относится к разряду неотложных, а во всех доступных государственных клиниках возможности его выполнения по тем или иным причинам ограничены. Некоторые из медицинских центров, проводящих плановые амбулаторные операции и диагностические процедуры в тех отраслях, где списки ожидания очень большие, например в офтальмологии, также являются частной собственностью.

Большинство других организаций, не относящихся к трастам первичного звена, обычно называют трастами NHS без уточнения конкретных функций, хотя в рамках данной публикации это необходимо для дальнейшего изложения принципов работы здравоохранения Великобритании.

Трасты NHS управляют работой большинства госпиталей и отвечают за специализированную медицинскую помощь, в частности в сфере психического здоровья. Роль этих организаций заключается в обеспечении высокого качества предоставляемых услуг и рационального расходования бюджетных средств. При необходимости уменьшить списки ожидания также предусмотрено обращение к частным структурам.

Трасты NHS являются работодателями большей части персонала системы здравоохранения, начиная с врачей и заканчивая службой охраны.

- Трасты неотложной помощи (acute trusts) обеспечивают функционирование учреждений, оказывающих непродолжительную

медицинскую помощь; к этой группе относятся больницы скорой помощи, родильные дома, рентген-диагностические лаборатории.

- Траксты обеспечения (care trusts) работают одновременно в здравоохранении и в социальной сфере, что бывает необходимо при внедрении программ, предусматривающих тесное сотрудничество NHS и муниципальной власти.

- Траксты психического здоровья (mental health trusts) организывают и контролируют проведение психологического лечения, медицинской поддержки и обучения для пациентов с серьезными проблемами в сфере психического здоровья.

- Траксты скорой медицинской помощи (ambulance trusts). В Англии, например, существует более 30 станций скорой медицинской помощи, и каждой из них управляет отдельный тракт, отвечающий за доставку пациентов в надлежащее медицинское учреждение.

Примечательно, что траксты, лидирующие по общенациональному рейтингу эффективности, имеют возможность выйти из-под контроля NHS и получить статус самостоятельной организации. Это, в свою очередь, означает автономность для всех входящих в данный тракт госпиталей. Хотя медицинские учреждения, получившие подобное право, официально остаются частью NHS, а пациенты по-прежнему проходят лечение бесплатно, самостоятельные траксты обладают большей свободой в управлении ресурсами при минимальном контроле со стороны государства. Юридически клиники принадлежат местной общине, то есть всем жителям – персоналу и пациентам одновременно. Такой тип собственности позволяет формировать локальные варианты здравоохранения в соответствии с потребностями и приоритетами, которые не всегда соответствуют общенациональным стратегиям. Очевидно, что муниципальной власти значительно проще решать такие проблемы, как, скажем, очереди за консультацией специалиста по поводу эндемического заболевания.

Самостоятельные трасты также имеют большой доступ к инвестиционным фондам как общественного, так и частного сектора. С другой стороны, поскольку NHS уже не столь тщательно контролирует эффективность системы, возникает необходимость в создании комитета по мониторингу, который обычно состоит из представителей местной власти, чью работу контролирует уже независимое учреждение.

Частная медицина

Как показывает мировая практика, какой бы совершенной не была государственная сеть лечебно-профилактических учреждений, все равно будет существовать спрос на медицинские услуги, предоставляемые коммерческими структурами. Причинами этому могут быть более высокий уровень сервиса, возможность обращения к врачу без необходимости ждать в очереди.

Частный сектор здравоохранения в Великобритании значительно меньше NHS и не располагает таким разнообразием учреждений.

С другой стороны, все доступные частные медицинские службы – это зеркальное отображение государственных амбулаторий, клиник, кабинетов специалистов, но без обязательного соответствия национальным клиническим рекомендациям и стратегическим планам Департамента здравоохранения. Следовательно, коммерческие структуры не несут ответственность за здоровье местного населения. Помимо всех вышеперечисленных негосударственных форм оказания медицинской помощи населению достаточно широко распространены частные практики врачей широкого профиля, параллельно работающих в NHS. Все большую популярность в Объединенном Королевстве приобретает негосударственное медицинское страхование, разработано множество видов полисов для всех групп населения. Немало работодателей вводят коммерческие страховки в социальный пакет или предлагают как составляющую зарплаты.

Вторичное здравоохранение в частном секторе, которое подразумевает пребывание в специализированных отделениях, оказание психиатрической

помощи и уход за больными преклонного возраста, пользуется большой популярностью среди пациентов.

Даже имея своего врача общей практики в NHS, британцы часто обращаются в коммерческие службы за следующими услугами:

- проведение определенных диагностических манипуляций;
- дополнительная консультация у еще одного специалиста;
- отдельные виды хирургических вмешательств;
- медицинские манипуляции, напрямую не относящиеся к лечению, косметическая хирургия;
- лечение зависимости или реабилитация.

В Объединенном Королевстве существует больше 300 частных госпиталей. Большинство из них организовано бизнес-структурами, но и NHS предоставляет пациентам возможность лечения в частных отделениях общественных больниц. Все негосударственные клиники должны получить лицензию у местного подразделения национальной системы здравоохранения и проходить проверки минимум два раза в год.

Таким образом, коммерческие госпитали сертифицируются и проверяются локальными властями в отличие от больниц NHS, где мониторинг осуществляют национальные инспекторы.

Нормирование и контроль в здравоохранении

Обеспечением высокого качества оказываемых населению медицинских услуг занимаются несколько организаций. Тем не менее все эти специальные структуры здравоохранения главным образом сосредотачивают свою работу на важнейших аспектах отрасли – клинических рекомендациях, составленных отдельно для всех типов патологических состояний, и безопасности пациентов.

Многие российские врачи уже знают о том, что во многих развитых странах диагностика и лечение практически всех заболеваний осуществляется по так называемым протоколам. В данном случае более

адекватным термином, обозначающим подобные документы, будет словосочетание «клинические рекомендации».

В Англии и Уэльсе разработкой и публикацией клинических рекомендаций занимается Национальный институт клинического мастерства (The National Institute for Clinical Excellence–NICE). Эти документы касаются отдельных заболеваний, лекарственных средств, медицинских устройств, а также технологий ведения и лечения определенных патологических состояний. Все госпитали NHS должны учитывать рекомендации и основывать на них свои внутренние алгоритмы. Как уже упоминалось, частные клиники не обязаны следовать подобным указаниям, но, тем не менее, многие коммерческие учреждения утверждают их как внутренние стандарты «лучшей практики».

Помимо создания клинических рекомендаций, NICE также проводит просветительную работу с общественностью и консультирует сотрудников здравоохранения.

Наблюдение за соответствующим выполнением всех необходимых рекомендаций на практике проводит Комиссия по здравоохранению. Именно она занимается оценкой и публикацией показателей работы NHS. Согласно создаваемым рейтингам проводится анализ способности трастов к автономному функционированию, то есть к приобретению независимого статуса.

Несмотря на очевидную сложность проведения подобной оценки, исходный результат поражает своей доступностью. В Англии все организации NHS в официальном рейтинговом списке оцениваются по шкале от нуля до трех звездочек в зависимости от следующих показателей:

- время ожидания и списки ожидания;
- количество отмененных вмешательств;
- чистота больниц;
- летальность;
- финансовая ситуация;

– количество повторных обращений в службу скорой медицинской помощи.

Сбор и рациональное использование информации о нежелательных последствиях лечения позволяет улучшить стандарты безопасности в учреждениях NHS. Эти функции выполняет Национальное агентство по вопросам безопасности пациентов, которое распространяет среди персонала информацию о необходимости подавать отчеты о нежелательных эффектах лечения и других опасных для больных событиях. Жалобы пациентов также рассматриваются отдельной службой, которая оценивает действия персонала не только в государственных, но и в частных учреждениях.

Следует отметить, что подобная работа выполняется независимо от NHS и правительства. В случае, когда доказано серьезное профессиональное нарушение со стороны врача, его дело передается в Общий медицинский совет, обладающий полномочиями применять к персоналу частных и государственных больниц необходимые санкции.

Медицинские кадры

Особенностью NHS, отличающей эту организацию от других общественных систем здравоохранения, является то, что NHS не только непосредственно покрывает расходы на медицинские услуги, но и нанимает огромное количество врачей и медицинских сестер, которые эти услуги оказывают. Практически весь старший и средний медицинский персонал, работающий в клинике, – это сотрудники NHS. С другой стороны, врачи общей практики, стоматологи и офтальмологи имеют свои офисы или кабинеты и выполняют заказы государства. Все эти специалисты имеют право работать отдельно или совместно, быть владельцами хирургических либо терапевтических клиник, а также нанимать персонал, включая других врачей. Тем не менее NHS иногда все же приходится централизованно обеспечивать определенные регионы медицинскими сотрудниками в случае, если отдельно практикующих специалистов недостаточно.

Согласно данным многих авторитетных источников общее количество сотрудников NHS составляет больше одного миллиона человек, что обеспечивает этой организации место в пятерке самых больших работодателей мира вместе с Департаментом обороны США, армией Китая, а также Индийской железной дорогой. Правда, такое количество сотрудников достигается и благодаря тому, что к NHS относятся многие социальные службы Великобритании.

Что же касается оплаты труда, то, по данным BBC, в 2005-2006 годах среднестатистическая зарплата врача общей практики составила около 100 тыс. фунтов в год – сумма. Такие доходы не оставляют равнодушными докторов из многих европейских стран и практически исключают дефицит кадров даже в наиболее отдаленных или малонаселенных географических регионах.

Финансирование и система оплаты

Основную роль в непосредственном распределении финансовых ресурсов NHS играют уже описанные трасты первичного звена, отвечающие за оплату услуг врачей общей практики и соответствующих отделений больниц. Денежные средства на локальном уровне распределяются согласно контракту, установленным тарифам или национальным рекомендациям. В свою очередь трасты первичного звена распоряжаются бюджетом, предоставленным департаментом здравоохранения в соответствии с количеством населения и местными особенностями. Очень важно, чтобы в конце отчетного года трасты продемонстрировали сбалансированное управление бюджетом.

Иными словами, денежных средств должно хватить, и дефицит ресурсов неприемлем, хотя за последние годы увеличение спроса на возрастающие в цене медицинские услуги сделало невозможным достижение идеального финансового баланса. Несмотря на усложняющиеся условия работы, невыполнение государственных планов для совета директоров траста в большинстве случаев означает увольнение.

По поводу стоимости лечебно-профилактических услуг для населения следует сказать, что, за исключением фиксированных ставок на выписанные рецепты, стоматологические и офтальмологические манипуляции, NHS работает бесплатно для всех постоянно проживающих в Объединенном Королевстве пациентов. При этом не важно, платил ли пациент взносы в национальную систему страхования. Все те, кто не относится к постоянным жителям Великобритании, должны оплачивать медицинские услуги, кроме тех, которые предоставляются скорой медицинской помощью и в приемных отделениях.

С апреля 2007 года стоимость выписанного рецепта независимо от типа лекарственного средства составляет 6,85 фунта стерлингов; от оплаты освобождаются пациенты старше 60 и моложе 16 лет, пациенты с определенными заболеваниями и низким уровнем доходов. Если есть необходимость в повторном выписывании рецептов на один и тот же фармацевтический препарат, больные могут приобрести так называемый сертификат о предоплате, позволяющий врачам бесплатно выписывать несколько рецептов. Стоимость выписываемых лекарственных средств, как уже упоминалось, остается фиксированной при любой их рыночной стоимости, но рецепты на медицинское оборудование и принадлежности обходятся британцам дороже.

С другой стороны, подорожание некоторых медикаментов, особенно тех, что применяются для лечения онкологических заболеваний, приводит к тому, что рецепты на них становятся слишком тяжелой ношей для трастов первичного звена, чьи ограниченные бюджеты должны покрывать разницу между рыночной ценой и стоимостью рецепта. Подобная ситуация неоднократно приводила к дискуссиям по поводу необходимости включения таких препаратов в список выписываемых.

В последнее время по различным причинам уменьшается количество стоматологических кабинетов NHS, что и привело к расширению частного сектора, заполняющего недостаток. С апреля 2007 года стоимость услуг

британских дантистов, работающих на государство, является унифицированной и составляет 15,90 фунта стерлингов за обследование; 43,60 за пломбирование кариозной полости и 194 фунта стерлингов за более сложные манипуляции, такие как установка коронок, мостов или протезов. Многие стоматологи одновременно работают в коммерческих учреждениях и в NHS, но согласно данным правительства их доходы из обоих источников приблизительно равны.

В последние годы в Великобритании поставлена задача увеличить объем оказания первичной медицинской помощи за счет сокращения объемов дорогой вторичной помощи.

Для этого применяется метод передачи части финансовых фондов на оплату вторичной помощи ОВП. Эти практики, называемые ОВП-фондодержателями, имеют средства на оплату примерно 30% вторичной помощи (за исключением дорогостоящей — свыше 6000 тыс. фунтов, острой, неотложной и т.д.). Интересно, что социально значимые виды помощи — например, психиатрическая, — подлежат оплате ОВП-фондодержателями. В результате уже сейчас слышны разговоры о том, что идет недофинансирование дорогой психиатрической помощи. ОВП-фондодержатели оплачивают также стоимость лекарств, выписанных ими пациентам.

Выделение ОВП-фондодержателям финансовых фондов на оплату вторичной помощи осуществляется на основе учета предыдущих затрат практики. В принципе, умные врачи, нарастив в период подготовки к введению фондодержания расходы на вторичную помощь, могут затем жить вполне безбедно. Такой принцип финансирования серьезные нарекания и сейчас готовится переход к финансированию ОВП-фондодержателей по взвешенной подушевой формуле.

Стационары предоставляют услуги ОВП-фондодержателям по договорным ценам в условиях ценовой конкуренции, что в большинстве случаев вполне реально, учитывая высокую транспортную доступность — в

Англии дороги очень хорошие и подавляющая часть населения имеет автомобили. Контракты заключаются в начале года. В среднем в бюджете стационаров средства ОВП-фондодержателей составляют всего около 10%. Тем не менее пациенты таких практик, как правило, имеют преимущество при получении услуг.

ОВП-фондодержатели отдельно оплачивают стоимость лекарственных средств, израсходованных в стационаре при лечении их пациентов. Это решение представляется спорным. Во-первых, при этом стационары не имеют мотивов для эффективного использования средств на медикаменты. Во-вторых, сами ОВП не могут эффективно влиять на расходование медикаментов в стационарах. Поэтому представляется рациональным включение стоимости медикаментов в тарифы на услуги стационара (по законченному случаю).

Финансовые средства, которые сэкономили ОВП-фондодержатели, они могут использовать только на развитие практики, организацию и покупку новых услуг для пациентов и т.д. Использование этих средств на оплату труда ОВП запрещено. Тем не менее, экономическая мотивация для эффективного расходования средств существует, так как развивая практику, ОВП-фондодержатели увеличивают свою собственность, а привлечение дополнительных пациентов увеличивает их гонорары. Таким образом усиливается конкуренция в секторе первичной медицинской помощи.

По существующей статистике, ОВП-фондодержателями экономится около 5% выделенных фондов.

Дополнительная экономия финансовых средств может быть получена ОВП-фондодержателями за счет использования так называемых общинных стационаров, широко распространенных в Великобритании. Это небольшие (около 50 коек) больницы, большинство которых построено в конце прошлого — первой половине нынешнего века как благотворительные госпитали.

Такие больницы не имеют своего врачебного персонала. Большинство услуг (простая неотложная помощь, малая хирургия, реабилитация пожилых пациентов) оказывается сестрами. В качестве врачебного персонала используются врачи общей практики и консультанты, приглашаемые на конкретные виды деятельности (например, малую хирургию) по контракту на определенное время. Стоимость лечения, а также оказания амбулаторных услуг в таких стационарах значительно меньше, чем в высокооснащенных крупных госпиталях. Кроме того, наличие таких больниц, приближенных к населению, увеличивает доступность медицинской помощи.

Переход ОВП к фондодержанию — дело сугубо добровольное и ему предшествует тщательная подготовка. Как правило, фондодержание разрешается групповым практикам, где снижается индивидуальный риск.

Следует отметить, что отношение в Великобритании к фондодержанию весьма неоднозначное. Тем не менее у противников фондодержания имеются и достаточно здравые аргументы. Так, например, они вполне резонно считают, что выделение ОВП фондов на оплату вторичной помощи в соответствии с предыдущими затратами стимулирует неэффективное их использование на подготовительном этапе и несправедливо. Правилен и аргумент о том, что достаточно слабо проработаны вопросы финансовой устойчивости ОВП-фондодержателей.

В последнее время происходит развитие идеи фондодержания.

Один из вариантов — кооперация ОВП-фондодержателей для управления фондами, предназначенными для оплаты вторичной помощи. В Бирмингеме создан такой мультифонд, объединяющий ОВП, которые обслуживают 270 тыс. населения. Для управления фондом создан комитет врачей. Для облегчения координации практики разбиты на группы по 7 - 8 врачей, из которых один старший (некий аналог наших терапевтических отделений). Для управления финансовым фондом нанят специальный аппарат (более 20 человек).

Интересно, что при этом фонды конкретных врачей не могут смешиваться и передаваться один другому (то есть вопросы устойчивости остаются в значительной мере открытыми). Экономия возникает только за счет кооперации по оплате аппарата, управляющего фондами. Нелишне подчеркнуть, что при этом врачи ОВП остаются полностью независимыми частными врачами со своими индивидуальными контрактами.

Другое направление реформ — передача всех средств на оплату вторичной помощи ОВП. Например, опыт в пригороде Бирмингема — Бромсгрофе. В этом городе 22 врача, обслуживающих 40 тыс. населения объединились в 4 практики, которые создали комитет из руководителей этих ОВП. Этому комитету местное УСЗ передало право управлять всеми финансовыми фондами на оплату вторичной помощи (пока на счете и под контролем УСЗ).

Комитет для управления фондами нанял небольшой (5 человек) технический аппарат, но все принципиальные вопросы использования средств решает сам. Пока предполагается, например, что катастрофические риски возьмет на себя УСЗ. Но это возможно до тех пор, пока методом полной передачи ОВП фондов на вторичную помощь обслуживается лишь четверть населения, закрепленного за УСЗ.

Практики активно занимаются снижением затрат на вторичную помощь, в чем большую роль играет сестринский персонал. Сестры ежедневно выясняют в госпиталях сведения о пациентах, находящихся в стационарах, а также посещают стационары и выясняют состояние этих пациентов и их готовность к переходу на следующий этап. Практики Бромсгрофа арендуют специальную палату для реабилитации больных, активно пользуются услугами сестринской службы ухода, в одной из практик сами создают аналогичную службу.

Предоставление большей самостоятельности низовым звеньям ведет к необходимости реформирования органов управления здравоохранением. С

1.04.95 г. сливаются в единый орган УСЗ и МУЗ, число РУЗ сокращается в дальнейшем с 14 до 8.

Тем не менее представляется, что пока в Великобритании нет окончательной картины дальнейшего хода реформ, порядка преобразования аппарата управления.

Существует, например, мнение, что объединенные фондодержатели на демократической основе передадут управление своими фондами неким будущим структурам управления и возникнет нечто, напоминающее американские организации по поддержанию здоровья (ОПЗ). Но в ОПЗ ядром системы является экономически мотивированная страховая компания, а какие мотивы будут двигать местный аппарат управления? Кроме того, опыт ОПЗ неоднозначен и сам нуждается в осмыслении.

Сходство и различие систем здравоохранения России и Великобритании

Системы здравоохранения России и Великобритании имеют много сходных черт, но немало и принципиальных отличий.

Сходство обеих систем прежде всего в том, что обе они ориентированы на предоставление всему населению доступной и бесплатной в момент потребления медицинской помощи. Обе системы реализуют государственные гарантии и достаточно жестко регулируются государством.

В то же время система здравоохранения России значительно более децентрализована, в ней выше права и степень независимости областей (субъектов Федерации) и муниципальных структур. Российская система в основном управляется местными властями, тогда как английская — центральными. Степень свободы медицинских учреждений (особенно в вопросах оплаты труда) также значительно выше в России, чем в Великобритании.

При этом достаточно спорен вопрос о том, является ли столь сильная децентрализация управления достоинством в условиях жесткого экономического кризиса.

Реформа национальной системы здравоохранения Великобритании проводится поэтапно, с учетом национальных особенностей и традиций. Основной целью реформы является повышение эффективности системы здравоохранения, предоставление пациенту медицинских услуг лучшего качества и в более короткие сроки.

В принципе направление реформ в здравоохранении России и Великобритании одинаково — это разделение производителей медицинских услуг и тех, кто приобретает эти услуги в интересах населения.

В Великобритании это ОВП-фондодержатели и МУЗ, в России — страховые медицинские организации.

Существующая в Великобритании система здравоохранения является относительно недорогой, однако это достигается в том числе и из-за длительных сроков ожидания при получении многих видов медицинских услуг и, как следствие этого — снижения доступности медицинской помощи.

В целом следует отметить, что доступность медицинской помощи в Великобритании хуже, чем в России при том, что на здравоохранение здесь тратится около 500 ф. ст. на человека в год, тогда как, например, в Приморском крае в 1994 г. — в 10 раз меньше.

Косвенным свидетельством неудовлетворенности населения является то, что 11% населения охвачено частным медицинским страхованием. Думается, что этот процент мог быть и выше, но методы оплаты медицинских услуг частными страховщиками ведут к росту стоимости страховок. Кроме того, дострахование (то есть оплата страховщиками медицинских услуг для застрахованных дополнительно к их финансированию государством) невозможны, что удорожает частные медицинские страховки и снижает доступность этого вида страхования.

Сильной стороной здравоохранения Великобритании являются частные независимые, но полностью интегрированные в национальную систему здравоохранения ОВП. Весьма продуманной представляется система их финансирования. Врачи ОВП, являясь собственниками, обладают

определенной независимостью и, за счет весьма рациональной системы их финансирования имеют высокую мотивацию для эффективной деятельности. Они конкурируют за пациентов.

В то же время следует отметить, что большинство ОВП оснащены достаточно слабо и многие виды амбулаторных услуг пациенты вынуждены получать в госпиталях (здесь выручает высокая транспортная доступность — наличие автомашин в большинстве семей). Однако у бедных граждан, не имеющих личного транспорта, возникают серьезные проблемы. Кроме того, время доступа к амбулаторным услугам стационара зачастую весьма велико.

Поэтому перенос части амбулаторных услуг, оказываемых в госпиталях, в ОВП — оправдан и реализуется в практике фондодержания.

В этом смысле стоит еще раз переосмыслить роль наших поликлиник и оценить с точки зрения эффективности необходимый уровень оснащения ОВП.

Следует весьма высоко оценить систему оплаты лекарств в амбулаторной сети преимущественно за счет общественных средств при наличии весьма жесткой системы контроля за выпиской лекарственных средств по утвержденным контрактным ценам. В наших условиях лекарственное обеспечение становится важной политической проблемой. Многие эффективные лекарства становятся недоступными для социально незащищенных слоев населения. Все это требует срочных мер по исправлению сложившейся ситуации.

Другой особенностью британской системы здравоохранения является то, что ограниченные в экономических мотивах государственные госпитали являются весьма эффективными организациями, среднее время пребывания больных в которых в несколько раз меньше сложившегося в Приморском крае. При этом срок пребывания больных в госпиталях за последние 10 лет сокращен почти в 2 раза. Обращает на себя внимание высокий процент операций, выполняемых в однодневном стационаре. Все это — результат целенаправленной политики, проводимой органами управления

здравоохранением, что вполне компенсирует расходы на содержание достаточно большого аппарата. Следует отметить, что Минздрав ежегодно устанавливает для органов управления здравоохранением задания по повышению экономической эффективности деятельности здравоохранения.

Следует отметить, что органы управления здравоохранением весьма эффективно пользуются информационными технологиями, чему способствует их высокая техническая оснащенность. Так, УСЗ Бирмингема на 150 сотрудников имеет 102 ПЭВМ и 40 терминалов, 3 сервера (из которых 2 достаточно мощных HP-9000). Используемое программное обеспечение, в принципе, аналогично имеющемуся в Приморском крае. В то же время применяются и весьма дорогие UNIX — базы данных типа клиент-сервер (например, ORACLE).

Региональное УЗ Вестмидленде имеет базу данных о всех случаях госпитализации региона с населением 5,2 млн. человек, без чего невозможен эффективный анализ работы стационаров. В качестве сервера используется DEC ALPHASERVER 2100 с ОП 512 Мбайт и 32 Гбайт памяти на жестких дисках.

У нас же подобные базы есть лишь в нескольких городах.

Практически все ОВП оснащены компьютерами — в УСЗ имеется специальная программа информатизации и для ее реализации выделяются соответствующие ресурсы. В результате в УСЗ сформирована база данных на все обслуживаемое население, что позволяет проводить детальный анализ деятельности здравоохранения. В принципе, аналогичные работы ведутся и у нас, однако их сдерживает недостаток и хаотический характер инвестиций в технику и разработки. Это говорит о необходимости пересмотра инвестиционной политики.

Тема 7. Система здравоохранения Китая и Кореи

С невероятным богатством традиций древней китайской медицины знаком каждый. В Китае впервые в мире была сформулирована осознанная

медицинская концепция о здоровье, болезни и лечении, а систематизированные знания о здоровье человека были изложены в ряде трактатов и являются ценнейшими памятниками древней мысли. Именно в Китае стали изучать болезни и устанавливать их причины путем анализа симптомов.

После образования КНР в 1949 г., рассматривая предупреждение болезней, охрану здоровья и дальнейшее развитие традиционной медицины как важную часть стратегии, китайское правительство уделяет большое внимание повсеместному созданию медицинских и здравоохранительных учреждений и подготовке медицинских кадров. Больницы разного уровня и медицинские организации имеются по всей стране, сформирована целостная лечебно-профилактическая сеть в городах и сельских районах. Здравоохранение в КНР стало важнейшим государственным делом. Ныне в Китае работают многочисленные медицинские кадры, сформирована целостная система учебных заведений медицинских наук, которая отдала стране целую плеяду выдающихся специалистов по медицине и фармакологии. К концу 1998 г. в стране насчитывалось 310 тыс. медицинских организаций (включая амбулатории), 3,14 млн. больничных коек (в больницах и санэпидемстанциях – 2,91 млн.), 4,42 млн. медперсонала, работающего в этой области (1,41 млн. врачей в больницах и санэпидемстанциях, 1,07 млн. медсестер), что соответственно в 85,6, 36,9 и 8,8 раза больше по сравнению с тем, что имелось в 1949 г.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КНР

Динамика развития

В соответствии с системой государственного медицинского обслуживания и трудового страхования, созданной в 50-х гг. в Китае лечение рабочих и служащих в случае их заболевания или травм осуществляется полностью за счет государства. Эта система сыграла активную роль в охране здоровья рабочих и служащих, стимулировании экономического развития и обеспечения общественной стабильности. Однако по мере развития

экономики и углубления реформы экономической системы страны все больше проявлялись ее недостатки. Поскольку медицинское обслуживание обычно оплачивают государства и предприятия, расходы на эти цели растут слишком быстро и стали бременем для государственного бюджета. С другой стороны, неизбежно расточительство санитарно-гигиенических ресурсов. Медицинское обслуживание в сельских местностях, за исключением небольшого числа зажиточных регионов, где оно предоставляется бесплатно, все еще остается платным. В стране система общего медицинского обслуживания еще не достигла совершенства, сфера ее действия небольшая, поэтому обязательно нужно осуществить реформу системы общественного медицинского обслуживания.

Эта реформа в городах и поселках предполагает создать механизм возмещения затрат медицинских учреждений. Это значит, что система медицинского страхования должна строиться с учетом местных финансовых и социальных условий; расходы на лечение должны взять на себя как государство и предприятия, так и сами пациенты. В сельских районах следует всемерно развивать и совершенствовать кооперативную систему медицинского обслуживания под руководством местных правительств, которая функционирует на средства общества при финансовой помощи правительства и на началах добровольного участия населения. Запланировано создать страховые фонды главным образом за счет взносов частных лиц и поддержки со стороны коллективов и местных властей, чтобы обеспечить крестьян элементарным медицинским обслуживанием, выполнить задачи профилактики заболевания и избежать бедности из-за болезни. Расширение сферы охвата системой медицинского страхования не только благоприятствует полному и своевременному обслуживанию со стороны медицинских учреждений, но и отвечает требованиям стабильного развития самих медицинских учреждений.

Уровень медицинской науки быстро повышается, непрерывно усиливается контроль над медикаментами и санитарный надзор. Создана

система медицинского страхования для рабочих и служащих в городах и поселках на основе общественного планирования и взносов частных лиц, причем сфера действия этой системы постепенно расширяется. Традиционная китайская медицина и фармакология, а также сочетание методов китайской и западной медицины развиваются совместно. Заметно снизился уровень заболеваемости многими инфекционными болезнями, эпидемии локализованы, усиливается работа медицины и здравоохранения в сельских районах, благодаря чему значительно улучшилось здоровье населения. По средней продолжительности жизни населения, снижению смертности младенцев и рожениц Китай находится в первых рядах среди развивающихся стран, по некоторым показателям он достиг уровня развитых западных стран.

Преобразование системы здравоохранения – Китайская Народная Республика Китай

С образованием Китайской Народной Республики в 1949 году было преобразована и система здравоохранения страны. И ранее, начиная с 19 века в Китае было некоторое число миссионерских больниц и амбулаторий. Некоторые представляли собой несколько кроватей в задней комнате, другие – более или менее полноценные заведения. Новое правительство решило, что хорошо укомплектованные больницы должны сформировать ядро новой системы здравоохранения Китая.

К 1990 году страна располагала сетью современных больниц. Первоначально финансируемый государством, сегодня больницы в Китае больше не получают все свое финансирование только лишь от правительства. В результате реформ, проведенных после 1979 года, больницы теперь получают две трети своего финансирования от пациентов за лечение непосредственно, или от страховых компаний, что более принято в последнее время. По иронии судьбы, новая экономическая политика, введенная после 1979 года создала новый рынок для традиционной китайской медицины. Чтобы уменьшить растущий дисбаланс между городским и сельским

медицинским обслуживанием, больницы (в том числе с применением традиционной китайской медицины) были построены в каждой области Китая. Эти учреждения предназначены в первую очередь для предоставления дешевой медицины большинству жителей страны.

Китайское правительство продолжает совершенствовать систему здравоохранения, чтобы сделать медицинское обслуживание в городах и деревнях одинаково качественным и доступным. Усилия властей поддерживают миллионы сельских врачей.

Это трехэтажное здание – больница в деревне Мафу на западе провинции Хунань, расположенной в центральной части Китая. Здесь работает доктор Тянь Жуй. Она приехала в Мафу в 1992 году, сразу после окончания медучилища. Сначала практически никто из местных жителей ко врачу не ходил: то ли не было денег платить за медицинское обслуживание, то ли просто не верили в медицину. Но даже в этих условиях Тянь Жуй за эти годы смогла вылечить более двух тысяч человек. В самом начале Тянь Жуй приходилось ходить домой к больным. На то, чтобы добраться до самых отдаленных уголков села по горным дорогам у Тянь Жуй уходило гораздо больше времени, чем на само лечение.

Тянь Жуй, медик: «Конечно, это не простой путь. Тем более для женщины, и все же я по-своему счастлива».

Мало кто из жителей деревни зарабатывает больше нескольких сотен юаней, то есть 50 долларов США, в год. Поэтому многие просто не могут позволить себе платить за услуги врача. Тянь Жуй говорит, что когда человек приходит в поликлинику, сначала его лечат, и только потом начинается разговор о деньгах. Если их нет, плату за лечение просят принести потом, когда деньги появятся. За 18 лет работы у Тянь Жуй набралось несколько тетрадок, где она записывает бесчисленные долги, получить львиную долю из них она уже давно не рассчитывает.

Тянь Жуй рассказывает, что поначалу люди не доверяли медикам, а некоторые даже стеснялись. По словам Тянь Жуй, после того, как в деревне

начали проводиться бесплатные гинекологические осмотры, женские заболевания были обнаружены у 90% жительниц села. Сейчас эту цифру удалось сократить в два раза.

Тянь Жуй, медик: «Теперь они сами приходят, если плохо себя чувствуют. А раньше – стеснялись, сложно было уговорить их даже на простой осмотр».

Постепенно появляется не только доверие медикам, решаются и проблемы с деньгами. Благодаря реформе здравоохранения все больше сельчан начинает получать льготное медобслуживание. Медицинское страхование охватило почти 90% населения страны, и с сего года планируется увеличить максимальный размер страховых выплат для сельских жителей. Ожидается, что фермеры – обладатели медицинской страховки смогут получить назад 70% своих расходов на лечение.

Совершенствование трехступенчатой лечебно-профилактической сети в сельских районах

Около 75 процентов населения Китая проживает в сельских районах, поэтому медицина и здравоохранение на селе постоянно находятся в центре внимания государства. После 1978 г. со времени проведения политики реформ и открытости медицинские органы страны поставили себе целью дальнейшее развитие сельской санитарно-гигиенической работы и обеспечение крестьян медицинским обслуживанием, рассматривая это как один из ключевых моментов строительства новой социалистической деревни с китайской спецификой. Наряду с этим на основе всестороннего развития медицины на селе на первое место выдвинуты общие санитарно-гигиенические мероприятия. В настоящее время в сельских районах в основном сформировалась трехступенчатая (уездная, волостная и деревенская) лечебно-профилактическая система. В 1998 г. в Китае насчитывалось 2037 уездных больниц, 50,6 тыс. волостных санэпидемстанций, практически в 90 процентах от 730 тыс. сел всей страны создано 728,8 стационаров или амбулаторий. В сельских районах работает

1,328 млн. врачей и медицинских работников, причем среди них сельские врачи занимают 74,59 процентов. Китай заложил хорошую базу для достижения поставленной Всемирной организацией здравоохранения цели – «Обеспечение медицинского обслуживания для всех к 2000 г.».

Профилактика заболеваний. «Ставить во главу угла профилактику» – это важный опыт медицинской работы в Китае. Энергичное предупреждение инфекционных заболеваний, эпидемий, паразитарных заболеваний и т.п. является главным направлением деятельности государственных органов здравоохранения всех уровней. Еще в начале 60-х гг., то есть за десять с лишним лет раньше ряда стран мира, в Китае полностью ликвидированы оспа.

В течение 50 лет после образования КНР в стране созданы медицинские учреждения, в которых главное место занимают санитарно-эпидемиологические станции, предназначенные для санитарного надзора и профилактики заболеваний. Сформировалась всекитайская сеть санитарного надзора и борьбы с эпидемиями. В 1998 г. в стране насчитывалось 4018 подобных учреждений, в том числе 1696 уездных санитарно-эпидемиологических станций, 1889 специализированных отделений или пунктов профилактики и лечения.

В целях полной ликвидации или локализации инфекционных заболеваний и эпидемий китайское правительство обнародовало «Закон о профилактике и лечении инфекционных болезней», «План действий Китая по ликвидации полиомиелита на 1995 г.», «Тезисы программы по ликвидации болезни от недостатка йода к 2000 г. в Китае» и другие документы, активно развертывает работу по иммунизации. Успешно проведена иммунологическая вакцинация детей, что позволило заметно снизить уровень заболеваемости корью, полиомиелитом, дифтерией, коклюшем, эпидемическим энцефалитом Б и другими заболеваниями. В настоящее время углубляется работа по профилактике заболеваний и патриотическое движение за санитарную и гигиену, состояние здоровья городского и

сельского населения значительно улучшилось по сравнению с периодом, предшествовавшим 1949 г. Средняя продолжительность жизни населения по всей стране увеличилась с 35 до 70 лет.

Причинами смертности главным образом служат злокачественные опухоли, болезни кровеносных сосудов головы и сердечно-сосудистые заболевания. В этом отношении ситуация в Китае схожа с развитыми странами. Научно-исследовательские учреждения и лечебные заведения разворачивают активную деятельность в области предупреждения сердечно-сосудистых и цереброваскулярных болезней, онкоза и других хронических неинфекционных заболеваний, следят за вспышками инфекционных болезней как внутри страны, так за ее пределами. За 50 лет Китай добился заметных успехов в профилактике и лечении заболеваний. Отдел по делам локализации заболеваний при Министерстве здравоохранения КНР в 1996 г. удостоился премии Всемирной организации здравоохранения за выдающиеся успехи в работе.

Охрана здоровья женщин и детей. В центре внимания – охрана здоровья женщин и детей. После образования КНР китайское правительство стало уделять большое внимание охране здоровья женщин и детей, провозгласив это национальной стратегией. При Госсовете КНР и местных правительствах учреждены комитеты по работе с женщинами и детьми. К концу 1998 г. по всей стране уже насчитывалось 2724 медицинских учреждений для женщин и детей, в том числе 1507 уездных пунктов охраны здоровья матери и ребенка, в котором работают 73 тыс. медицинских специалистов.

Для обеспечения охраны здоровья женщин приняты законы КНР «Об охране прав и интересов женщин», «Об охране здоровья матери и ребенка», положение «Об охране труда работниц» и другие правовые акты. В Китае активно проводится работа по использованию безопасных методов родовспоможения; в городах и сельских районах введены обязательный медицинский осмотр беременных, уход за беременными из групп риска, роды в больнице, послеродовое обслуживание и ряд других мер в целях

обеспечения здоровья матери и ребенка. Внедрение этих мер дало положительные результаты: уровень смертности рожениц снизился с 1500 случаев на 100 тыс. человек в 1949 г. до 61,9 случая в 1995 г.

С 1978 г. китайское правительство начало уделять особое внимание охране здоровья и контролю за развитием детей. Так, были приняты закон «О защите прав несовершеннолетних» и «Программа по поощрению кормления детей грудным молоком»; по всей стране создано 5890 больниц по уходу за новорожденными, благодаря чему смертность младенцев снизилась с 200 случаев в 1949 г. до 31 случая на 1 тыс. новорожденных.

С 1978 г. в Китае внедрена общегосударственная плановая вакцинация. На государственном уровне проводятся мероприятия по повышению уровня физического развития детей, а также создаются программы по улучшению их питания.

После образования КНР китайское правительство уделяет большое внимание охране здоровья женщин и детей. При ВСНП и НПКСК соответственно созданы учреждение законодательного обеспечения прав и интересов женщин и детей и учреждение надзора за исполнением законов. При Госсовете КНР и местных правительствах учреждены Комитеты по работе с женщинами и детьми. К концу 1998 г. по всей стране имелось 2724 медико-здравоохранительных учреждения для женщин и детей, в том числе 1507 уездных пунктов (станций) охраны здоровья матери и ребенка, 73 тыс. медперсонала. Образована целостная сеть учреждений по охране здоровья женщин и детей, покрывающая всю страну.

В целях реального обеспечения охраны здоровья женщин приняты «Закон КНР об охране прав и интересов женщин», «Закон об охране здоровья матери и ребенка», «Положение об охране труда работниц», «Временные положения об охране здоровья работниц» и другие правовые акты. В Китае активно развернута работа по использованию безопасных методов родовспоможения и мер по охране здоровья женщин в детородный период. В городах и сельских районах введены обязательный медицинский осмотр

беременных женщин, регистрация преждевременной беременности, уход за чрезвычайно рискованными беременными, роды в больнице, послеродовое обслуживание и ряд других мер в целях обеспечения здоровья матери и ребенка. Эти меры дали положительные результаты в охране здоровья матери и ребенка в Китае, например, уровень смертности рожениц снизился с 1500 случаев на 100 тыс. человек в 1949 г. до 61,9 случаев в 1995 г.

С 1978 г. китайское правительство придает особое значение охране здоровья и контролю за развитием детей. Разработаны «Тезисы программы по улучшению благосостояния детей в Китае на 90-е гг.» и «Закон о защите несовершеннолетних», обнародована «Программа по поощрению кормления детей материнским молоком». Одновременно широко развернуто движение за заботу о младенцах, по всей стране создано 5890 больниц по уходу за новорожденными, благодаря чему смертность младенцев снизилась с 200 случаев на тысячу новорожденных до 1949 г. до 31 на тысячу. С 1978 г. проводится общекитайская плановая вакцинация. Непрерывно повышается уровень физического развития детей и неуклонно улучшается состояние их питания.

Традиционная китайская медицина и фармакология

Китайская медицина и фармакология являются важной составной частью блестящей культуры китайской нации. За несколько тысяч лет они внесли выдающийся вклад в процветание и могущество Китая. Китайская традиционная медицина, отличающаяся заметным лечебным эффектом, национальной самобытностью, своеобразными методами диагностики и лечения, систематическими теоретическими положениями и богатейшей исторической документацией, имеет свое особое место в медицине мира и стала общим богатством сокровищницы мировой медицинской науки. Китайская медицина имеет многовековую историю, она проявляет свою огромную жизнеспособность и в наши дни. Она и современная медицина

взаимно дополняют друг друга, что является спецификой и преимуществом традиционной медицины Китая.

Китайская медицина и фармакология возникли еще при первобытном строе. Первобытные люди в своей борьбе с природой создали зачатки медицины. В поисках пищи они заметили, что некоторые продукты могут облегчить или излечить болезни, что стало началом открытия и применения китайских лекарств. С появлением огня люди узнали, что греясь горячим камнем или песком, завернутыми в шкуры или древесную кору, можно вылечить некоторые недомогания, потом на основе многократной практики были открыты методы горячего лекарственного компресса и прижигания. Используя изделия из камня в качестве орудий производства, люди поняли, что уколы и удары по одной части тела человека облегчают боль другой части. Так был создан метод лечения каменными и костяными иглами, который впоследствии превратился в акупунктуру, и образованно учение о меридианах и коллатералях.

Основные теоретические взгляды китайской медицины состоят в оригинальном познании плотных и полых висцеральных органов, меридианов и коллатералей, «Ци» и крови, жидкости тела, причины болезни и патогенеза. Методы лечения китайской медицины – «четыре метода осмотра пациента» и изучение заболевания: визуальные (изучение цвета лица), слуховой (прослушивание голоса больного), устный (выяснение путем опроса состояния больного) и щупальный (ощупывание его пульса). Изучение заболевания означает процесс познания причины болезни путем анализа, индукции, исследования и суждения на основе симптомов болезни и физических симптомов, замеченных через «четыре метода осмотра пациента». Помимо основного метода лечения, опирающегося на применение лекарства, китайская медицина использует также иглоукалывание, массаж, дыхательную гимнастику «цигун» и некоторые другие самобытные приемы лечения.

Более 2 тыс. лет назад на свет появился первый китайский медицинский трактат «Хуанди нэйцзин», который заложил теоретическую основу китайской медицины. После этого изданы и многие другие классические медицинские труды, такие, как «Канон о трудных вопросах по медицине», «Трактат об экзогенных лихорадочных и разных болезнях», «Трактат об этиологии и симптоматологии болезней». «Шэньнун бэнцаоцзин» (фармакопея Шэньнуна) – древнейшее в Китае специальное произведение по фармакологии. «Ганбэньцао» является первой фармакопеей в Китае, которая была опубликована правительством, она представляет собой первую в мире государственную фармакопею. При династии Мин Ли Шичжэнь составил фармакопею «Бэньцао ганму» («Компендиум лекарственных веществ»), в которой описал 1892 вида лекарственных трав и другого целебного сырья и привел более 10 тыс. рецептов на их основе.

После образования КНР правительство придает большое значение китайской медицине и поддерживает ее развитие. В 1986 г. было учреждено Государственное управление по делам традиционной китайской медицины. Спустя 2 года на его основе создана Государственное управление по делам традиционной китайской медицины и фармакологии, которое разрабатывает стратегию развития, курс, политику и законоположения в этой области. Оно организовано обеспечивает сочетание китайской медицины и фармакологии, а также управляет их интеграцией.

Быстрыми темпами развивается образование в области традиционной медицины, открыты высшие и средние учебные заведения с преподаванием китайской медицины и фармакологии, заочные институты, вечерние институты, школы, проводится система экстерната. Благодаря всему этому в стране подготовлены в большом количестве специалисты по китайской медицине. В производстве китайских лекарств сформирована целостная система, отличающаяся богатым ассортиментом и передовыми технологиями. В Китае врачи традиционной медицины учатся друг у друга, пытаются найти путь сочетания методов китайской и западной медицины, что

стало новшеством для Китая. В настоящее время в стране сложилась ситуация, при которой сосуществуют, перенимают друг у друга все положительное и совместно развиваются китайская, западная и китайско-западная медицина. Система теоретических взглядов китайской медицины имеет глубокое содержание. Работники китайско-западной медицины, используя передовую науку и технику и современные методы, провели долговременную исследовательскую работу по основным теоретическим познаниям китайской медицины и ее методам лечения. Поэтому они достигли успехов в научном комментировании плотных и полых висцеральных органов, кровяного стаза и сущности лечения иглоукалыванием. Китай находится в первых рядах в мире по 5 направлениям медицины, включая реплантацию отрезанных конечностей, лечение ожогов, лечение переломов, лечение острого заболевания брюшной полости и акупунктурную анестезию. Успехи в последних 3 направлениях достигнуты путем сочетания методов традиционной китайской и западной медицины.

В последние годы отрядные успехи получены при лечении сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, иммунологические болезни, онкоза и переломов с применением методов китайской медицины. Вскрытие и систематизирование рецептов народной традиционной терапии, обработка и приготовление китайских лекарственных препаратов и изменение форм готовых лекарств получили новое развитие, что повысило способности предупреждения и лечения заболеваний методами китайской медицины и расширило сферу ее обслуживания. Китайская медицина при лечении острых заболеваний брюшной полости открыла новые способы неоперативного лечения. Традиционные средства китайской медицины – иглоукалывание, акупунктурная анестезия и утоление боли иглоукалыванием ныне распространены в 120 странах и районах мира. В 1987 г. в Пекине основана Всемирная федерация иглоукалывания, в которой участвует более 50 тыс. представителей из 100 стран и районов мира. Она является первой

международной научной организацией, штаб-квартира которой расположена в Китае, и Китай – ее председатель. В 1989 г. в Пекине состоялась Международная конференция цигунтерапии, в которой приняли участие представители 29 стран и районов мира. В 1991 г. в Китае проводилась Международная конференция по традиционной медицине и фармакологии, на которой десятки стран совместно разработали и приняли «Пекинскую декларацию». К настоящему времени Китай уже установил отношения более чем с 100 странами и районами мира в сфере медицинского обслуживания, научно-исследовательской работы и ученого обмена.

За последние годы по мере распространения методики лечения гомеопатическими средствами и лечения без применения лекарств китайская медицина привлекла к себе пристальное внимание всего мира. Раздвигаются рамки международного сотрудничества в области медицины. Япония, США и Германия установили с Китаем кооперативные отношения. Всемирная организация здравоохранения создала в Китае 7 кооперативных центров традиционной медицины и фармакологии. Среди всех иностранных студентов и стажеров, изучающих в Китае естественные науки, самую многочисленную часть составляют специалисты по китайской медицине. Совместное преподавание китайской медицины Пекинским институтом традиционной китайской медицины и государственным университетом Англии послужило прецедентом в открытии специальности китайской медицины в других вузах Англии и Европы. В Японии и Республике Корея имеются школы китайской медицины; во Франции, США, Италии, Австралии и других странах – институты китайской медицины и институты акупунктуры; в Германии при Мюнхенском университете – институт по изучению теоретических познаний китайской медицины.

Сегодня китайская медицина и фармакология являются важными составляющими культуры китайской нации и занимают особое место в мировой медицинской науке. Имея многовековую историю, традиционная китайская медицина существует и в наше время, дополняя современную

медицину. После образования КНР правительство стало придавать большое значение медицине и поддерживать ее развитие. В 1986 г. было учреждено Государственное управление по делам традиционной китайской медицины. Спустя 2 года на его основе создано Государственное управление по делам традиционной китайской медицины и фармакологии, которое разрабатывает стратегию развития, курс, политику и законопроекты в этой области. Это управление обеспечивает взаимодействие китайской медицины и фармакологии, а также их интеграцию.

Однако какими бы не были достижения китайской медицины, доступными они оставались лишь императору и ограниченному количеству приближенных к нему лиц. Обычные граждане на протяжении многих веков не имели доступа к врачебной помощи, а их средняя продолжительность жизни составляла немногим больше 35 лет.

Ситуация кардинально изменилась с началом правления Мао Цзедуна. Именно он в середине прошлого века создал экстенсивную, по образцу советской, систему первичной медицинской помощи, ставшую доступной обычным людям, в первую очередь крестьянам. Модель здравоохранения Семашко оказалась тогда единственно правильным способом организации медицинской помощи в стране, в которой миллионы людей проживают на огромной территории. И сегодня снова возникает вопрос: какой должна быть эффективная система здравоохранения, рассчитанная на население, превышающее 1 / 5 долю жителей земного шара?

Становление новой китайской медицины . После образования КНР в 1949 г. китайское правительство стало уделять большое внимание повсеместному созданию медицинских и здравоохранительных учреждений и подготовке медицинских кадров. Сегодня по всей стране имеются больницы разного уровня и медицинские организации, сформирована целостная лечебно-профилактическая сеть в городах и сельских районах. В больших городах функционируют крупные специализированные клиники, включая госпитали традиционной медицины. В средних по величине городах

всех провинций и автономных районов также работают комплексные и специализированные больницы с современным оборудованием. В большинстве сельских районов внедрена трехступенчатая лечебно-профилактическая сеть на уровне уезда, волости и деревни; в уездах созданы центральные уездные больницы, в волостях – волостные амбулатории, в административных деревнях – медпункты.

Здравоохранение в КНР стало одним из самых важных направлений развития государства. В Китае начали работать квалифицированные медицинские кадры, была сформирована целостная система учебных медицинских заведений, которая выпустила целую плеяду выдающихся специалистов по медицине и фармакологии. Если несколько десятилетий назад в Китае на 1000 человек приходилось 1,48 врача и 2,34 больничной койки, то к концу 1998 г. в стране уже насчитывалось 310 тыс. медицинских организаций включая амбулатории; 3,14 млн. больничных коек; 4,42 млн. медперсонала, из которых 1,41 млн. врачей в больницах и санэпидемстанциях и 1,07 млн. медсестер, что в десятки раз выше, чем аналогичные показатели после Второй мировой войны.

Медицинская наука в Китае сегодня активно развивается, усиливается контроль над применением медикаментов и санитарный надзор. Создана система медицинского страхования для рабочих и служащих в городах и поселках на основе общественного планирования и взносов частных лиц, причем сфера действия этой системы постепенно расширяется. Заметно снизился уровень заболеваемости многими инфекционными болезнями, а эпидемии эффективно локализованы. В целях полной ликвидации инфекционных заболеваний и эпидемий китайское правительство приняло закон «О профилактике и лечении инфекционных болезней» и другие документы, активно проводит работу по иммунизации. Успешно завершена иммунологическая вакцинация детей, что позволило значительно снизить уровень заболеваемости корью, полиомиелитом, дифтерией, коклюшем, эпидемическим энцефалитом и другими болезнями.

В настоящее время состояние здоровья городского и сельского населения Китая значительно улучшилось по сравнению с периодом до 1949 г. Средняя продолжительность жизни населения по всей стране увеличилась вдвое. Около 75% жителей Китая проживает в сельских районах, поэтому провинциальная медицина и здравоохранение находятся в центре внимания государства, которое постоянно занимается профилактической медициной, благодаря чему значительно улучшилось состояние здоровья населения.

Реформирование системы здравоохранения в КНР

Здравоохранение является составной частью социальной сферы КНР, состояние которой, во многом, может рассматриваться как ключевой индикатор, характеризующий всю социальную политику руководства страны и общий уровень развития китайского общества.

Ситуация, сложившаяся на сегодняшний день в области охраны здоровья населения Китая, имеет все основания считаться кризисной. Это стало закономерным итогом форсированного экономического развития КНР в ущерб сбалансированному развитию всех сфер жизнедеятельности страны.

Очевидно, что без столь огромного напряжения всех ресурсов – в первую очередь, человеческих – Китай не вошел бы в такие короткие сроки в число региональных и мировых экономических гигантов. Тем не менее, уже начало XXI века показало, что существующая система здравоохранения испытывает на себе большинство серьезных проблем, потрясавших все китайское общество в тот период, включая постоянно усиливавшееся социальное расслоение, разрыв между городом и деревней и т.п. В 2000 году расходы на медицину в расчете на одного деревенского жителя составляли 188,6 юаня против 710,2 юаня – на городского, т. е. в 3,8 раза ниже. За 1991-2000 годы суммарные расходы по этой статье увеличились почти на 50,7 млрд. юаней, из них на деревню пришлось всего 6,3 млрд., т. е. 12,4% от общего прироста, и это при том, что деревенское население почти в два раза превышало городское. Только в 10% деревень к началу 2000-х годов

сохранилось медицинское кооперативное обслуживание. Более 80% крестьян вынуждены лечиться за собственный счет. Доля расходов на общественное здравоохранение в суммарных расходах госбюджета снизилась с 4% в 1980 г. до 1,71% в 2000 г., что поставило Китай по этому показателю на одно из последних мест в мире. В самых бедных странах Африки на душу населения расходуется вдвое больше средств на медицину, чем в Китае.

Нельзя сказать, что китайское здравоохранение находилось в период проведения политики «реформ и открытости» в совершенном упадке. Например, рост продолжительности жизни в Китае является довольно впечатляющим достижением этих лет (см. рисунок 1).

Так, показатель средней продолжительности жизни в Китае в 2006 году превысил общемировой показатель в среднем на 5 лет, а аналогичный показатель в государствах с низкими доходами – на 13-14 лет.

Так, показатель средней продолжительности жизни в Китае в 2006 году превысил общемировой показатель в среднем на 5 лет, а аналогичный показатель в государствах с низкими доходами – на 13-14 лет. Тем не менее, необходимо отметить, что темпы экономического развития страны явно превышали темпы роста ассигнований на здравоохранение и доходы простых граждан КНР, что привело к крайне серьезным последствиям. Основные кризисные тенденции в данной области заключаются в следующем:

- Низкий уровень государственного финансирования сферы здравоохранения. Что касается уровня государственного дотирования здравоохранения, то, как видно из таблицы 1, удельный вес государства в расходах на здравоохранение в КНР составил в 2005 году всего 38,8%, тогда как по миру в целом он достигает 56%. На здравоохранение идет в КНР всего 1% государственного бюджета, тогда как в совокупности в странах мира с низкими доходами на эти цели расходуется 4,6% государственных средств, а общемировой показатель в 2005 году достиг 8,3%.

В итоге это приводит к тому, что расходы на здравоохранение в расчете на душу населения в Китае чрезвычайно малы. Если не вдаваться в сравнение

с аналогичными показателями государств с развитой экономикой, то даже сопоставление этих расходов с общемировым уровнем расходов на здравоохранение является более, чем показательным.

Тем не менее, изменения в данной области все же прослеживаются. После принятия решения о необходимости реформирования здравоохранения рост расходов на здравоохранение значительно интенсифицировался.

- Недостаточный уровень доступности медицинских услуг для населения КНР. Низкий уровень государственных ассигнований на развитие системы здравоохранения в Китае усугубляется тем, что для большинства населения страны получение качественного медицинского обслуживания является практически недоступной роскошью. В среднем по КНР расходы на эти услуги составляют около 11,8% семейного бюджета, уступая лишь расходам на питание и образование. В 2003 году чистый годовой доход крестьянина составлял в среднем 2622 юаня, а средняя стоимость его пребывания в больнице достигала 2236 юаней.

Также существенной проблемой является то, что все более усугубляющееся социальное неравенство в КНР также проецируется и на доступ к оказанию медицинской помощи. В этом отношении, наиболее защищенной и благоустроенной группой населения Китая являются правительственные чиновники и партийные функционеры. По некоторым данным, на обслуживание данной группы идет до 80% правительственных дотаций на медицину. Наименьшие преимущества, соответственно, у малообеспеченных сельских жителей и трудовых мигрантов, не получивших медицинскую страховку.

Проблема медицинского страхования усугубляет невозможность получения некоторыми группами населения базовых медицинских услуг. Дело в том, что, как и к пенсионному страхованию, наиболее свободных доступ к данному виду услуг получает лишь работающее городское население, причем при условии, что эти люди работают в государственных учреждениях. После введения закона, обязывающего работодателя заключать

трудовой контракт со всеми сотрудниками, вне зависимости от вида предприятия, данная ситуация начала улучшаться, так как по договору работодатель обязан обеспечивать работников медицинской страховкой. Тем не менее, процесс продвигается крайне медленно, а практика устного договора (особенно с сельскими трудовыми мигрантами) все еще очень сильна.

Что касается сельского населения, то лишь малый его процент был вовлечен в систему обязательного медицинского страхования. А введение системы кооперативного медицинского страхования на селе проходит крайне медленно и очень ограничено в средствах.

В тесной взаимосвязи с вышеназванной проблемой находится также вопрос о несоответствии качества медицинских услуг в КНР требованиям современного развития государства.

Двоякость проблемы заключается также и в том, что получение медицинского обслуживания в Китае является недоступным для довольно большой группы населения не только в связи с тем, что у них не хватает средств на его оплату, но и с тем, что уровень и количество медицинских учреждений и медицинского персонала также не соответствуют требованиям общества.

Что касается медицинского персонала, то, как ни странно, но в Китае в 2006 году на 10 тыс. человек приходится 15 врачей и всего 10 человек среднего медицинского персонала (общемировой показатель – 13 и 28 соответственно). В целом, подобный уровень оснащенности медицинским персоналом (см. таблицу 4) считается недостаточным по мировым стандартам.

Другим немаловажным показателем, характеризующим уровень качества медицинского обслуживания в стране, является количество медучреждений и больничных мест. В этом отношении важно отметить следующее. Во-первых, за период прошедший с момента начала политики

«реформ и открытости» данные показатели не претерпели кардинальных изменений.

Во-вторых, сам этот показатель также отстает от аналогичных показателей в других государствах.

В целом, в течение последних двух лет этот показатель остается относительно стабильным и особых качественных улучшений в этой области не наблюдается, а с учетом сохранения высокого показателя естественного прироста, можно ставить вопрос об ухудшении положения. Особо тревожит тот факт, что снижается количество медучреждений в сельской местности, а также число исследовательских профилактических учреждений, что особо опасно, учитывая частоту возникновения различного рода эпидемий в КНР.

Проблема заключается также в том, что большая часть государственных дотаций на развитие здравоохранения в последнее время направляется на развитие социального медицинского страхования и на повышения доступа населения к медицинским услугам, но не на повышения самого качества медицины.

Кроме того, другими показателями, характеризующими состояние не только качества медицинских услуг в государстве, но и общее социально-экономическое развитие страны являются показатели детской смертности. В целом, в Китае по этому показателю наблюдается положительная динамика (см. таблицу 6), тем не менее, в сравнении с другими странами сопоставление некоторых данных представляется просто пугающим.

Так показатель младенческой смертности в КНР в 2006 году составил 17,2‰, в то время, как в Казахстане, он достиг 13,9‰. Однако показатель детской смертности до 5 лет в том же году в Казахстане был 1,29‰, а в Китае-20,6‰ (а в сельских районах 23,6‰)! В то же время Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ), говоря о показателях детской смертности в Китае по состоянию на август 2008 г., приводит данные о том, что показатель младенческой смертности в Китае составляет 23‰, а показатель детской смертности до 5 лет – 30‰.

Это говорит как о низком уровне педиатрии, так и об общем низком уровне жизни населения, включающем отсутствие в большинстве населенных пунктов необходимых санитарно-гигиенических условий, уровня питания, вакцинации и т.д. Так, по данным ВОЗ, устойчивый доступ к пригодной для питья воде в 2006 году имел 81% сельского и 98% городского населения, а нормальными санитарными условиями были обеспечены всего 59% сельского и 74% городского населения КНР.

Еще одной проблемной тенденцией в развитии современной системы китайского здравоохранения является неопределенность в приоритетах ее развития. В связи с ориентацией на введение рыночных отношений в сферу здравоохранения и уходом из этой области государства, ситуация в данном секторе приблизилась к критической. Это обуславливается тем, что роль государственной поддержки значительно снизилась, однако в то же время, не было создано условий для полноценного прихода частного капитала в область медицины. Фактически за два с лишним десятилетия реформ условия для создания негосударственных больниц так и не появились. Цены на медицинские услуги и лекарственные препараты по-прежнему контролируются государством. Их устанавливают не больницы, а соответствующие правительственные ведомства.

Кроме того, абсолютное большинство больничных мест, оборудования и медицинского персонала сосредоточены в государственных медицинских учреждениях. Опираясь на долговременную поддержку правительства, немногие больницы сосредоточили у себя лучшие ресурсы и заняли монопольное положение, с которым не могут состязаться негосударственные медицинские учреждения.

Оборотной стороной проблемы является то, что в государственных, некоммерческих лечебных учреждениях заработная плата и бонусы сотрудников, как и текущие расходы учреждений, в основном финансируются за счет их собственной коммерческой деятельности. Отсюда проистекает стремление врачей прописывать больным много дорогих

лекарств, назначать дорогостоящие обследования и процедуры. Государство контролирует цены примерно на 20% обращающихся на фармацевтическом рынке препаратов и за последние годы неоднократно проводило снижение цен. Однако регулируемые рынком цены на лекарства растут, иногда многократно. В подавляющем большинстве лечебных учреждений надбавки к цене отпускаемых лекарств достигают 30-40%, далеко превосходя установленный государством норматив в 15%.

Таким образом, вышеуказанные кризисные тенденции демонстрируют настоятельную необходимость масштабного реформирования системы здравоохранения в Китае. Четвертое поколение лидеров КНР в середине текущего десятилетия начало постепенный переход к политике, ориентированной на повышение качества жизни населения и развитие социальной сферы общества. Окончательное оформление эта стратегия получила на XVII съезде КПК осенью 2007 года. Доклад Ху Цзиньтао на съезде в большей мере делал упор на ответственности правительства за реформы в здравоохранении. Говорилось о необходимости укреплять общепользительный характер здравоохранения, повышать инвестиционную активность государства в этом сегменте.

На состоявшихся после съезда совещаниях было решено на основе имеющихся самостоятельных разработок подготовить новый сводный проект реформы здравоохранения «с китайской спецификой» и представить его на суд общественности. Проект должен был предусмотреть создание к 2020 году системы, которая бы гарантировала предоставление базовых медицинских услуг всем жителям города и деревни.

В Программе развития здравоохранения в 11-й пятилетке (2006-2010 гг.) ставилась цель на формирование общедоступной системы базового здравоохранения. На первый план выдвигаются укрепление ведущей роли правительства, повышение его ответственности, реформа управления государственными медицинскими учреждениями, укрепление их общепользительного характера, предотвращение слепой погони за прибылью,

облегчение бремени, которое несет население. Прокламируется параллельное развитие китайской и западной медицины, использование китайских и западных лекарств. Особое значение придается здравоохранению в деревне и на коммунальном уровне в городах. Поощряется также создание негосударственных лечебных учреждений.

Правительство намерено использовать увеличение расходов в сфере здравоохранения, главным образом, на дотации населению, охваченному системой страхования, а не на увеличение вложений в государственные лечебные учреждения. Тем самым провозглашался курс на развитие рынка медицинских услуг.

Проблема реформирования системы медицинского страхования также в последние годы прошла период принятия важнейших решений.

Система основного медицинского страхования на сегодняшний день распространяется, в основном, на городское население Китая. В 2007 году в программе основного медицинского страхования приняло участия 223,11 млн. чел. городского населения, что на 65,79 млн. человек больше, чем в 2006 году. Тем не менее, несмотря на столь впечатляющую динамику динамику, данная цифра охватывает лишь 37,6% всего городского населения Китая в 2007 году.

В настоящее время проводится эксперимента по введению системы основного медицинского страхования для неработающего городского населения. В рамках данной программы предполагается выделит не менее 40 юаней в год на человека.

Что касается медицинского страхования сельского населения, то данный аспект заслуживает особого внимания. В течение всего периода проведения политики «реформ и открытости» сельское население (большая часть которого была более, чем стеснена в средствах) практически не имело равного с городскими жителями доступа к пользованию медицинскими услугами.

С целью устранения такого положения вещей в Китае с 2003 года начался эксперимент по введению кооперативной системы медицинского страхования на селе. По новой системе, каждый крестьянин выплачивает в фонд медицинского обслуживания 10 юаней. По столько же за него вносят центральный и местные органы власти. Когда крестьянин вынужден обращаться за медицинской помощью, часть расходов за лечение оплачивается за счет средств фонда. С 2008 года данная система официально распространяется на все села КНР.

Количество сельского населения, охваченного системой основного медицинского страхования в 2007 году, составило 31,31 млн. чел., что на 7,64 млн. чел. больше, чем в 2006 г. Это составляет всего 4,3% от общего числа сельского населения. В то же время система медицинского обслуживания на кооперативных началах к концу 2007 года охватила 730 млн. чел., или почти 90% сельского населения. Однако система страдает от нехватки средств и не в состоянии оказывать поддержку жителям деревни в случаях серьезных заболеваний, требующих больничного лечения. В рамках новой пятилетки (2006-2010) предусматривается создать «социалистическую деревню» в КНР. На нужды сельского здравоохранения будет выделено 30 млрд юаней (\$3,8 млрд.).

В 2007 году поступления в Фонд медицинского страхования достигли 225,7 млрд. юаней, из которых из государственного бюджета было выделено 66,431 млрд. юаней, что почти на 300% больше, чем в 2006 году. В 2008 году из центрального бюджета предполагается выделить 83,158 млрд. юаней, что на 25,2% больше, чем в прошлом году. В 2007 году было выделено 3,4 млрд. юаней на общее развитие системы медицинской помощи, а также 9,68 млрд. юаней на приоритетную поддержку профилактики и лечения серьезных заболеваний.

Приоритетные направления реформирования системы здравоохранения

В настоящее время в Китае существует две точки зрения относительно стратегии развития медицинской отрасли. Сторонники первой выступают за необходимость уменьшения контроля государства над системой здравоохранения и внедрение частной медицинской помощи, поскольку это общемировая тенденция, естественный способ функционирования в условиях рыночной экономики. Оппоненты, напротив, главные проблемы здравоохранения связывают с утратой государственными лечебными учреждениями социальной значимости, с их чрезмерной погоней за материальной выгодой.

По данным за 2003 г., 96% больничных коек, оборудования и медицинского персонала сосредоточены в государственных медицинских учреждениях, с которыми немногочисленные негосударственные лечебные учреждения сегодня конкурировать не могут. Понятно, что в условиях рыночной экономики система здравоохранения должна быть реформирована с учетом реалий рынка. Однако после неудачи правительства ввести в китайскую систему здравоохранения элементы рыночной экономики с сохранением контролирующей функции государства в 2005 г. руководство страны вновь оказалось перед дилеммой, в каком направлении вести дальше реформу здравоохранения: в сторону дальнейшего ослабления государственного вмешательства и передачи лечебных учреждений частным структурам либо в сторону прежней государственной медицины. Определяя дальнейшие пути реформирования здравоохранения, правительство Китая внимательно изучает опыт других стран с переходной экономикой, в частности Венгрии и Польши.

В августе 2006 г. правительство Китая создало координационную группу по реформированию здравоохранения, в которую вошли представители полутора десятков министерств и государственных комитетов. Большинство ведомств одобрили представленный Министерством здравоохранения проект, который предусматривает предоставление ряда практически бесплатных медицинских услуг в коммунальных больницах. Программа

ставит целью создать общедоступную систему базового здравоохранения. На первый план выдвигаются укрепление ведущей роли правительства, повышение его ответственности, реформа управления государственными медицинскими учреждениями, снижение расходов населения на здравоохранение. Также провозглашается параллельное развитие систем здравоохранения в Китае и странах Западной Европы. Особое значение придается развитию медицины в провинциальных районах и на коммунальном уровне в городах, а также созданию негосударственных лечебных учреждений.

Актуальные проблемы здравоохранения Китая

В соответствии с системой государственного медицинского обслуживания и трудового страхования, созданной в 50-х гг. XX столетия, лечение рабочих и служащих осуществляется полностью за счет государства, при этом в сельской местности медицинское обслуживание оставалось платным. Такой подход сыграл активную роль в стимулировании экономического развития и обеспечении общественной стабильности. Однако по мере развития экономики и углубления экономической реформы все больше проявлялись недостатки такой системы.

С открытием новых заводов и предприятий расходы государства на медицинское обслуживание рабочих начали существенно увеличиваться, что стало непосильным бременем для государственного бюджета. Назрела необходимость в кардинальном реформировании китайской системы здравоохранения, которое предполагало создание механизма возмещения затрат медицинских учреждений. С началом реформ в 1978 г. доля государственных затрат в структуре общих расходов на здравоохранение неизменно снижалась, а доля физических лиц – повышалась. В результате в 2004 г. на государство приходилось только 17,1% расходов, на предприятия и социальные учреждения – 29,3%, на граждан – 53,6% . Средние затраты граждан на лечение увеличиваются значительно быстрее, чем их доходы. За период с 1998 по 2006 год ежегодно в расчете на 1 человека расходы на

амбулаторное лечение увеличивались на 13%, лечение в стационаре – на 11%. По данным социологических опросов среди населения Китая, высокая стоимость медицинских услуг занимает первое место среди всех социальных проблем. Расходы на эти услуги составляют в среднем 11,8% семейного бюджета, уступая лишь расходам на питание и образование.

Для городского населения существует система медицинского страхования. Однако из нее исключены учащиеся, безработные и приезжающие на работу в город жители села. До недавнего времени обязательное медицинское страхование не распространялось и на работников негосударственных предприятий. Новый закон о трудовых контактах обязал предпринимателей обеспечивать своих работников медицинской страховкой, однако многие из них уклоняются от этой обязанности, нанимая на работу преимущественно мигрантов и не заключая с ними трудового договора. По данным «Отчета об основных результатах 3-го исследования государственных здравоохранительных услуг», в 2003 г. медицинской страховкой не были обеспечены 44,8% городских жителей и 79% жителей села. Особенно велика доля лиц, не имеющих медицинской страховки, среди населения с низкими доходами.

В сельской местности в последние годы проводится работа по созданию системы медицинского обслуживания на кооперативных началах. К концу 2007 г. она охватила 86% сельского населения. Однако эта система недостаточно финансируется и не позволяет оказывать помощь сельским жителям в случаях серьезных заболеваний, требующих госпитализации и лечения в стационаре. На сегодня 80% государственных ассигнований на здравоохранение направляется в городские учреждения и только 20% – в сельские. Полная или частичная утрата работоспособности из-за отсутствия своевременной и качественной медицинской помощи часто служит причиной бедственного положения крестьянской семьи. Средние расходы на лечение серьезного заболевания составляют 7 тыс. юаней (около 1 тыс. долларов), что более чем втрое превышает среднегодовой доход крестьянина.

Еще одной актуальной проблемой является высокая стоимость лекарственных препаратов. Государство пытается влиять на сложившуюся ситуацию и контролирует цены примерно на 20% представленных на фармацевтическом рынке препаратов. Кроме того, за последние годы неоднократно проводилось принудительное снижение цен. Однако стоимость лекарств все равно повышается, в большинстве лечебных учреждений надбавки к цене отпускаемых лекарств достигают 30-40%, значительно превосходя установленный государством лимит в 15%. По данным Мирового банка, в 2003 г. расходы на лекарства в Китае составили 52% всех расходов на здравоохранение, тогда как в большинстве стран мира они не превышают 15-40%. При этом от 12 до 37% назначений препаратов не являются необходимыми. Врачи получают крайне невысокую заработную плату от государства, и стремясь увеличить свои заработки, назначают наиболее дорогостоящие препараты своим пациентам. Плата за однократный курс лечения в стационаре порой превышает среднюю годовую зарплату. С 1990 по 2004 год расходы на амбулаторное лечение в больницах общего типа увеличились в 12 раз, на лечение в стационаре – в 10 раз.

Таким образом, следует признать, что в сфере реформирования системы здравоохранения в КНР существует масса нерешенных проблем и на приведение этой области в соответствие с объективными требованиями современного китайского общества уйдет не один десяток лет.

Тем не менее, можно констатировать, что работа в этом направлении уже начата и развитие медицинского обслуживания в Китае в течение последних лет отличается положительной динамикой.

Как и в других отраслях реформирования социальной сферы в Китае, в данном случае, необходимо отметить, что рассматриваемые проблемы могут решаться исключительно путем комплексного подхода и только в рамках координации преобразований не только в области здравоохранения, но и улучшения уровня социального обеспечения, усиления работы по подготовке медицинских кадров всех степеней квалификации, повышения общего

качества жизни населения и создания нормативно-правовой базы по складыванию оптимальной для КНР системы функционирования медицины в условиях «социализма с китайской спецификой».

Тема 8. Система здравоохранения Японии.

В японской системе здравоохранения, медицинские услуги, включая обследование по конкретным болезням осуществляется без каких-либо прямых расходов со стороны пациента, в том числе дородовой уход, а также борьба с инфекционными заболеваниями, обеспечиваются государственными и местными правительствами. Оплата за личные медицинские услуги предлагаются через универсальную систему медицинского страхования, которая обеспечивает относительное равенство доступа и сборов, установленных правительственным комитетом. Люди, не имеющие страховку через работодателя могут участвовать в национальной программе медицинского страхования в ведении местных органов власти. С 1973 года финансируемое правительством страхование распространяется на всех пожилых людей. Пациенты имеют право выбирать врача, а также средства обслуживания.

Японская система здравоохранения считается одной из лучших в мире по таким показателям, как продолжительность жизни, детская смертность, уровень медицинских услуг и их доступность для населения. Основой политики в области здравоохранения являются принципы свободы пациента в выборе врача и медицинского учреждения и конкуренции между медицинскими заведениями. Медицинское обслуживание осуществляется только на условиях страхования, за счет пациента покрывается 30% стоимости услуг. Государственные и общественные страховые программы гарантируют медицинское обслуживание каждому. Благодаря успешному развитию системы здравоохранения, в Японии за последние десятилетия резко снизилась детская смертность и смертность в результате инфекционных заболеваний. Повышение жизненного уровня, изменение

рациона и улучшение качества питания, развитие массовой физической культуры и спорта привели к значительному изменению физических показателей японцев.

Медицинское страхование

В Японии существуют 2 системы страхования здоровья и одна специальная система страхования по уходу:

- 1) Страхование работников и членов их семей по месту работы. Эта система принята в государственных учреждениях, частных компаниях и общественных организациях. При обращении в медицинское учреждение пациент оплачивает 20 — 30% стоимости лечения.
- 2) Система национального страхования по месту жительства. В неё могут вступить работники предприятий малого бизнеса, индивидуальные предприниматели, люди, не имеющие работы, студенты и т.д. Размер оплаты стоимости лечения за свой счет в этом случае — 30%.
- 3) Страхование для оплаты услуг патронажного ухода «Кайго хокен».

Одной из самых серьёзных проблем стареющего японского общества за последние десятилетия стал уход за лежачими больными престарелого возраста. Естественно, что основное бремя этих забот ложится на плечи детей и родственников, и главным образом, женщин — жен, дочерей и невесток. Однако стремительное увеличение доли пожилого населения в стране, растущее количество одиноких стариков, а также изменение роли женщин в общественной жизни Японии заставило правительство принимать меры на официальном уровне в поисках выхода из сложившегося положения. В 1997г. в Японии был принят новый закон о страховании для покрытия расходов на оплату услуг по уходу в случае недееспособности, вступивший в действие с октября 2001г. Согласно положению о «Кайго хокен», страхователями выступают городские и поселковые администрации; страхуемые подразделяются на 2 категории: 1) лица старше 65-ти лет и 2) лица старше 40 лет. В среднем по стране размер страхового взноса составляет 4972 ен в месяц.

Однако самые серьёзные проблемы японского здравоохранения связаны с прогрессирующим старением общества и, следовательно, ростом числа пациентов престарелого возраста. Лечение и уход за ними обернулись такой непосильной финансовой ношей, что в последние годы в Японии заговорили о неминуемом крахе страховой медицины. В настоящее время реформирование системы здравоохранения является одной из самых насущных задач, стоящих перед японским правительством. Для этого требуется: — Пересмотреть структуру расходов; — увеличить расходы на лечение за счет престарелых пациентов; -реформировать всю систему услуг и работы врачей, поскольку в настоящее время в связи с относительной дешевизной расходов пациентов японские врачи назначают много лишних процедур и анализов. Кроме того, пациенты обращаются по поводу одного и того же диагноза по нескольку раз в разные больницы, что многократно увеличивает бремя расходов. Сроки пребывания в стационаре в среднем составляют 33.7 дня — это один из самых высоких показателей в мире (в США — 7,9 дней, а Европе от 12 д 15 дней). Весьма серьёзной является проблема цен на лекарства и системы выдачи их в больницах: необходим контроль доходов больниц от продажи лекарств пациентам за счет разницы закупочных цен, по которым они получают медикаменты от фармацевтических компаний, и цен для пациентов.

В Японии существуют две основные категории медицинского страхования именуемые Кэнко-Хокэн 健康保険 (страхование здоровья работников) и Кокумин-Кэнко-Хокэн 国民健康保険 (национальное страхование здоровья). Национальное медицинское страхование, как правило, предназначено для самозанятых лиц и студентов, в то время как социальное страхование для корпоративных работников.

В начале 1990-х годов в Японии было зарегистрировано более 1000 психиатрических больниц, 48000 стоматологических клиник, 8700 больниц общего профиля, а также 1000 комплексных больниц с общей мощностью

1,5 млн койко-мест. Больница обеспечивает как амбулаторное так и стационарное обслуживание. Кроме того, 79000 клиник предлагают прежде всего лечение амбулаторно. Большинство врачей и больниц продают лекарства непосредственно больным, но и количество аптек насчитывается 36000, где пациенты могут приобретать синтетические или травяные препараты.

Расходы национального здравоохранения увеличилась примерно с 1 трлн иен в 1965 году до почти 20 трлн иен в 1989 году, или чуть более чем на 5 %, это более чем 6 % национального дохода Японии.

Методические рекомендации по написанию и оформлению реферата

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

Реферат, являясь моделью научного исследования, представляет собой самостоятельную работу, в которой магистрант, аспирант, соискатель, решает проблему теоретического или практического характера, применяя научные принципы и методы данной отрасли научного знания. Результат данного научного поиска может обладать не только субъективной, но и объективной научной новизной, и поэтому может быть представлен для обсуждения научной общественности в виде научного доклада или сообщения на научно-практической конференции, а также в виде научной статьи.

Реферат выполняется под руководством научного руководителя и предполагает приобретение навыков построения делового сотрудничества, основанного на этических нормах осуществления научной деятельности. Целеустремлённость, инициативность, бескорыстный познавательный интерес, ответственность за результаты своих действий, добросовестность,

компетентность – качества личности, характеризующие субъекта научно-исследовательской деятельности, соответствующей идеалам и нормам современной науки.

Реферат – это самостоятельная учебная и научно-исследовательская деятельность магистранта, аспиранта и соискателя. Научный руководитель оказывает помощь консультативного характера и оценивает процесс и результаты деятельности. Он предоставляет примерную тематику реферативных работ, уточняет совместно с магистрантом проблему и тему исследования, помогает спланировать и организовать научно-исследовательскую деятельность, назначает время и минимальное количество консультаций. Научный руководитель принимает текст реферата на проверку не менее чем за десять дней до защиты.

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

1. Титульный лист.
2. Задание.
3. Оглавление.
4. Перечень условных обозначений, символов и терминов (если в этом есть необходимость).
5. Введение.
6. Основная часть.
7. Заключение.
8. Библиографический список.
9. Приложения.

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

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

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

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

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

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

Во введении отражаются значение и актуальность избранной темы, определяются объект и предмет, цель и задачи, хронологические рамки исследования.

Завершается введение изложением общих выводов о научной и практической значимости темы, степени ее изученности и обеспеченности источниками, выдвижением гипотезы.

В основной части излагается суть проблемы, раскрывается тема, определяется авторская позиция, в качестве аргумента и для иллюстраций

выдвигаемых положений приводится фактический материал. Автору необходимо проявить умение последовательного изложения материала при одновременном его анализе. Предпочтение при этом отдается главным фактам, а не мелким деталям.

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

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

После заключения принято помещать библиографический список использованной литературы. Этот список составляет одну из существенных частей реферата и отражает самостоятельную творческую работу автора реферата.

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

Тематика и перечень рефератов

1. Сравнительный анализ систем здравоохранения в системе рыночных отношений.
2. Медико-правовые проблемы реформы здравоохранения.
3. Здоровье как международная правовая категория.
4. Международное медицинское право.
5. Общая характеристика системы здравоохранения как системы.
6. Алма-Атинская конференция в 1978 году. Ее значение.
7. ВОЗ – история возникновения.
8. ВОЗ - задачи, функции.
9. Сравнение системы здравоохранения Великобритании и России
10. Сравнение системы здравоохранения США и России
11. Система здравоохранения Северной Кореи
12. Система здравоохранения Франции
13. Система здравоохранения Дании
14. Подходы к классификации систем здравоохранения

9. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ (ПО ИТОГАМ СЕМИНАРА)

Форма отчетности по научно-исследовательскому семинару – зачет с оценкой. Форма проведения аттестации по итогам практики - защита реферата.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО СЕМИНАРА

Основная литература

1. Лисицин Ю.П., Улумбекова Г.Э. Общественное здоровье и здравоохранение. - ГЭОТАР-Медиа. – 2013. – 544 с. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970426548.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.И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 496с.
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437018.htm>

4.Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>

5.Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433256.html>

6.Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424148.html>

7.Общественное здоровье и здравоохранение. Ч.2: учебник в 2 ч.: / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2013. – 351 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509081>

8.Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова О. П. Щепина и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -624 с. <http://www.rosmedlib.ru/>

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

10.Сборник задач по общественному здоровью: учебно-методическое пособие / Н.Ю. Перепелкина [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. – 84 с. <http://www.iprbookshop.ru/21865.html>

11.Экономика здравоохранения: учебное пособие. 2-е изд. / Под ред. А.В. Решетникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 272 с. Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416044.html>

Дополнительная литература

1. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 141 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730071&theme=FEFU>

2. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н. В. Трухачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -379 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730137&theme=FEFU>

3. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 594 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/data_geotar/geotar.xml.part1816..xml&theme=FEFU

4. Экономика здравоохранения / Под. ред. Решетникова А.В. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд., 2010. – 272 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:350145&theme=FEFU>

5. Алексеев В.А., Борисов К.Н. Обзор систем здравоохранения в странах мира. Международное здравоохранение/2011 <http://rosmedportal.com>

6.Алексеев В.А., Борисов К.Н. Парадоксы в оценке системы здравоохранения Канады: общественное недовольство системой и панегирик по официальной статистике <http://health-ua.com/articles/1668.html> 2011.

7.World Development Indicators: Health systems
<http://wdi.worldbank.org/table/2.15#>

8. World Development Indicators: Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)
<http://data.worldbank.org/indicator/SH.TBS.INCD/countries?display=default>

9. World Development Indicators: Mortality
<http://wdi.worldbank.org/table/2.21#>

10.Edward W. Champion, M.D., and Stephen Morrissey, Ph.D. A Different Model — Medical Care in Cuba N Engl J Med 2013; 368:297-299 January 24, 2013 DOI: 10.1056/NEJMp1215226
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1215226>

11.Health Insurance: General Characteristics
<http://www.pacificprime.com/country/>

12.Nicholas D. K Health Care? Ask Cuba Published: January 12, 2005
http://www.nytimes.com/2005/01/12/opinion/12kris.html?_r=0

13.Peter Lind Failure of American Health Care («Крах американского здравоохранения»)
<http://communities.washingtontimes.com/neighborhood/stress-and-health-dr-lind/2012/nov/4/failure-american-health-care/>

14.Tara Weiss Reasons Not To Become A Doctor Причины не становиться врачом // Reasons Not To Become A Doctor (англ.)
http://www.forbes.com/2008/05/05/physicians-training-prospects-lead-careers-cx_tw_0505doctors.html

15.UNESCO Santiago offered a workshop on health literacy in Cuba22.04.2014 - UNESCO Office in Santiago
<http://www.unesco.org/new/en/member-states/single->

view/news/alfabetizacion_en_salud_la_unesco_santiago_imparte_taller_en_cuba/#.U5rISPI_uCk

16.WHO praises Cuba's health care system
http://news.xinhuanet.com/english/health/2012-03/28/c_131493136.htm

17.Алекс К. Система здравоохранения на Кубе <http://cyberland.ws/687-sistema-zdravookhraneniya-na-kube.html>

18.Алексеев В.А., Борисов К.Н., Рожецкая С.В. Руководителю ЛПУ / Международное здравоохранение / Том 2 2011 / Проблемы здравоохранения США и предпринимаемая реформа
http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1410:2011-10-11-21-28-46&catid=25:the-project

19.ВОЗ: Куба - страна с лучшей в мире системой медицины Newsland
31.03.2012 <http://newsland.com/news/detail/id/927198/>

20.Глобальная обсерватория здравоохранения хранилище данных
<http://apps.who.int/gho/data/node.main.75?lang=en>

21.Данные о расходах на национальное здравоохранение (США), по данным Министерства здравоохранения // National Health Expenditure Data (U.S.) from United States Department of Health and Human Services (CMS) http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/index.html?redirect=/NationalHealthExpendData/01_Overview.asp

22.Джон Уоллер Куба - здоровье для всех
<http://latinos.by.ru/cuba/index.html>

23.Ефимова М. Исцеляя Америку. История системы здравоохранения в США <http://www.svoboda.org/content/transcript/1882910.html>

24.Здравоохранение Кубы (по материалам health-ua.com) http://kpu-ch.com/news/zdravookhranenie_kuby/2012-05-24-841

25.Канцидайло Т. Здравоохранение Кубы: пример для многих стран
<http://health-ua.com/articles/3692.html>

26. Кипервас И. Американская медицина: плюсы и минусы
[http://www.rusamny.com/357/t04\(357\).htm](http://www.rusamny.com/357/t04(357).htm)

27. Козлов К. США: краткий обзор реформы здравоохранения Сбербанк России 2010
http://www.sbrf.ru/common/img/uploaded/files/pdf/press_center/Review_us_health_reform.pdf

28. Медицинская карта Кубинское здравоохранение названо эталоном мирового качества <http://medkarta.com/?cat=new&id=4121&s=0>

29. Национальный Центр Статистики Здравоохранения // National Center for Health Statistics <http://www.cdc.gov/nchs/>

30. Профиль Соединённых Штатов на сайте Всемирной организации здравоохранения // United States profile from the World Health Organization <http://www.who.int/countries/usa/en/>

31. Сайт Всемирной организации здравоохранения
<http://www.who.int/ru/>

32. Секреты кубинской медицины. Почему нищая страна лечит своих граждан лучше, чем Россия? Аргументы и факты № 38 (1195)
http://gazeta.aif.ru/_online/aif/1195/15_01

33. Тэннер М «Сравнительный анализ систем здравоохранения в разных странах» <http://polit.ru/article/2010/05/31/healthcare/>

34. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью. Доклад о состоянии здравоохранения в мире - 2010. - 106. с.
http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1

35. Фонд социального страхования Российской Федерации -
<http://www.fss.ru/ru/>

36. Центр медицинского права
<http://pravo-med.ru/>

37. Шведова Н. Здравоохранение США (взгляд экономиста)
<http://www.narcom.ru/publ/info/574>

38. Эпидемия современной медицины

<http://www.pubhealth.spb.ru/Illich/NemesisEpid.html>

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети

«Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>
2. Интернет портал по здравоохранению <http://bio-x.ru/go.mail.ru/search?rf=e.mail.ru&fm=1&us=15&usln=3&usstr=здравоохранение&usqid=7d41348ea69338f3&hasnavig=1&sbmt=1509229987234&q=здравоохранение>
3. Сайт научные исследования <https://infopedia.su/4x3e87.html>;
<https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/663252>
4. Электронная библиотека СГАУ - <http://library.sgau.ru>
5. НЭБ - <http://elibrary.ru>
6. <http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
7. Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
8. <http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
9. <http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
10. <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.

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для реализации программы производственной практики используются помещения и оборудование (персональные компьютеры), библиотека ШБМ.

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

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов выбор мест прохождения практики согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся и практика проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

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 мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями здоровья оснащены дисплеями и принтерами Брайля; оборудованы: портативными устройствами для чтения плоскопечатных 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>

Базы учебных и производственных практик:

6. Медицинский центр ДВФУ
7. ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
8. КГАУЗ Владивостокская клиническая больница № 2
9. КГБУЗ Владивостокская клиническая больница №4
10. ГБУЗ Приморский краевой перинатальный центр



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине

ПРАКТИКА Б2.В.02(Н)
**«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ СЕМИНАР:
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение

(наименование направления подготовки)

магистерская программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки очная

Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор П.Ф.Кику
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н. В.Г.Морева
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Эксперты⁴:

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

⁴ Целесообразно ФОС по практике представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

**Паспорт ФОС по
ПРАКТИКЕ Б2.В.02(Н)
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ СЕМИНАР:
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

1 Шкала оценивания сформированности компетенций

Таблица 1

Шкала оценивания сформированности компетенций

Планируемый результат обучения (код и формулировка планируемых результатов практики)	Этап формирования компетенции, реализуемый в рамках практики	Показатели оценивания	Критерии
ПК-3 способность организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации	2 (базовый)	Знает основы планирования, организации и осуществление деятельности структурного подразделения медицинской организации	да/нет
		Умеет проводить анализ и оценку показателей деятельности структурного подразделения медицинской организации	да/нет
		Владеет навыками подготовки обоснования объемов медицинской помощи и показателей деятельности в соответствии с необходимыми ресурсами в структурном подразделении медицинской организации	да/нет
ПК-6 способность разрабатывать планы и программы, формировать систему показателей деятельности медицинской организации, оценивать эффективность деятельности медицинской организации, вырабатывать варианты управленческих решений и оценивать	2 (базовый)	Знает основные методы разработки планов и программ работы медицинской организации, формирование системы показателей деятельности медицинской организации	да/нет
		Умеет поставить и выбрать цель работы медицинской организации, сформулировать задачи, формировать систему показателей деятельности медицинской организации, оценивать эффективность деятельности медицинской организации	да/нет
		методами сбора, обработки, анализа информации, знаниями о научных	да/нет

риски, связанные с их реализацией		направлениях в здравоохранении, способах управления ими, выработкой вариантов управленческих решений и оценкой рисков, связанные с их реализацией	
-----------------------------------	--	---	--

Результат обучения считается достигнутым, если уровень сформированности компетенции составляет более 60%, т.е. большая часть показателей оценена положительно.

2 Оценочные средства

Тестовые вопросы

1. Всемирная Организация Здоровья приводит факторы, влияющие на здоровье:

- а) доход и социальный статус;
- б) социальная опора: семья, друзья и окружение;
- в) образование;
- г) профессия и условия труда;
- д) природная окружающая среда;
- е) личная гигиена и умение следить за собой;
- ё) генетическая наследственность;
- ж) уровень медицинского обслуживания в регионе проживания.

2. Кто финансирует систему здравоохранения в Канаде

- финансирование осуществляется за счет местных налогов
- финансирование осуществляется за счет государственных подоходных налогов
- финансирование осуществляется за счет средств работодателей
- финансирование осуществляется за счет приобретения страховых полюсов
- здравоохранение в Канаде платное

3. Кто финансирует систему здравоохранения на Кубе

- финансирование осуществляется за счет местных налогов

-финансирование осуществляется за счет государственных подоходных налогов

-финансирование осуществляется за счет средств работодателей

-финансирование осуществляется за счет приобретения страховых полюсов

-здравоохранение на Кубе платное

4. Кто финансирует систему здравоохранения США

-финансирование осуществляется за счет местных налогов

-финансирование осуществляется за счет государственных подоходных налогов

-финансирование осуществляется за счет средств работодателей

-финансирование осуществляется за счет приобретения страховых полюсов

-здравоохранение в США платное

5. Кто финансирует систему здравоохранения Великобритании

-финансирование осуществляется за счет местных налогов

-финансирование осуществляется за счет государственных подоходных налогов

-финансирование осуществляется за счет средств работодателей

-финансирование осуществляется за счет приобретения страховых полюсов

-здравоохранение в Великобритании платное

6. Кто финансирует систему здравоохранения Южной Кореи

-финансирование осуществляется за счет местных налогов

-финансирование осуществляется за счет государственных подоходных налогов

-финансирование осуществляется за счет средств работодателей

-финансирование осуществляется за счет приобретения страховых полюсов

-здравоохранение в Южной Корее платное

7. Кто финансирует систему здравоохранения Северной Кореи

- финансирование осуществляется за счет местных налогов
- финансирование осуществляется за счет государственных подоходных налогов
- финансирование осуществляется за счет средств работодателей
- финансирование осуществляется за счет приобретения страховых полюсов
- здравоохранение в Северной Корее платное

8. Кто финансирует систему здравоохранения Японии

- финансирование осуществляется за счет местных налогов
- финансирование осуществляется за счет государственных подоходных налогов
- финансирование осуществляется за счет средств работодателей
- финансирование осуществляется за счет приобретения страховых полюсов
- здравоохранение в Японии платное

9. В какой стране в 1978 году система здравоохранения была признана лучшей в мире

- в Канаде
- на Кубе
- в США
- в Великобритании
- в Японии
- в России

10. В какой стране в 2012 году система здравоохранения была признана лучшей в мире

- в Канаде
- на Кубе
- в США
- в Великобритании
- в Японии

- в России

11. В какой стране зародилась формулярная система

- в Канаде

- на Кубе

- в США

- в Великобритании

- в Японии

- в России

12. Что гарантирует акт о здравоохранении Канадцев?

- здоровье всех граждан и постоянных жителей Канады застраховано государством.

- каждый житель Канады имеет право на медицинское обслуживание учреждениями и работниками здравоохранения страны

- управление системой здравоохранения в Канаде осуществляется представителями правительства и избираемыми официальными лицами.

- расходы на здравоохранение оплачиваются из налогов, собранных с населения.

- представители отчитываются перед народом Канады.

- иммигранты с видом на жительство и конвенционные беженцы не имеют права на медицинскую помощь

13. Акт о Здравоохранении Населения Канады был принят как закон

- в 1947 году

- в 1984 году

- в 2005 году

- в 2013 году

14. США занимают ведущее место по

- уровню и результативности научных исследований
- продолжительности жизни
- заболеваемости
- числу нобелевских лауреатов в области медицины
- обеспеченности самым современным медицинским оборудованием

15. В 2000 году США заняли по уровню здоровья граждан

- 56 место в мире
- 1 место в мире
- 2 место в мире
- 72 место в мире

16. Гарантирует ли США своим гражданам универсальную и всеобъемлемую систему медицинского страхования

- да
- нет
- США не работает по программам медицинского страхования

17. По данным исследования Гарварда в 2009 году, отсутствие медицинского страхования в США служит причиной примерно

- 45 тыс. дополнительных смертей в год
- 14 тыс. дополнительных смертей в год
- 78 тыс. дополнительных смертей в год
- в США нет медицинского страхования, медицинская помощь финансируется государством

18. В функции Министерства здравоохранения США входит

- контроль за медицинской системой и реализацией социальных программ
- контроль за медицинской наукой
- мониторинг ситуации в области здоровья

- контроль за оказанием медицинской помощи всем гражданам США

19. Медицина США функционирует на следующих уровнях

-первичная медико-санитарная помощь

-семейная медицина

-госпитальная помощь

-высокотехнологичная помощь

-общественное здравоохранение

20. Есть ли в США единое централизованное управление здравоохранением

- да есть, его функции выполняет Министерство здравоохранения США

-да есть, его функции выполняет департамент Правительства США

-отсутствует единое централизованное управление

21. Какие типы больниц есть в США

-государственные

-муниципальные

- частные прибыльные

-частные «бесприбыльные»

22. По программе Medicaid в США предоставляются следующие услуги

- стационарное и амбулаторное лечение

- консультации хирургов

- консультации офтальмологов

- пребывание в домах престарелых,

- лабораторная диагностика

- рентгенологические методы исследования

23. Продолжительность резидентуры для кардиохирурга в США

-4 года

- 6 лет
- 8 лет
- 2 года

24. Продолжительность резидентуры в США составляет

- 2 года
- 3 года
- 4 года
- 5 лет

25. По данным Министерства здравоохранения США, к 2017 году расходы на медицину составят

- 15,5 % ВВП
- 11 % ВВП
- 17,5% ВВП
- 19,5% ВВП

26. Какие виды страховки предоставляются работодателями США

- «плата за услуги»
- «управляемые услуги»
- «все включено»

27. Какова минимальная стоимость медицинской страховки на 1 месяц в США

- 50 долларов
- 130 долларов
- 150 долларов
- 300 долларов

28. Какой из президентов США создал программы Medicare и Medicaid?

Джонсон

Трумэн

Картер

Рейган

Обама

29. Продолжительности жизни больше всего

-в США

-в Канаде

- в России

30. Какая основная проблема здравоохранения Канады?

- низкое качество медицинской помощи

- длинные очереди на ожидание приема

- высокие цены на медицинские услуги

- дефицит врачей

- дефицит медицинских сестер

- низкая зарплата врачей

- платное физиотерапевтическое лечение

31. Канадский закон о здоровье

-запрещает предоставление платных медицинских услуг

-разрешает предоставление платных медицинских услуг

- разрешает предоставление платных медицинских услуг, которые не предусмотрены в муниципальных планах здравоохранения

32. Стационары в Канаде в большинстве являются

- частными

-государственными

-муниципальными

33. В какой стране выше всего обеспеченность врачами

- в США
- в Великобритании
- во Франции
- в России

34. В какой стране выше всего обеспеченность медицинскими сестрами

- в США
- в Великобритании
- во Франции
- в России

35 В Канаде курит

- 15 % населения
- 18% населения
- 23 % населения
- 26,5% населения

36. Бюджетные траты на здравоохранение Кубы в 2012 году составили

- 8,2% от ВВП
- 12% от ВВП
- 4,3% от ВВП
- 4,5% от ВВП
- 8,6% от ВВП

37. Какая основная проблема здравоохранения Кубы?

- низкое качество медицинской помощи
- длинные очереди на ожидание приема
- высокие цены на медицинские услуги

- дефицит врачей
- дефицит медицинских сестер
- низкая зарплата врачей
- платное физиотерапевтическое лечение



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ СЕМИНАР

«Сравнительный анализ систем здравоохранения»

по основной образовательной программе подготовки магистров

по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»

Тема:

Автор работы студент группы М 7107

Фамилия Имя Отчество _____

подпись

« _____ » _____ 20__ г.

Отчет защищен с оценкой _____

доцент, к.м.н. В.Г. Морева

« _____ » _____ 20__ г.

г. Владивосток

20__ г.

Рекомендации по ведению дневника практики

Студент проходит практику в соответствии с утвержденным календарным графиком учебного процесса.

Каждый студент в период практики обязан вести дневник о прохождении практики.

Заполнение дневника производится регулярно и аккуратно. В дневнике отражается фактическая работа студента и мероприятия, в которых он принимает участие. Дневник периодически просматривается руководителем практики. Подробное описание всех выполненных работ приводится в отчете по практике.

По окончании практики дневник заверяется руководителем практики.



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

«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 ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
«НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.03(П)**

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

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

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника магистр

г. Владивосток
2018

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор
(занимаемая должность)

П.Ф.Кику
(инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н.
(занимаемая должность)

В.Г.Морева
(инициалы, фамилия)

Эксперты⁵:

**Программа практики обсуждена на заседании Департамента ОЗиПМ,
протокол № 8 от 06 июня 2019г.**

⁵Целесообразно программу практики представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

1. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Программа практики разработана в соответствии с:

- требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.04.2017 N 301 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 29.06.2015 № 636 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 09.11.2015 г. № 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;
- Положением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850;
- Положением о практике обучающихся, осваивающих образовательные программы высшего образования – программы бакалавриата, программы специалитета и программы магистратуры в школах ДВФУ, утвержденного приказом от 14 мая 2018г. № 12-13-870.

2. ЦЕЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА»

Целью производственной практики «Научно-производственная практика» по специальности 32.04.01 «Общественное здравоохранение» является закрепление и углубление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в магистратуре и формирование профессиональных компетенций специалиста в области общественного здравоохранения.

3. ЗАДАЧИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Задачами практики «Научно-производственная практика» являются:

- приобретение опыта практической деятельности и формирование профессиональных компетенций в научно-производственной и проектной деятельности;
- ознакомление с принципами организации лечебного процесса, системой управления медицинской организацией;
- приобретение практических навыков работы с информацией и персоналом медицинской организации;
- оценка эффективности деятельности медицинской организации на основе анализа показателей, характеризующих состояние здоровья населения, данных финансового, бухгалтерского и статистического учета;
- получение первичных навыков по сбору информации для проведения научно-исследовательской деятельности;
- получение первичных профессиональных навыков по созданию и обработке баз данных с помощью статистических пакетов программного обеспечения;
- получение первичных профессиональных навыков по интерпретации, представлению данных исследований в сфере общественного здоровья

4. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Общие сведения о практике представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вид практики	<i>Производственная</i>
Тип практики	<i>Научно-производственная практика (Б2.В.03 (П))</i>
Способ проведения	<i>Стационарная</i>
Форма (формы) проведения	<i>Дискретно, рассредоточенная</i>
Объем практики в зачетных единицах	6 з.е.
Продолжительность практики	<i>4 недели, 216 ак. час.</i>
Курс, семестр	<i>2 курс; 3 семестр</i>
Базы практики	<i>Медицинский центр ДВФУ, в медицинских организациях по месту работы магистрантов с заключением договоров</i>

10. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА»

В таблице 2 представлены планируемые результаты производственной практики

Таблица 2

Вид профессиональной деятельности	Планируемые результаты практики (код, формулировка компетенций или элементов компетенций)
<i>Научно-производственная и проектная</i>	<i>ПК-4 - способность проводить анализ и оценку показателей деятельности медицинской организации, управление ресурсами медицинской организации, разработку и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовку обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации и потребностями населения</i>
<i>Организационно-управленческая</i>	<i>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</i>

11. МЕСТО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Производственная практика является составной частью раздела «Практики» основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное

здравоохранение (уровень магистратура). Магистранты проходят производственную практику на 2-м году обучения в 3-м семестре.

Производственная практика базируется на следующих дисциплинах: Методология научных исследований в здравоохранении, Биостатистика и анализ медицинской информации, Информационные технологии в здравоохранении.

Для освоения программы производственной практики, студенты должны **знать:**

- основы психологии деловых отношений;
- особенности этики и принципы поведения окружающих людей (коллеги, пациенты, родственники пациентов и т.д.);
- содержание процесса целеполагания профессионального и личностного развития, его особенности и способы реализации при решении профессиональных задач, исходя из этапов карьерного роста и требований рынка труда;
- современные информационные технологии для получения данных для практического здравоохранения и научных данных;
- современные информационные методы и методики, направленные на сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья населения;
- современные информационно-телекоммуникационные технологии;
- современные методы и методики организации работы коллектива, работы в команде, управления человеческими ресурсами организации;
- теории управления и организации труда, включая основы проектного и программно-целевого управления;
- теоретические основы управления персоналом, включая основы нормирования труда, оценки и мотивации персонала, организации оплаты и охраны труда;
- основы трудового, гражданского законодательства Российской Федерации, требования охраны труда;
- морально-этические нормы и правила, вопросы врачебной этики и

деонтологии, врачебной тайны;

- особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных исследовательских коллективах;

- алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практическое здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;

- основные понятия, определения концепции укрепления здоровья и профилактики заболеваний, уровни профилактики и их содержание, обязательный и рекомендуемый набор скрининговых программ для различных групп населения, а также примеры программ профилактики и укрепления здоровья в России и за рубежом, организацию специальных разделов профилактики;

- методы экспертизы и оценки качества медицинской помощи, методы и модели управления качеством медицинской помощи, основные направления использования стандартов и порядков оказания медицинской помощи, цели и задачи лицензирования медицинской деятельности, основные положения концепции непрерывного повышения качества медицинской помощи;

- понятия и нормативно-правовую базу медико-социальной экспертизы и экспертизы временной нетрудоспособности, методы её проведения, понятие трудоспособности, виды ее нарушения; медицинские и социальные критерии нетрудоспособности;

- уровни проведения экспертизы и их компетенции, состав и функции врачебной комиссии (ВК); причины временной нетрудоспособности (ВН) и инвалидности, основные документы, удостоверяющие ВН и общие правила их выдачи и заполнения;

- показания и порядок направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ); структуру и задачи органов МСЭ;

- критерии установления инвалидности; понятие заболеваемости с временной утратой трудоспособности;

Уметь:

- учитывать психологические особенности окружающих людей в рамках своей профессиональной компетенции;

- формулировать цели личностного и профессионального развития и условия их достижения, исходя из тенденций развития области профессиональной деятельности, этапов профессионального роста, индивидуально-личностных особенностей;

- осуществлять личностный выбор в различных профессиональных и морально-ценностных ситуациях, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой и обществом;

- использовать современные информационные технологии в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- использовать программные продукты для контроля расходования материально-технических и финансовых ресурсов медицинской организации;

- разрабатывать организационно-распорядительные документы медицинской организации;

- осуществлять контроль за выполнением планов и программ, достижения целевых значений показателей деятельности медицинской организации;

- следовать нормам, принятым в научном общении при работе в российских и международных исследовательских коллективах с целью решения научных и научно-образовательных задач;

- осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных исследовательских коллективах, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой, коллегами

и обществом;

- генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразностью внедрения в практическое здравоохранение;

- организовать учет и сбор информации о факторах риска и факторах здоровья, выявлять приоритеты и предлагать программы профилактики и укрепления здоровья для данной популяции и для данного учреждения, предложить программы совершенствования профилактики на всех ее уровнях, оценить эффективность предложенных программ укрепления здоровья и профилактики болезней;

- применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, применять стандарты для оценки и совершенствования качества медицинской помощи;

- определять виды нарушений трудоспособности, медицинские и социальные критерии нетрудоспособности; устанавливать признаки временной и стойкой утраты трудоспособности; определять причины временной и стойкой нетрудоспособности, оформлять документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность граждан и направления на бюро МСЭ, анализировать ЗВУТ;

Владеть:

- навыками учета психологических особенностей окружающих людей (коллеги, пациенты, родственники пациентов и т.д.);

- базовыми техниками межличностного и профессионального общения с коллегами и пациентами, методиками саморегуляции и профилактики эмоционального выгорания;

- приемами и технологиями целеполагания, целереализации и оценки результатов деятельности по решению профессиональных задач; способами выявления и оценки индивидуально-личностных, профессионально-

значимых качеств и путями достижения более высокого уровня их развития;

- навыками реализации информационных технологий в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- навыками организации работы трудового коллектива, управления человеческими ресурсами, осуществления постановки целей и формулирования задачи, определения приоритетов деятельности;

- навыками соблюдения морально-этических норм и правил, врачебной этики и деонтологии, врачебной тайны;

- навыками анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих при работе по решению научных и научно-образовательных задач в российских или международных исследовательских коллективах;

- технологиями оценки результатов коллективной деятельности по решению научных и научно-образовательных задач, в том числе ведущейся на иностранном языке;

- технологиями планирования деятельности в рамках работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач;

- различными типами коммуникаций при осуществлении работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач;

- навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов деятельности, экономической и медико-социальной эффективности;

- статистическим методом учета и сбора информации о факторах риска и факторах здоровья, оценки эффективности реализуемых программ укрепления здоровья и профилактики болезней;

- методикой оценки качества медицинской помощи с использованием стандартов, построения и оценки модели конечных результатов деятельности структурных подразделений, медицинских организаций и региональных систем здравоохранения;

- навыками работы с нормативными документами, регламентирующими медицинскую и медико-социальную экспертизу;

- навыками прогнозирования с использованием медицинского и социального критериев нетрудоспособности, приемами установления причин временной и стойкой нетрудоспособности, приемами оформления листков нетрудоспособности и направлений на бюро МСЭ, методологией принятия экспертных решений, методикой анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность.

Результаты учебной практики должны быть использованы в дальнейшем – при изучении следующих дисциплин: Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения, Оценка технологий здравоохранения, Системный анализ и управление в здравоохранении, а также при прохождении преддипломной практики.

7. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Этап практики	Виды работ на практике, включая самостоятельную работу студентов	Содержание в дидактических единицах
Подготовительный (организационный)	Инструктаж в вузе	Ознакомление с правилами техники безопасности, условиями прохождения практики, сроками, содержанием обязательных мероприятий, требованиями к оформлению отчета. Инструктаж по технике безопасности

Основной	Методология планирования и организации научно-практического исследования (формы, виды, методы и этапы)	Современные информационные технологии и методические подходы к сбору и анализу результатов научно-практического исследования
		Основные профессиональные информационные ресурсы и базы данных
		Правила оформления и представления результатов научно-практического исследования
Итоговый	Оформление отчета по практике (дневник практики)	Защита отчета по практике

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Учебно-методическим обеспечением самостоятельной работы магистрантов на производственной практике являются:

1. Нормативные документы, регламентирующие деятельность организации, в которой проходит учебная практика
2. Формы бухгалтерской, финансовой, статистической, внутренней отчетности, разрабатываемые в организации и инструкции по их заполнению
3. Методические разработки для магистров, определяющие порядок прохождения и содержание учебной практики.

Содержание производственной практики

1. Организационно-методическая деятельность медицинской организации

Задачи, содержания и методы организационно-методической работы медицинской организации. Организационно-методический отдел (кабинет). Нормативно-правовые документы по работе организационно-методического отдела. Содержание и объем работы ОМО. Должностные инструкции заведующего, врачей и другого персонала ОМО. Методика взаимодействия медицинских подразделений в многопрофильных лечебных организациях

при решении организационно-методических задач. Организация, сбор и обработка медико-статистических сведений. Анализ показателей деятельности по данным отчетности медицинских организаций и отделений соответствующего профиля. Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи. Составление комплексного плана организационно-методической работы: аналитико-статистический, оперативный, тактический. Организация стратегического планирования: стратегия и тактика планирования. Методики планирования, разработка регламентов и внутрифирменных стандартов, планирование подразделений медицинской организации, увязка планов, мероприятий.

2. Организация делопроизводства и документооборота в медицинском учреждении

Нормативно-правовое обеспечение организационно-распорядительного документооборота. Применение Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных». Внутренний документооборот медицинского учреждения для упорядочения организационной структуры. Принципы составления, схемы движения. Организация работы с документами: требования и рекомендации. Проверка медицинского учреждения в части ведения документооборота. Ответственность учреждения, руководителя, работника. Работа с нормативными документами (приказами, распоряжениями, указами, решениями), работа с методической и нормативной литературой, работа с письмами, обращениями. Основы делопроизводства. Список дел. Единая система документации. Входящие и исходящие документы. Сроки исполнения.

3. Организация работы экономической и бухгалтерской служб в медицинской организации. Мониторинг финансовых и экономических показателей

Основы экономического анализа и планирования деятельности медицинской организации. Организация работы по планированию, рациональному использованию трудовых, материальных и финансовых

ресурсов, выявление резервов и обеспечение эффективной деятельности по оказанию медицинской помощи.

Финансирование медицинской организации в условиях обязательного медицинского страхования. Финансовый анализ деятельности медицинских учреждений. Оценка эффективности деятельности МО в разрезе источников финансирования.

Предпринимательская деятельность медицинской организации, основные принципы ценообразования на медицинские услуги.

Нормирование и оплата труда в учреждениях здравоохранения. Переход на новые отраслевые нормы труда. Нормативная база, регулирующая трудовые отношения и реализация эффективного контракта в здравоохранении. Штатное расписание, оптимизация структуры медицинской организации. Оценка эффективности работы персонала.

Особенности закупок в здравоохранении. Организация и управление закупочной деятельностью в МО: обоснование, нормирование и планирование с учетом потребностей медицинских организаций. Контроль в сфере государственных и муниципальных закупок.

Нормативно-правовое регулирование бухгалтерского учета и отчетности. Особенности учетной политики и внутренние документы, регламентирующие работу бухгалтерии медицинской организации. Налогообложение медицинской организации.

Контроль за финансово-экономической деятельностью МО. Нецелевое использование средств.

9. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ (ПО ИТОГАМ ПРАКТИКИ)

В соответствии с ОС ДВФУ по направлению 32.04.01 - Общественное здравоохранение (магистратура), аттестация по итогам практики проводится на основании оформленного в соответствии с установленными требованиями письменного отчёта магистранта и отзыва руководителя практики от производства. По итогам аттестации выставляется зачет с оценкой.

Рекомендуется устраивать учебные семинары по итогам практик, на которых заслушивать наиболее интересные отчёты магистрантов.

Магистранты, не выполнившие программу практики по уважительным причинам, направляются на практику вторично, в свободное от учёбы время (по представлению Администратора ОП).

Магистранты, не выполнившие программу практики без уважительных причин или получившие неудовлетворительную оценку, отчисляются из ДВФУ за академическую неуспеваемость.

Оценка по практике проставляется в электронную экзаменационную ведомость и зачётную книжку руководителем практики. Руководитель практики составляет отчёт и передаёт его директору Департамента в срок не позднее двух недель после аттестации группы.

Критерии оценок при защите отчёта по учебной практике (зачет с оценкой):

«Отлично» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему с использованием компьютерных технологий, ответы на поставленные руководителем практики вопросы освещены в полном объёме, с достаточной степенью профессиональности и компетенции, содержание ответов свидетельствует об уверенных знаниях магистранта и о его умении решать профессиональные задачи.

«Хорошо» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему, но есть небольшие неточности, неаккуратность в исполнении, неполный ответ на один вопрос, заданный руководителем, но при этом содержание ответов свидетельствует о достаточных знаниях магистранта и умение решать профессиональные задачи.

«Удовлетворительно» - отчёт выполнен с нарушением требований, предъявляемых к оформлению, пропущены разделы в отчёте, неаккуратность в исполнении, плохая ориентация магистранта по отчёту, неполные ответы на два вопроса, содержание ответов свидетельствует о знаниях магистранта и о его ограниченном умении решать профессиональные задачи.

«Неудовлетворительно» - представленный отчёт по практике не соответствует требованиям, не раскрыта тема, магистрант не ориентируется в вопросах, задаваемых руководителем практики, не может ответить на вопросы, связанные с местом прохождения практики и выполнением им обязанностей.

Отчет по практике должен состоять из титульного листа, оглавления, основной части, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений (при наличии). В качестве приложений в отчет по практике могут включаться копии документов (нормативных актов, отчетов и др.), изученных и использованных обучающимся в период прохождения практики.

Отчет по практике предоставляется на листах формата А4, верхнее и нижнее поля - 20 мм, правое - 15 мм, левое - 30 мм, выравнивание текста - по ширине, абзацный отступ - 1,25 см. Объем отчета (без учета отзыва руководителя практики от профильной организации и индивидуального задания) должен составлять не менее 15 страниц печатного текста. Текст готовится с использованием текстового редактора Microsoft Word (или его аналога) и сохраняется в виде файла в форматах .doc или docx с использованием 1,5 интервала и применением 14 размера шрифта Times New Roman.

По каждому виду производственной практики составляются отчет и заполняются дневники практики.

Форма титульного листа отчётов, дневников практики и отзыва руководителя практики от предприятия приведены в приложении.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Основная литература

9. 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>
10. 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.htm>
11. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>
12. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433256.html>
13. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424148.html>
14. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч.2: учебник в 2 ч.: / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2013. – 351 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509081>
15. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова О. П. Щепина и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -624 с. <http://www.rosmedlib.ru/>
16. Сборник задач по общественному здоровью: учебно-методическое пособие / Н.Ю. Перепелкина [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. – 84 с. <http://www.iprbookshop.ru/21865.html>

Дополнительная литература

1. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное

пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 141 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730071&theme=FEFU>

2. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н. В. Трухачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -379 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730137&theme=FEFU>

3. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 594 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtfs/ChamoHome/visualizer/data_geotar/geotar.xml.part1816..xml&theme=FEFU

4. Экономика здравоохранения / Под. ред. Решетникова А.В. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд., 2010. – 272 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:350145&theme=FEFU>

11. Экспертиза вреда здоровью. Утрата общей и профессиональной трудоспособности: Научно-практическое пособие / Под ред. проф. В.А. Клевно, С.Н. Пузина – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 320 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=415405>

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

1.База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>

2.Интернет портал по здравоохранению <http://bio-x.ru/go.mail.ru/search?rf=e.mail.ru&fm=1&us=15&usln=3&usstr=здравоохранение&usqid=7d41348ea69338f3&hasnavig=1&sbmt=1509229987234&q=здравоохранение>

3.Сайт научные исследования <https://infopedia.su/4x3e87.html>;
<https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/663252>

4.Электронная библиотека СГАУ - <http://library.sgau.ru>

5. НЭБ - <http://elibrary.ru>
6. <http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
7. Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
8. <http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
9. <http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
10. <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.

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для реализации программы производственной практики используются помещения и оборудование (персональные компьютеры), библиотека ШБМ

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

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов выбор мест прохождения практики согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся и практика проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

<p>Компьютерный класс на 22 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями здоровья оснащены дисплеями и принтерами Брайля; оборудованы: портативными устройствами для чтения плоскочечатных текстов, сканирующими и читающими машинами 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>

Базы учебных и производственных практик:

11. Медицинский центр ДВФУ
12. ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
13. КГАУЗ Владивостокская клиническая больница № 2
14. КГБУЗ Владивостокская клиническая больница №4
5. ГБУЗ Приморский краевой перинатальный центр



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

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА
«НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.03(П)

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение

(наименование направления подготовки)

магистерская программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки очная

Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор П.Ф.Кику
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Доцент кафедры ОЗиПМ к.м.н. В.Г.Морева
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Эксперты⁶:

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

⁶ Целесообразно ФОС по практике представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

**Паспорт ФОС по
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ «НАУЧНО-
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.03(П)**

1 Шкала оценивания сформированности компетенций

Таблица 1 – Шкала оценивания сформированности компетенций

Планируемый результат обучения (код и формулировка планируемых результатов практики)	Этап формирования компетенции, реализуемый в рамках практики	Показатели оценивания	Критерии
ПК-4 Способность проводить анализ и оценку показателей деятельности медицинской организации, управление ресурсами медицинской организации, разработку и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовку обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации и потребностями населения	2 (базовый)	Знает принципы организации и осуществления мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации	да/нет
		Умеет планировать мероприятия по обеспечению охраны здоровья населения внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовку обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации	да/нет
		Владеет навыками организации и осуществлению мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения, а также владеет методами анализа и оценки показателей деятельности медицинской организации, управления ресурсами медицинской организации, методами разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовкой обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации и потребностями населения	да/нет
ПК-5 способность производить оценку эффективности	2 (базовый)	Знает принципы целеполагания, виды и методы организационного планирования и фундаментальные концепции финансового	да/нет

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		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	да/нет
		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	да/нет

Результат обучения считается достигнутым, если уровень сформированности компетенций составляет более 60%.

Шкала оценивания:

менее 60% – «неудовлетворительно».

60% – 79% положительно оцененных показателей – «удовлетворительно»,

80% – 89% – «хорошо»,

90% – 100% – «отлично»,

Итоговая отметка может быть выведена как среднее арифметическое значение отметок по всем оцениваемым компетенциям (элементам компетенций).

Шкала оценивания и критерии оценки результатов защиты отчета по практике

При выставлении оценки «отлично» при защите отчета по практике студент должен демонстрировать высокий уровень, оценки «хорошо» - продвинутый уровень, а оценки «удовлетворительно» - пороговый.

Основные объекты оценивания результатов прохождения практики:

- деловая активность студента в процессе практики;

- производственная дисциплина студента;
- качество выполнения индивидуального задания;
- оформление дневника практики;
- качество выполнения и оформления отчета по практике;
- уровень ответов при сдаче зачета (защите отчета);
- характеристика и оценка работы студента руководителем практики с места прохождения практики

При выставлении оценки принимаются во внимание следующие показатели:

- глубина раскрытия выбранной темы исследования;
- научная новизна и самостоятельность проведенного исследования;
- соответствие уровня подготовленных магистрантом учебно-методических материалов по теме учебного занятия предъявляемым требованиям;
- оценка методического уровня подготовки, организации и проведения учебного занятия;
- соответствие отчетных документов по практике основным требованиям;
- характеристика с места прохождения практики;
- участие в итоговой конференции;
- мнение научного руководителя.

Критерии выставления оценки студенту на зачете по практике

Оценка	Требования к сформированным компетенциям
<i>«отлично»</i>	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, умеет приводить примеры, ответил на все вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью, глубиной и полнотой раскрытия темы
<i>«хорошо»</i>	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, хорошо справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответил на основные вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью и полнотой

	раскрытия темы, однако допускается одна - две неточности в ответе.
<i>«удовлетворительно»</i>	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он выполнил основную часть программы практики, но с трудом умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, в целом справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответы на вопросы во время защиты практики отличаются недостаточной глубиной и полнотой
<i>«неудовлетворительно»</i>	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не выполнил программу практики, не умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, не справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не ответил на основные вопросы во время защиты практики

Студент, не выполнивший программу практики по уважительной причине, направляется на практику повторно в свободное от аудиторных занятий время. Студент, не выполнивший программу практики без уважительной причины или получивший неудовлетворительную оценку, считается имеющим академическую задолженность. Ликвидация этой задолженности проводится в соответствии с нормативными документами ДВФУ.

Типовые задания для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

За время практики студенту необходимо выполнить индивидуальное задание по изучению отдельных направлений работы или видов деятельности организации, решению конкретных задач в интересах базы практики и ДВФУ.

Примерные индивидуальные задания на практику

- проведение эмпирического исследования;
- обработка полученного материала и формулировка выводов;
- оформление результатов исследовательской деятельности;
- подготовка материалов по теме научно-исследовательской работы для выступления на конференциях, круглых столах;

- выработка навыка составления тематических списков литературы, каталогов, картотек и других типов описаний, классификаций и типологий;
- сортировка и оценка изучаемого материала по степени новизны, актуальности, специализированности и другим параметрам;
- изучение и анализ планирования возможного расширения научно-исследовательской деятельности;
- анализ и пополнение информационного и методического обеспечения принимающей организацией; сравнительный анализ форм и методов управления медицинской организацией;
- исследование сравнительной эффективности современных активных и интерактивных методик преподавания;
- изучение причин и опыта преодоления возникающих в деятельности затруднений и проблем.

Вопросы для защиты отчета по практике:

1. Понятие и структура рынка медицинских услуг.
2. Государственное управление на рынке медицинских услуг.
3. Взаимодействие субъектов рынка медицинских услуг
4. Особенности функционирования рынка медицинских услуг
5. Свойства медицинской услуги
6. Исследование спроса и предложения на медицинские услуги
7. Методы оценки спроса и предложения на медицинские услуги
8. Формирование спроса на медицинские услуги
9. Виды исследований рынка медицинских услуг. Методы анализа и получения информации о рынке
10. Конкуренция на рынке медицинских услуг
11. Сравнительные и конкурентные преимущества видов транспорта
12. Виды цен на медицинские услуги
13. Политика ценообразования, ее виды, изменчивость в зависимости от конъюнктуры рынка медицинских услуг

14. Методы установления цены на медицинские услуги
15. Коммерческая служба медицинской организации и ее основные задачи
16. Организация работы с потребителями
17. Системы менеджмента качества
18. Основные направления повышения качества и эффективности медицинских услуг
19. Повышение эффективности управления качеством в рамках стандартов ISO 9000.
20. Нормативы показателей качества медицинских услуг

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Для получения положительной оценки по результатам практики студент должен полностью выполнить программу практики, своевременно оформить и представить в Департамент все необходимые отчетные документы.

Результаты проделанной работы должны получить отражение в отчете о практике. Отчет проверяется и подписывается руководителем практики от предприятия, затем представляется руководителю практики от вуза на последней неделе практики в установленный срок. В случае, если местом прохождения практики является Департамент ДВФУ, отчет оформляется студентом и сдается руководителю практики от вуза.

Итоговая оценка за практику выставляется на основании всех представленных документов, посредством которых выявляется регулярность посещения места практики, тщательность составления отчета, инициативность студента, проявленная в процессе практики и способность к самостоятельной профессиональной деятельности.

Результаты прохождения практики оцениваются по следующим критериям:

- уровню освоения компетенций;
- отзыву руководителя практики от организации;

- практическим результатам проведенных работ и их значимости;
- качественности ответов студента на вопросы по существу отчета.

По результатам проведения практики и защиты отчетов студентов, преподавателем – руководителем практики составляется сводный отчет.

Зачет по практике приравнивается к оценкам по теоретическому обучению и учитывается при подведении итогов общей успеваемости студентов. Оценка, полученная студентами на зачете, учитывается при назначении стипендии.

Студенты, не выполнившие программу без уважительной причины или получившие отрицательную оценку, могут быть отчислены из высшего учебного заведения как имеющие академическую задолженность в порядке, предусмотренном уставом вуза.

Оформление отчёта по практике

Отчет по производственной практике составляется в соответствии с основным этапом программы практики и отражает выполнение индивидуального задания. Объем отчета должен составлять 15-25 страниц машинописного текста (без учета приложений). Отчет оформляется на бумаге формата А4 (210x297 мм) и брошюруется в единый блок. Текст отчета излагается на одной стороне листа, шрифтом Times New Roman, 14 размером, через 1,5 интервала. Каждая страница работы оформляется со следующими полями: левое - 30 мм; правое - 10 мм; верхнее - 20 мм; нижнее - 20 мм. Абзацный отступ в тексте - 1,5 см. Все страницы работы должны иметь сквозную нумерацию, включая приложения. Нумерация производится арабскими цифрами, при этом порядковый номер страницы ставится в нижнем правом углу, начиная с оглавления после титульного листа. Все структурные элементы отчета о практике брошюруются (сшиваются).

Отчет должен быть иллюстрирован таблицами, графиками, схемами, заполненными бланками, рисунками. Страницы отчета нумеруют арабскими цифрами, с соблюдением сквозной нумерации по всему тексту. Номер

проставляется в центре нижней части листа (выравнивание от центра) без точки в конце номера. Схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объём работы. Если они не могут быть приведены в варианте компьютерной графики, их следует выполнять черными чернилами или тушью. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется. Цифровой материал должен оформляться в виде таблиц. Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице. На все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами порядковой нумерацией в пределах всего текста отчета. Номер следует размещать над таблицей слева без абзацного отступа после слова «Таблица». Каждая таблица должна иметь заголовок, который помещается в одну строку с её номером через тире. Рисунки (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице.

Содержание разделов отчёта

Титульный лист (приложение 1)

Содержание

Введение

Основная часть

- Общая характеристика базы практики
- Описание рабочего места и функциональных обязанностей
- Индивидуальное задание для прохождения практики (приложение 2)

Заключение о результатах практики

Список использованных источников и литературы

Приложения.

Рекомендации по содержанию отчета

Во введении необходимо описать цели и задачи практики, дать краткую характеристику места практики (организации), сформулировать миссию организации.

Основная часть должна содержать описание истории создания места практики, организационной структуры предприятия, конкурентной среды организации, сферы деятельности объекта практики.

Далее описываются этапы выполнения работ в соответствии с индивидуальным заданием, приводятся предложения по совершенствованию и организации работы медицинской организации.

Заключение отражает достигнутые результаты, анализ возникших проблем и варианты их устранения, собственную оценку уровня своей профессиональной подготовки по итогам практики. Отчет должен отражать мнение студента к изученным в ходе теоретической подготовки вопросам, их соответствия реальной деятельности, а также какие специальные навыки и знания студент приобрел в ходе практики.

К отчету о прохождении практики прилагаются:

- отзыв руководителя практики от принимающей стороны: характеристика отношения практиканта к работе, дисциплинированность, наличие необходимых навыков работы, проявленных деловых и моральных качеств, общая оценка всей работы практиканта за период практики, в произвольной форме (в случае если местом прохождения практики является ДВФУ, отзыв руководителя практики не оформляется);

- дневник практики, заверенный руководителем практики от принимающей стороны, включающий перечень и краткое описание ежедневных видов работ, выполненных студентом во время практики в соответствии с календарным планом прохождения практики (приложение 3).



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

**ОТЧЕТ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА
«НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА»
по основной образовательной программе подготовки магистров
по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»**

Автор работы студент группы М 7107

Фамилия Имя Отчество _____

«_____» _____ 20__ г. подпись

Руководитель практики от ШБМ ДВФУ
доцент, к.м.н. В.Г. Морева

Отчет защищен с оценкой _____
доцент, к.м.н. В.Г. Морева

«_____» _____ 20__ г.

**г. Владивосток
20__ г.**

Индивидуальное задание
прохождения практики «НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА»

Студенту группы М _____

Место прохождения практики _____

Сроки прохождения практики с _____ по _____ 20__ года

Виды работ и требования по их выполнению _____

Руководитель практики от ДВФУ

должность

подпись

ФИО

« ___ » _____ 20__ г.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

Фамилия Имя Отчество

Группа _____

Дневник

прохождения практики «Научно-производственная практика»
(производственная, рассредоточенная с «__» ____ 20__ г. по с «__» ____ 20__ г.) (4 недели)

**по основной образовательной программе подготовки магистров
по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»**

Место практики –

Время практики:
начало «__» ____ 20__ г.
окончание «__» ____ 20__ г.
Руководитель практики от
предприятия _____

г. Владивосток
20__

Рекомендации по ведению дневника практики

Студент проходит практику в соответствии с утвержденным календарным графиком учебного процесса.

Каждый студент в период практики обязан вести дневник о прохождении практики.

Заполнение дневника производится регулярно и аккуратно. В дневнике отражается фактическая работа студента и мероприятия, в которых он принимает участие. Дневник периодически просматривается руководителем практики. Подробное описание всех выполненных работ приводится в отчете по практике.

По окончании практики дневник заверяется руководителем практики.



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 ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА» Б2.В.04(П)

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

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

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника магистр

г. Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор
(занимаемая должность)

П.Ф.Кику
(инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н.
(занимаемая должность)

В.Г.Морева
(инициалы, фамилия)

Эксперты⁷:

(наименование организации, занимаемая должность) _____
(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность) _____
(инициалы, фамилия)

**Программа практики обсуждена на заседании Департамента ОЗиПМ,
протокол № 8 от 06 июня 2019г.**

⁷Целесообразно программу практики представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

1. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Программа практики разработана в соответствии с:

- требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.04.2017 N 301 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 29.06.2015 № 636 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 09.11.2015 г. № 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;
- Положением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850;
- Положением о практике обучающихся, осваивающих образовательные программы высшего образования – программы бакалавриата, программы специалитета и программы магистратуры в школах ДВФУ, утвержденного приказом от 14 мая 2018г. № 12-13-870.

2. ЦЕЛИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ

Основной целью научно-исследовательской работы магистра является развитие способности самостоятельного выполнения научно-исследовательской работы, связанной с решением профессиональных задач, необходимой в дальнейшей профессиональной деятельности.

3. ЗАДАЧИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ

1. Развитие профессионального научно-исследовательского мышления магистра, формирование у них четкого представления об основных профессиональных задачах и способах их решения;

2. Формирование умения планировать научно-исследовательскую работу при решении профессиональных задач с использованием современных методов исследования, современной аппаратуры и вычислительных средств;

3. Формирование умения грамотного использования современных технологий для сбора информации, обработки и интерпретации полученных экспериментальных данных;

4. Ведение библиографической работы по выполняемой теме с привлечением современных информационных технологий;

5. Проведение обработки и анализа полученных данных, сопоставление результатов собственных исследований с имеющими в литературе данными;

6. Обеспечение способности критического подхода к результатам собственных исследований, готовности к профессиональному самосовершенствованию и развитию творческого потенциала и профессионального мастерства.

4. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЕ

Общие сведения о практике представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вид практики	<i>Производственная</i>
Тип практики	<i>Научно-исследовательская работа (Б2.В.04)</i>
Способ проведения	<i>Стационарная</i>
Форма (формы) проведения	<i>Дискретно, рассредоточенная</i>
Объем практики в зачетных единицах	12 з.е.
Продолжительность практики	<i>8 недель, 432 ак. час.</i>
Курс, семестр	<i>1 курс, 2-й семестр; 2 курс, 3 семестр</i>
Базы практики	<i>Медицинский центр ДВФУ, в медицинских организациях по месту работы магистрантов с заключением договоров</i>

12. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ РАБОТЫ

В таблице 2 представлены планируемые результаты НИР

Таблица 2

Вид профессиональной деятельности	Планируемые результаты практики (код, формулировка компетенций или элементов компетенций)
<i>Научно-исследовательская</i>	<p><i>ПК-1 - способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения;</i></p> <p><i>ПК-2 - способность осуществлять подготовку презентационных материалов, информационно-аналитических материалов, справок о деятельности медицинской организации или ее подразделений, ведения организационно-методической деятельности в медицинской организации</i></p>

13. МЕСТО НИР В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

НИР является составной частью раздела «Практики» основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение (уровень магистратура). Магистранты проходят НИР на 1 и 2-м году обучения во 2-м и 3-м семестрах.

В результате научно-исследовательской работы обучающийся должен **знать:**

- методы критического анализа и оценки современных научных достижений;
- методы научно-исследовательской деятельности;
- основные концепции современной философии науки, основные стадии эволюции науки, функции и основания научной картины мира;
- методы и этапы стратегического планирования в здравоохранении, структуру и назначение программно-проектного планирования;
- современные информационные технологии для получения данных для практического здравоохранения и научных данных;
- современные информационные методы и методики, направленные на сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья населения;
- современные информационно-телекоммуникационные технологии;
- описательные статистики (виды статистических величин, методы их расчета, характеристики распределения признака в статистической совокупности, репрезентативности, среднего уровня и вариабельности данных);
- основные параметрические и непараметрические методы оценки достоверности различий статистических величин; основные параметрические и непараметрические методы оценки взаимосвязи между признаками;
- методы оценки динамики явлений и прогнозирования;
- алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практическое здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;

- методы финансового менеджмента, содержание финансовых ресурсов здравоохранения, направления движения финансовых потоков в здравоохранении, систему счетов здравоохранения;

уметь:

- анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные выигрыши/проигрыши реализации этих вариантов;

- при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений;

- использовать положения и категории философии науки для анализа и оценивания различных фактов и явлений;

- формировать критерии оценки эффективности основных видов медицинской помощи, интерпретировать основные показатели деятельности медицинских организаций и региональных систем здравоохранения;

- осуществлять стратегическое планирование;

- на основе сформированного государственного задания определять потребность в медицинских кадрах, формировать оптимальную структурно-организационную модель учреждения здравоохранения;

- использовать современные информационные технологии в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- использовать программные продукты для контроля расходования материально-технических и финансовых ресурсов медицинской организации;

- подготовить план и программу статистического исследования;
- формировать электронную базу данных для хранения и последующей разработки данных;
- генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразностью внедрения в практическое здравоохранение;
- оценивать эффективность использования материальных ресурсов в конкретном учреждении здравоохранения с учетом использования стандартов и порядков оказания медицинской помощи, предлагать пути снижения материальных затрат и повышения эффективности расходов в деятельности медицинской организации, рассчитать порог рентабельности платных медицинских услуг, анализировать пути экономии издержек;

владеть:

- навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;
- навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;
- навыками анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих в науке на современном этапе ее развития;
- технологиями планирования в профессиональной деятельности в сфере научных исследований;

- методикой расчета и анализа показателей общественного здоровья и показателей деятельности медицинских организаций региональных систем здравоохранения;

- методикой выбора критериев контроля различных процессов в здравоохранении, корректировки планов в соответствии с результатами контроля, навыками построения типового документа, организации и проведения делового совещания;

- методикой формирования государственных заданий медицинской организации;

- аналитическим методом оценки состояния кадровых ресурсов, определения потребности в кадровых ресурсах, соответствия практической деятельности специалиста функциональным и профессионально-должностным требованиям;

- навыками реализации информационных технологий в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- методами компьютерного статистического анализа данных;

- навыками работы в общеупотребительных и специализированных компьютерных программах для статистического анализа;

- навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов деятельности, экономической и медико-социальной эффективности;

приемами анализа социально-экономической эффективности медицинских, профилактических мероприятий, планирования оптимальных

структурных преобразований с целью достижения максимальной социально-экономической эффективности системы здравоохранения..

7. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Этап практики	Виды работ на практике, включая самостоятельную работу студентов	Содержание в дидактических единицах
Подготовительный (организационный)	Инструктаж в вузе	Ознакомление с правилами техники безопасности, условиями прохождения практики, сроками, содержанием обязательных мероприятий, требованиями к оформлению отчета. Инструктаж по технике безопасности
Основной	Методология планирования и организации научно-практического исследования (формы, виды, методы и этапы)	Современные информационные технологии и методические подходы к сбору и анализу результатов научно-практического исследования
		Основные профессиональные информационные ресурсы и базы данных
		Правила оформления и представления результатов научно-практического исследования
Итоговый	Оформление отчета по практике (дневник практики)	Защита отчета по практике

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Учебно-методическим обеспечением самостоятельной работы магистрантов на производственной практике являются:

4. Нормативные документы, регламентирующие деятельность организации, в которой проходит учебная практика
5. Формы бухгалтерской, финансовой, статистической, внутренней отчетности, разрабатываемые в организации и инструкции по их заполнению
6. Методические разработки для магистров, определяющие порядок

прохождения и содержание учебной практики.

Содержание производственной практики

4. Организационно-методическая деятельность медицинской организации

Задачи, содержания и методы организационно-методической работы медицинской организации. Организационно-методический отдел (кабинет). Нормативно-правовые документы по работе организационно-методического отдела. Содержание и объем работы ОМО. Должностные инструкции заведующего, врачей и другого персонала ОМО. Методика взаимодействия медицинских подразделений в многопрофильных лечебных организациях при решении организационно-методических задач. Организация, сбор и обработка медико-статистических сведений. Анализ показателей деятельности по данным отчетности медицинских организаций и отделений соответствующего профиля. Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи. Составление комплексного плана организационно-методической работы: аналитико-статистический, оперативный, тактический. Организация стратегического планирования: стратегия и тактика планирования. Методики планирования, разработка регламентов и внутрифирменных стандартов, планирование подразделений медицинской организации, увязка планов, мероприятий.

5. Организация делопроизводства и документооборота в медицинском учреждении

Нормативно-правовое обеспечение организационно-распорядительного документооборота. Применение Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных». Внутренний документооборот медицинского учреждения для упорядочения организационной структуры. Принципы составления, схемы движения. Организация работы с документами: требования и рекомендации. Проверка медицинского

учреждения в части ведения документооборота. Ответственность учреждения, руководителя, работника. Работа с нормативными документами (приказами, распоряжениями, указами, решениями), работа с методической и нормативной литературой, работа с письмами, обращениями. Основы делопроизводства. Список дел. Единая система документации. Входящие и исходящие документы. Сроки исполнения.

6. Организация работы экономической и бухгалтерской служб в медицинской организации. Мониторинг финансовых и экономических показателей

Основы экономического анализа и планирования деятельности медицинской организации. Организация работы по планированию, рациональному использованию трудовых, материальных и финансовых ресурсов, выявление резервов и обеспечение эффективной деятельности по оказанию медицинской помощи.

Финансирование медицинской организации в условиях обязательного медицинского страхования. Финансовый анализ деятельности медицинских учреждений. Оценка эффективности деятельности МО в разрезе источников финансирования.

Предпринимательская деятельность медицинской организации, основные принципы ценообразования на медицинские услуги.

Нормирование и оплата труда в учреждениях здравоохранения. Переход на новые отраслевые нормы труда. Нормативная база, регулирующая трудовые отношения и реализация эффективного контракта в здравоохранении. Штатное расписание, оптимизация структуры медицинской организации. Оценка эффективности работы персонала.

Особенности закупок в здравоохранении. Организация и управление закупочной деятельностью в МО: обоснование, нормирование и планирование с учетом потребностей медицинских организаций. Контроль в сфере государственных и муниципальных закупок.

Нормативно-правовое регулирование бухгалтерского учета и отчетности. Особенности учетной политики и внутренние документы, регламентирующие работу бухгалтерии медицинской организации. Налогообложение медицинской организации.

Контроль за финансово-экономической деятельностью МО. Нецелевое использование средств.

9. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ (ПО ИТОГАМ ПРАКТИКИ)

В соответствии с ОС ДВФУ по направлению 32.04.01 - Общественное здравоохранение (магистратура), аттестация по итогам практики проводится на основании оформленного в соответствии с установленными требованиями письменного отчёта магистранта и отзыва руководителя практики от производства. По итогам аттестации выставляется зачет с оценкой.

Рекомендуется устраивать учебные семинары по итогам практик, на которых заслушивать наиболее интересные отчёты магистрантов.

Магистранты, не выполнившие программу практики по уважительным причинам, направляются на практику вторично, в свободное от учёбы время (по представлению Администратора ОП).

Магистранты, не выполнившие программу практики без уважительных причин или получившие неудовлетворительную оценку, отчисляются из ДВФУ за академическую неуспеваемость.

Оценка по практике проставляется в электронную экзаменационную ведомость и зачётную книжку руководителем практики. Руководитель практики составляет отчёт и передаёт его директору Департамента в срок не позднее двух недель после аттестации группы.

Критерии оценок при защите отчёта по учебной практике (зачет с оценкой):

«Отлично» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему с использованием компьютерных технологий, ответы на поставленные руководителем практики вопросы освещены в

полном объёме, с достаточной степенью профессиональности и компетенции, содержание ответов свидетельствует об уверенных знаниях магистранта и о его умении решать профессиональные задачи.

«Хорошо» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему, но есть небольшие неточности, неаккуратность в исполнении, неполный ответ на один вопрос, заданный руководителем, но при этом содержание ответов свидетельствует о достаточных знаниях магистранта и умение решать профессиональные задачи.

«Удовлетворительно» - отчёт выполнен с нарушением требований, предъявляемых к оформлению, пропущены разделы в отчёте, неаккуратность в исполнении, плохая ориентация магистранта по отчёту, неполные ответы на два вопроса, содержание ответов свидетельствует о знаниях магистранта и о его ограниченном умении решать профессиональные задачи.

«Неудовлетворительно» - представленный отчёт по практике не соответствует требованиям, не раскрыта тема, магистрант не ориентируется в вопросах, задаваемых руководителем практики, не может ответить на вопросы, связанные с местом прохождения практики и выполнением им обязанностей.

Отчет по практике должен состоять из титульного листа, оглавления, основной части, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений (при наличии). В качестве приложений в отчет по практике могут включаться копии документов (нормативных актов, отчетов и др.), изученных и использованных обучающимся в период прохождения практики.

Отчет по практике предоставляется на листах формата А4, верхнее и нижнее поля - 20 мм, правое - 15 мм, левое - 30 мм, выравнивание текста - по ширине, абзацный отступ - 1,25 см. Объем отчета (без учета отзыва руководителя практики от профильной организации и индивидуального задания) должен составлять не менее 15 страниц печатного текста. Текст готовится с использованием текстового редактора Microsoft Word (или его

аналога) и сохраняется в виде файла в форматах .doc или docx с использованием 1,5 интервала и применением 14 размера шрифта Times New Roman.

По каждому виду производственной практики составляются отчет и заполняются дневники практики.

Форма титульного листа отчетов, дневников практики и отзыва руководителя практики от предприятия приведены в приложении.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Основная литература

17. 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>

18. 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.htm>

19. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>

20. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433256.html>

21. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424148.html>

22. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч.2: учебник в 2 ч.: / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2013. – 351 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509081>

23. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова О. П. Щепина и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 624 с. <http://www.rosmedlib.ru/>

24. Сборник задач по общественному здоровью: учебно-методическое пособие / Н.Ю. Перепелкина [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. – 84 с. <http://www.iprbookshop.ru/21865.html>

Дополнительная литература

1. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 141 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730071&theme=FEFU>

2. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н. В. Трухачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -379 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730137&theme=FEFU>

3. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 594 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/d_ata_geotar/geotar.xml.part1816..xml&theme=FEFU

4. Экономика здравоохранения / Под. ред. Решетникова А.В. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд., 2010. – 272 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:350145&theme=FEFU>

11. Экспертиза вреда здоровью. Утрата общей и профессиональной

трудоспособности: Научно-практическое пособие / Под ред. проф. В.А. Клевно, С.Н. Пузина – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 320 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=415405>

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

- 1.База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>
- 2.Интернет портал по здравоохранению <http://bio-x.ru/go.mail.ru/search?rf=e.mail.ru&fm=1&us=15&usln=3&usstr=здравоохранение&usqid=7d41348ea69338f3&hasnavig=1&sbmt=1509229987234&q=здравоохранение>
- 3.Сайт научные исследования <https://infopedia.su/4x3e87.html>;
<https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/663252>
- 4.Электронная библиотека СГАУ - <http://library.sgau.ru>
- 5.НЭБ - <http://elibrary.ru>
- 6.<http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
- 7.Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
- 8.<http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
- 9.<http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 10.<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.

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для реализации программы производственной практики используются помещения и оборудование (персональные компьютеры), библиотека ШБМ

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

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов выбор мест прохождения практики согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся и практика проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

<p>Компьютерный класс на 22 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW,GigEth,Wi-Fi,BT,usb kbd/mse,Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit),1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями</p>	<p>Читальные залы Научной библиотеки ДВФУ с открытым доступом к фонду</p>

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	(корпус А - уровень 10)
--	-------------------------

Базы учебных и производственных практик:

15. Медицинский центр ДВФУ
16. ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
17. КГАУЗ Владивостокская клиническая больница № 2
18. КГБУЗ Владивостокская клиническая больница №4
19. ГБУЗ Приморский краевой перинатальный центр



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА» Б2.В.04(П)**

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение

(наименование направления подготовки)

магистерская программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки очная

Владивосток

2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор П.Ф.Кику
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Доцент кафедры ОЗиПМ к.м.н. В.Г.Морева
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Эксперты⁸:

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

⁸ Целесообразно ФОС по практике представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

**Паспорт ФОС по
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ «НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА» Б2.В.04(П)**

1 Шкала оценивания сформированности компетенций

Таблица 1 – Шкала оценивания сформированности компетенций

Планируемый результат обучения (код и формулировка планируемых результатов практики)	Этап формирования компетенции, реализуемый в рамках практики	Показатели оценивания	Критерии
ПК-1 способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения	2 (базовый)	Знает принципы организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Умеет осуществлять прикладные и практические проекты и иные мероприятия по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Владеет навыками организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения;	да/нет
ПК-2 способность осуществлять подготовку презентационных материалов, информационно-аналитических материалов, справок о деятельности медицинской организации или ее подразделений, ведения	2 (базовый)	Знает основные методы научных исследований в здравоохранении, организации научно-исследовательской работы, методы подготовки презентационных материалов, информационно-аналитических справок	да/нет
		Умеет поставить и выбрать цель работы, сформулировать задачи, публично представить результаты научной работы, подготовить справку о деятельности медицинской организации или ее структурных	да/нет

организационно-методической деятельности в медицинской организации		подразделений	
		Владеет методами сбора, обработки, анализа информации, знаниями о научных направлениях в здравоохранении, способах управления ими, а также способами и методами ведения организационно-методической деятельности в медицинской организации	да/нет

Результат обучения считается достигнутым, если уровень сформированности компетенций составляет более 60%.

Шкала оценивания:

менее 60% – «неудовлетворительно».

60% – 79% положительно оцененных показателей – «удовлетворительно»,

80% – 89% – «хорошо»,

90% – 100% – «отлично»,

Итоговая отметка может быть выведена как среднее арифметическое значение отметок по всем оцениваемым компетенциям (элементам компетенций).

Шкала оценивания и критерии оценки результатов защиты отчета по практике

При выставлении оценки «отлично» при защите отчета по практике студент должен демонстрировать высокий уровень, оценки «хорошо» - продвинутый уровень, а оценки «удовлетворительно» - пороговый.

Основные объекты оценивания результатов прохождения практики:

- деловая активность студента в процессе практики;
- производственная дисциплина студента;
- качество выполнения индивидуального задания;
- оформление дневника практики;

- качество выполнения и оформления отчета по практике;
- уровень ответов при сдаче зачета (защите отчета);
- характеристика и оценка работы студента руководителем практики с места прохождения практики

При выставлении оценки принимаются во внимание следующие показатели:

- глубина раскрытия выбранной темы исследования;
- научная новизна и самостоятельность проведенного исследования;
- соответствие уровня подготовленных магистрантом учебно-методических материалов по теме учебного занятия предъявляемым требованиям;
- оценка методического уровня подготовки, организации и проведения учебного занятия;
- соответствие отчетных документов по практике основным требованиям;
- характеристика с места прохождения практики;
- участие в итоговой конференции;
- мнение научного руководителя.

Критерии выставления оценки студенту на зачете по практике

Оценка	Требования к сформированным компетенциям
<i>«отлично»</i>	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, умеет приводить примеры, ответил на все вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью, глубиной и полнотой раскрытия темы
<i>«хорошо»</i>	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, хорошо справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответил на основные вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью и полнотой раскрытия темы, однако допускается одна - две неточности в ответе.
<i>«удовлетворительно»</i>	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он выполнил основную часть программы практики, но с трудом умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, в целом

	справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответы на вопросы во время защиты практики отличаются недостаточной глубиной и полнотой
<i>«неудовлетворительно»</i>	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не выполнил программу практики, не умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, не справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не ответил на основные вопросы во время защиты практики

Студент, не выполнивший программу практики по уважительной причине, направляется на практику повторно в свободное от аудиторных занятий время. Студент, не выполнивший программу практики без уважительной причины или получивший неудовлетворительную оценку, считается имеющим академическую задолженность. Ликвидация этой задолженности проводится в соответствии с нормативными документами ДВФУ.

Типовые задания для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

За время практики студенту необходимо выполнить индивидуальное задание по изучению отдельных направлений работы или видов деятельности организации, решению конкретных задач в интересах базы практики и ДВФУ.

Индивидуальное задание на научно-исследовательскую работу.

Первый этап: знакомство с задачами и организацией практики, с правилами внутреннего трудового распорядка дня, проведение инструктажа по технике безопасности и пожарной безопасности; определение темы научно-исследовательской работы; составление плана НИР; обзор и теоретический анализ научной литературы по теме исследования; подбор методов для проведения научного исследования; согласование и корректировка плана проведения научно-исследовательской работы с руководителем.

Второй этап: проведение эмпирического исследования; обработка полученного материала и формулировка выводов; оформление результатов НИР; подготовка материалов по теме научно-исследовательской работы для выступления на конференциях, круглых столах; выработка навыка составления тематических списков литературы, каталогов, картотек и других типов описаний, классификаций и типологий; сортировка и оценка изучаемого материала по степени новизны, актуальности, специализированности и другим параметрам; изучение и анализ планирования возможного расширения научно-исследовательской деятельности; анализ и пополнение информационного и методического обеспечения принимающей организацией; сравнительный анализ форм и методов управления предприятием; исследование сравнительной эффективности современных активных и интерактивных методик преподавания; изучение причин и опыта преодоления возникающих в деятельности затруднений и проблем.

Вопросы для защиты отчета по практике:

1. Обосновать выбор материала исследования.
2. Перечислить освоенные при прохождении НИР методы исследования. Обосновать необходимость их применения. Объяснить принцип работы оборудования.
3. Кратко изложить основные положения патентного законодательства.

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Для получения положительной оценки по результатам практики студент должен полностью выполнить программу практики, своевременно оформить и представить в Департамент все необходимые отчетные документы.

Результаты проделанной работы должны получить отражение в отчете о практике. Отчет проверяется и подписывается руководителем практики от предприятия, затем представляется руководителю практики от вуза на последней неделе практики в установленный срок. В случае, если местом

прохождения практики является Департамент ДВФУ, отчет оформляется студентом и сдается руководителю практики от вуза.

Итоговая оценка за практику выставляется на основании всех представленных документов, посредством которых выявляется регулярность посещения места практики, тщательность составления отчета, инициативность студента, проявленная в процессе практики и способность к самостоятельной профессиональной деятельности.

Результаты прохождения практики оцениваются по следующим критериям:

- уровню освоения компетенций;
- отзыву руководителя практики от организации;
- практическим результатам проведенных работ и их значимости;
- качеству ответов студента на вопросы по существу отчета.

По результатам проведения практики и защиты отчетов студентов, преподавателем – руководителем практики составляется сводный отчет.

Зачет по практике приравнивается к оценкам по теоретическому обучению и учитывается при подведении итогов общей успеваемости студентов. Оценка, полученная студентами на зачете, учитывается при назначении стипендии.

Студенты, не выполнившие программу без уважительной причины или получившие отрицательную оценку, могут быть отчислены из высшего учебного заведения как имеющие академическую задолженность в порядке, предусмотренном уставом вуза.

Оформление отчёта по практике

Отчет по производственной практике составляется в соответствии с основным этапом программы практики и отражает выполнение индивидуального задания. Объем отчета должен составлять 15-25 страниц машинописного текста (без учета приложений). Отчет оформляется на бумаге формата А4 (210x297 мм) и брошюруется в единый блок. Текст отчета излагается на одной стороне листа, шрифтом Times New Roman, 14

размером, через 1,5 интервала. Каждая страница работы оформляется со следующими полями: левое - 30 мм; правое - 10 мм; верхнее - 20 мм; нижнее - 20 мм. Абзацный отступ в тексте - 1,5 см. Все страницы работы должны иметь сквозную нумерацию, включая приложения. Нумерация производится арабскими цифрами, при этом порядковый номер страницы ставится в нижнем правом углу, начиная с оглавления после титульного листа. Все структурные элементы отчета о практике брошюруются (сшиваются).

Отчет должен быть иллюстрирован таблицами, графиками, схемами, заполненными бланками, рисунками. Страницы отчета нумеруют арабскими цифрами, с соблюдением сквозной нумерации по всему тексту. Номер проставляется в центре нижней части листа (выравнивание от центра) без точки в конце номера. Схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объём работы. Если они не могут быть приведены в варианте компьютерной графики, их следует выполнять черными чернилами или тушью. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется. Цифровой материал должен оформляться в виде таблиц. Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице. На все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами порядковой нумерацией в пределах всего текста отчета. Номер следует размещать над таблицей слева без абзацного отступа после слова «Таблица». Каждая таблица должна иметь заголовок, который помещается в одну строку с её номером через тире. Рисунки (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице.

Содержание разделов отчёта

Титульный лист (приложение 1)

Содержание

Введение

Основная часть

- Общая характеристика базы практики
- Описание рабочего места и функциональных обязанностей
- Индивидуальное задание для прохождения практики (приложение 2)

Заключение о результатах практики

Список использованных источников и литературы

Приложения.

Рекомендации по содержанию отчета

Во введении необходимо описать цели и задачи практики, дать краткую характеристику места практики (организации), сформулировать миссию организации.

Основная часть должна содержать описание истории создания места практики, организационной структуры предприятия, конкурентной среды организации, сферы деятельности объекта практики.

Далее описываются этапы выполнения работ в соответствии с индивидуальным заданием, приводятся предложения по совершенствованию и организации работы медицинской организации.

Заключение отражает достигнутые результаты, анализ возникших проблем и варианты их устранения, собственную оценку уровня своей профессиональной подготовки по итогам практики. Отчет должен отражать мнение студента к изученным в ходе теоретической подготовки вопросам, их соответствия реальной деятельности, а также какие специальные навыки и знания студент приобрел в ходе практики.

К отчету о прохождении практики прилагаются:

- отзыв руководителя практики от принимающей стороны: характеристика отношения практиканта к работе, дисциплинированность, наличие необходимых навыков работы, проявленных деловых и моральных качеств, общая оценка всей работы практиканта за период практики, в

произвольной форме (в случае если местом прохождения практики является ДВФУ, отзыв руководителя практики не оформляется);

- дневник практики, заверенный руководителем практики от принимающей стороны, включающий перечень и краткое описание ежедневных видов работ, выполненных студентом во время практики в соответствии с календарным планом прохождения практики (приложение 3).



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

ОТЧЕТ

о научно-исследовательской работе на тему

« _____ »
(полное наименование темы НИР)

Автор работы студент группы М 7107

Фамилия Имя Отчество _____
подпись

« _____ » _____ 20__ г.

Руководитель практики от ШБМ ДВФУ
доцент, к.м.н. _____ В.Г. Морева

Отчет защищен с оценкой _____
доцент, к.м.н. _____ В.Г. Морева

« _____ » _____ 20__ г.

г. Владивосток
20__ г.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

Индивидуальный план научно-исследовательской работы магистранта
 на тему

« _____ »
 (полное наименование темы НИР)

№№	Наименование НИР	Форма отчета	Отметка о выполнении и дата

Научный руководитель

Подпись

расшифровка подписи

Владивосток
20__ г.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

ДНЕВНИК
Прохождения производственной практики
Научно-исследовательская работа

Студент _____

Группа _____

Владивосток

20__

240

Форма дневника

Дата выполнения работ	Место	Краткое содержание выполняемых работ	Отметка о выполнении работы

Руководитель практики от предприятия (*при наличии*) _____
ФИО, должность, подпись

Руководитель практики от университета _____
ФИО, должность, подпись

Рекомендации по ведению дневника практики

Студент проходит практику в соответствии с утвержденным календарным графиком учебного процесса.

Каждый студент в период практики обязан вести дневник о прохождении практики.

Заполнение дневника производится регулярно и аккуратно. В дневнике отражается фактическая работа студента и мероприятия, в которых он принимает участие. Дневник периодически просматривается руководителем практики. Подробное описание всех выполненных работ приводится в отчете по практике.

По окончании практики дневник заверяется руководителем практики.



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 ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.05(П)**

**Направление подготовки 32.04.01 - Общественное
здравоохранение (уровень магистратуры)**
**Профиль подготовки Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью**
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника магистр

г. Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор
(занимаемая должность)

П.Ф.Кику
(инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н.
(занимаемая должность)

В.Г.Морева
(инициалы, фамилия)

Эксперты⁹:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

**Программа практики обсуждена на заседании Департамента ОЗиПМ,
протокол № 8 от 06 июня 2019г.**

•

⁹Целесообразно программу практики представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

1. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Программа практики разработана в соответствии с:

- требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.04.2017 N 301 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 29.06.2015 № 636 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 09.11.2015 г. № 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;
- с Положением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850;
- Положением о практике обучающихся, осваивающих образовательные программы высшего образования – программы бакалавриата, программы специалитета и программы магистратуры в школах ДВФУ, утвержденного приказом от 14 мая 2018г. № 12-13-870.

2. ЦЕЛИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

Основной целью научно-исследовательской практики магистра является развитие способности самостоятельного выполнения научно-исследовательской работы, связанной с решением профессиональных задач, необходимой в дальнейшей профессиональной деятельности.

3. ЗАДАЧИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

1. Развитие профессионального научно-исследовательского мышления магистра, формирование у них четкого представления об основных профессиональных задачах и способах их решения;

2. Формирование умения планировать научно-исследовательскую работу при решении профессиональных задач с использованием современных методов исследования, современной аппаратуры и вычислительных средств;

3. Формирование умения грамотного использования современных технологий для сбора информации, обработки и интерпретации полученных экспериментальных данных;

4. Ведение библиографической работы по выполняемой теме с привлечением современных информационных технологий;

5. Проведение обработки и анализа полученных данных, сопоставление результатов собственных исследований с имеющимися в литературе данными; 6. Обеспечение способности критического подхода к результатам собственных исследований, готовности к профессиональному самосовершенствованию и развитию творческого потенциала и профессионального мастерства.

4. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКЕ

Общие сведения о практике представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вид практики	<i>Производственная</i>
Тип практики	<i>Научно-исследовательская практика Б2.В.05(П)</i>
Способ проведения	<i>Стационарная</i>
Форма (формы) проведения	<i>Дискретно, рассредоточенная</i>
Объем практики в зачетных единицах	<i>3 з.е.</i>
Продолжительность практики	<i>2 недели, 108 ак. час.</i>
Курс, семестр	<i>2 курс; 3 семестр</i>
Базы практики	<i>Медицинский центр ДВФУ, в медицинских организациях по месту работы магистрантов с заключением договоров</i>

14. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

В таблице 2 представлены планируемые результаты практики

Таблица 2

Вид профессиональной деятельности	Планируемые результаты практики (код, формулировка компетенций или элементов компетенций)
<i>Научно-исследовательская</i>	<p><i>ПК-1 - способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения;</i></p> <p><i>ПК-2 - способность осуществлять подготовку презентационных материалов, информационно-аналитических материалов, справок о деятельности медицинской организации или ее подразделений, ведения организационно-методической деятельности в медицинской организации</i></p>

15. МЕСТО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Научно-исследовательская практика является составной частью раздела «Практики» основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение (уровень магистратура). Магистранты проходят НИП на 2-м году обучения в 3-м семестре.

В результате научно-исследовательской практики обучающийся должен **знать:**

- методы критического анализа и оценки современных научных достижений;
- методы научно-исследовательской деятельности;
- основные концепции современной философии науки, основные стадии эволюции науки, функции и основания научной картины мира;
- методы и этапы стратегического планирования в здравоохранении, структуру и назначение программно-проектного планирования;
- современные информационные технологии для получения данных для практического здравоохранения и научных данных;
- современные информационные методы и методики, направленные на сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья населения;
- современные информационно-телекоммуникационные технологии;
- описательные статистики (виды статистических величин, методы их расчета, характеристики распределения признака в статистической совокупности, репрезентативности, среднего уровня и вариабельности данных);
- основные параметрические и непараметрические методы оценки достоверности различий статистических величин; основные параметрические и непараметрические методы оценки взаимосвязи между признаками;
- методы оценки динамики явлений и прогнозирования;
- алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практические здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;

- методы финансового менеджмента, содержание финансовых ресурсов здравоохранения, направления движения финансовых потоков в здравоохранении, систему счетов здравоохранения;

уметь:

- анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные выигрыши/проигрыши реализации этих вариантов;

- при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений;

- использовать положения и категории философии науки для анализа и оценивания различных фактов и явлений;

- формировать критерии оценки эффективности основных видов медицинской помощи, интерпретировать основные показатели деятельности медицинских организаций и региональных систем здравоохранения;

- осуществлять стратегическое планирование;

- на основе сформированного государственного задания определять потребность в медицинских кадрах, формировать оптимальную структурно-организационную модель учреждения здравоохранения;

- использовать современные информационные технологии в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- использовать программные продукты для контроля расходования материально-технических и финансовых ресурсов медицинской организации;

- подготовить план и программу статистического исследования;
- формировать электронную базу данных для хранения и последующей разработки данных;
- генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразностью внедрения в практическое здравоохранение;
- оценивать эффективность использования материальных ресурсов в конкретном учреждении здравоохранения с учетом использования стандартов и порядков оказания медицинской помощи, предлагать пути снижения материальных затрат и повышения эффективности расходов в деятельности медицинской организации, рассчитать порог рентабельности платных медицинских услуг, анализировать пути экономии издержек;

владеть:

- навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;
- навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;
- навыками анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих в науке на современном этапе ее развития;
- технологиями планирования в профессиональной деятельности в сфере научных исследований;

- методикой расчета и анализа показателей общественного здоровья и показателей деятельности медицинских организаций региональных систем здравоохранения;

- методикой выбора критериев контроля различных процессов в здравоохранении, корректировки планов в соответствии с результатами контроля, навыками построения типового документа, организации и проведения делового совещания;

- методикой формирования государственных заданий медицинской организации;

- аналитическим методом оценки состояния кадровых ресурсов, определения потребности в кадровых ресурсах, соответствия практической деятельности специалиста функциональным и профессионально-должностным требованиям;

- навыками реализации информационных технологий в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- методами компьютерного статистического анализа данных;

- навыками работы в общеупотребительных и специализированных компьютерных программах для статистического анализа;

- навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов деятельности, экономической и медико-социальной эффективности;

приемами анализа социально-экономической эффективности медицинских, профилактических мероприятий, планирования оптимальных

структурных преобразований с целью достижения максимальной социально-экономической эффективности системы здравоохранения..

7. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

Этап практики	Виды работ на практике, включая самостоятельную работу студентов	Содержание в дидактических единицах
Подготовительный (организационный)	Инструктаж в вузе	Ознакомление с правилами техники безопасности, условиями прохождения практики, сроками, содержанием обязательных мероприятий, требованиями к оформлению отчета. Инструктаж по технике безопасности
Основной	Методология планирования и организации научно-практического исследования (формы, виды, методы и этапы)	Современные информационные технологии и методические подходы к сбору и анализу результатов научно-практического исследования
		Основные профессиональные информационные ресурсы и базы данных
		Правила оформления и представления результатов научно-практического исследования
Итоговый	Оформление отчета по практике (дневник практики)	Защита отчета по практике

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебно-методическим обеспечением самостоятельной работы магистрантов на научно-исследовательской практике являются:

7. Нормативные документы, регламентирующие деятельность организации, в которой проходит учебная практика
8. Формы бухгалтерской, финансовой, статистической, внутренней отчетности, разрабатываемые в организации и инструкции по их заполнению
9. Методические разработки для магистров, определяющие порядок

прохождения и содержание учебной практики.

Содержание научно-исследовательской практики

7. Организационно-методическая деятельность медицинской организации

Задачи, содержания и методы организационно-методической работы медицинской организации. Организационно-методический отдел (кабинет). Нормативно-правовые документы по работе организационно-методического отдела. Содержание и объем работы ОМО. Должностные инструкции заведующего, врачей и другого персонала ОМО. Методика взаимодействия медицинских подразделений в многопрофильных лечебных организациях при решении организационно-методических задач. Организация, сбор и обработка медико-статистических сведений. Анализ показателей деятельности по данным отчетности медицинских организаций и отделений соответствующего профиля. Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи. Составление комплексного плана организационно-методической работы: аналитико-статистический, оперативный, тактический. Организация стратегического планирования: стратегия и тактика планирования. Методики планирования, разработка регламентов и внутрифирменных стандартов, планирование подразделений медицинской организации, увязка планов, мероприятий.

8. Организация делопроизводства и документооборота в медицинском учреждении

Нормативно-правовое обеспечение организационно-распорядительного документооборота. Применение Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных». Внутренний документооборот медицинского учреждения для упорядочения организационной структуры. Принципы составления, схемы движения. Организация работы с документами: требования и рекомендации. Проверка медицинского

учреждения в части ведения документооборота. Ответственность учреждения, руководителя, работника. Работа с нормативными документами (приказами, распоряжениями, указами, решениями), работа с методической и нормативной литературой, работа с письмами, обращениями. Основы делопроизводства. Список дел. Единая система документации. Входящие и исходящие документы. Сроки исполнения.

9. Организация работы экономической и бухгалтерской служб в медицинской организации. Мониторинг финансовых и экономических показателей

Основы экономического анализа и планирования деятельности медицинской организации. Организация работы по планированию, рациональному использованию трудовых, материальных и финансовых ресурсов, выявление резервов и обеспечение эффективной деятельности по оказанию медицинской помощи.

Финансирование медицинской организации в условиях обязательного медицинского страхования. Финансовый анализ деятельности медицинских учреждений. Оценка эффективности деятельности МО в разрезе источников финансирования.

Предпринимательская деятельность медицинской организации, основные принципы ценообразования на медицинские услуги.

Нормирование и оплата труда в учреждениях здравоохранения. Переход на новые отраслевые нормы труда. Нормативная база, регулирующая трудовые отношения и реализация эффективного контракта в здравоохранении. Штатное расписание, оптимизация структуры медицинской организации. Оценка эффективности работы персонала.

Особенности закупок в здравоохранении. Организация и управление закупочной деятельностью в МО: обоснование, нормирование и планирование с учетом потребностей медицинских организаций. Контроль в сфере государственных и муниципальных закупок.

Нормативно-правовое регулирование бухгалтерского учета и отчетности. Особенности учетной политики и внутренние документы, регламентирующие работу бухгалтерии медицинской организации. Налогообложение медицинской организации.

Контроль за финансово-экономической деятельностью МО. Нецелевое использование средств.

9. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ (ПО ИТОГАМ ПРАКТИКИ)

В соответствии с ОС ДВФУ по направлению 32.04.01 - Общественное здравоохранение (магистратура), аттестация по итогам практики проводится на основании оформленного в соответствии с установленными требованиями письменного отчёта магистранта и отзыва руководителя практики от производства. По итогам аттестации выставляется зачет с оценкой.

Рекомендуется устраивать учебные семинары по итогам практик, на которых заслушивать наиболее интересные отчёты магистрантов.

Магистранты, не выполнившие программу практики по уважительным причинам, направляются на практику вторично, в свободное от учёбы время (по представлению Администратора ОП).

Магистранты, не выполнившие программу практики без уважительных причин или получившие неудовлетворительную оценку, отчисляются из ДВФУ за академическую неуспеваемость.

Оценка по практике проставляется в электронную экзаменационную ведомость и зачётную книжку руководителем практики. Руководитель практики составляет отчёт и передаёт его директору Департамента в срок не позднее двух недель после аттестации группы.

Критерии оценок при защите отчёта по учебной практике (зачет с оценкой):

«Отлично» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему с использованием компьютерных технологий, ответы на поставленные руководителем практики вопросы освещены в

полном объёме, с достаточной степенью профессиональности и компетенции, содержание ответов свидетельствует об уверенных знаниях магистранта и о его умении решать профессиональные задачи.

«Хорошо» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему, но есть небольшие неточности, неаккуратность в исполнении, неполный ответ на один вопрос, заданный руководителем, но при этом содержание ответов свидетельствует о достаточных знаниях магистранта и умение решать профессиональные задачи.

«Удовлетворительно» - отчёт выполнен с нарушением требований, предъявляемых к оформлению, пропущены разделы в отчёте, неаккуратность в исполнении, плохая ориентация магистранта по отчёту, неполные ответы на два вопроса, содержание ответов свидетельствует о знаниях магистранта и о его ограниченном умении решать профессиональные задачи.

«Неудовлетворительно» - представленный отчёт по практике не соответствует требованиям, не раскрыта тема, магистрант не ориентируется в вопросах, задаваемых руководителем практики, не может ответить на вопросы, связанные с местом прохождения практики и выполнением им обязанностей.

Отчет по практике должен состоять из титульного листа, оглавления, основной части, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений (при наличии). В качестве приложений в отчет по практике могут включаться копии документов (нормативных актов, отчетов и др.), изученных и использованных обучающимся в период прохождения практики.

Отчет по практике предоставляется на листах формата А4, верхнее и нижнее поля - 20 мм, правое - 15 мм, левое - 30 мм, выравнивание текста - по ширине, абзацный отступ - 1,25 см. Объем отчета (без учета отзыва руководителя практики от профильной организации и индивидуального задания) должен составлять не менее 15 страниц печатного текста. Текст готовится с использованием текстового редактора Microsoft Word (или его

аналога) и сохраняется в виде файла в форматах .doc или docx с использованием 1,5 интервала и применением 14 размера шрифта Times New Roman.

По каждому виду производственной практики составляются отчет и заполняются дневники практики.

Форма титульного листа отчетов, дневников практики и отзыва руководителя практики от предприятия приведены в приложении.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

Основная литература

25. 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>

26. 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.htm>

27. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>

28. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433256.html>

29. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424148.html>

30. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч.2: учебник в 2 ч.: / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2013. – 351 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509081>

31. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова О. П. Щепина и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 624 с. <http://www.rosmedlib.ru/>

32. Сборник задач по общественному здоровью: учебно-методическое пособие / Н.Ю. Перепелкина [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. – 84 с. <http://www.iprbookshop.ru/21865.html>

Дополнительная литература

1. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогада. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 141 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730071&theme=FEFU>

2. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н. В. Трухачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -379 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730137&theme=FEFU>

3. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 594 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/d_ata_geotar/geotar.xml.part1816..xml&theme=FEFU

4. Экономика здравоохранения / Под. ред. Решетникова А.В. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд., 2010. – 272 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:350145&theme=FEFU>

11. Экспертиза вреда здоровью. Утрата общей и профессиональной

трудоспособности: Научно-практическое пособие / Под ред. проф. В.А. Клевно, С.Н. Пузина – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 320 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=415405>

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

- 1.База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>
- 2.Интернет портал по здравоохранению <http://bio-x.ru/go.mail.ru/search?rf=e.mail.ru&fm=1&us=15&usln=3&usstr=здравоохранение&usqid=7d41348ea69338f3&hasnavig=1&sbmt=1509229987234&q=здравоохранение>
- 3.Сайт научные исследования <https://infopedia.su/4x3e87.html>;
<https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/663252>
- 4.Электронная библиотека СГАУ - <http://library.sgau.ru>
- 5.НЭБ - <http://elibrary.ru>
- 6.<http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
- 7.Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
- 8.<http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
- 9.<http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 10.<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.

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для реализации программы производственной практики используются помещения и оборудование (персональные компьютеры), библиотека ШБМ

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

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов выбор мест прохождения практики согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся и практика проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

<p>Компьютерный класс на 22 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW,GigEth,Wi-Fi,BT,usb kbd/mse,Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit),1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями</p>	<p>Читальные залы Научной библиотеки ДВФУ с открытым доступом к фонду</p>

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	(корпус А - уровень 10)
--	-------------------------

Базы учебных и производственных практик:

20. Медицинский центр ДВФУ

21. ГБУЗ Краевая клиническая больница №2

22. КГАУЗ Владивостокская клиническая больница № 2

23. КГБУЗ Владивостокская клиническая больница №4

24. ГБУЗ Приморский краевой перинатальный центр



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

ШКОЛА БИМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.05(П)**

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение

(наименование направления подготовки)

магистерская программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки очная

Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор П.Ф.Кику
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Доцент кафедры ОЗиПМ к.м.н. В.Г.Морева
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Эксперты¹⁰:

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

¹⁰ Целесообразно ФОС по практике представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

**Паспорт ФОС по
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ «НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.05(П)**

1 Шкала оценивания сформированности компетенций

Таблица 1 – Шкала оценивания сформированности компетенций

Планируемый результат обучения (код и формулировка планируемых результатов практики)	Этап формирования компетенции, реализуемый в рамках практики	Показатели оценивания	Критерии
ПК-1 способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения	2 (базовый)	Знает принципы организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Умеет осуществлять прикладные и практические проекты и иные мероприятия по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Владеет навыками организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения;	да/нет
ПК-2 способность осуществлять подготовку презентационных материалов, информационно-аналитических материалов, справок о деятельности медицинской организации или ее подразделений, ведения	2 (базовый)	Знает основные методы научных исследований в здравоохранении, организации научно-исследовательской работы, методы подготовки презентационных материалов, информационно-аналитических справок	да/нет
		Умеет поставить и выбрать цель работы, сформулировать задачи, публично представить результаты научной работы, подготовить справку о деятельности медицинской организации или ее структурных	да/нет

организационно-методической деятельности в медицинской организации		подразделений	
		Владеет методами сбора, обработки, анализа информации, знаниями о научных направлениях в здравоохранении, способах управления ими, а также способами и методами ведения организационно-методической деятельности в медицинской организации	

Результат обучения считается достигнутым, если уровень сформированности компетенций составляет более 60%.

Шкала оценивания:

менее 60% – «неудовлетворительно».

60% – 79% положительно оцененных показателей – «удовлетворительно»,

80% – 89% – «хорошо»,

90% – 100% – «отлично»,

Итоговая отметка может быть выведена как среднее арифметическое значение отметок по всем оцениваемым компетенциям (элементам компетенций).

Шкала оценивания и критерии оценки результатов защиты отчета по практике

При выставлении оценки «отлично» при защите отчета по практике студент должен демонстрировать высокий уровень, оценки «хорошо» - продвинутый уровень, а оценки «удовлетворительно» - пороговый.

Основные объекты оценивания результатов прохождения практики:

- деловая активность студента в процессе практики;
- производственная дисциплина студента;
- качество выполнения индивидуального задания;
- оформление дневника практики;
- качество выполнения и оформления отчета по практике;
- уровень ответов при сдаче зачета (защите отчета);

□ характеристика и оценка работы студента руководителем практики с места прохождения практики

При выставлении оценки принимаются во внимание следующие показатели:

- глубина раскрытия выбранной темы исследования;
- научная новизна и самостоятельность проведенного исследования;
- соответствие уровня подготовленных магистрантом учебно-методических материалов по теме учебного занятия предъявляемым требованиям;
- оценка методического уровня подготовки, организации и проведения учебного занятия;
- соответствие отчетных документов по практике основным требованиям;
- характеристика с места прохождения практики;
- участие в итоговой конференции;
- мнение научного руководителя.

Критерии выставления оценки студенту на зачете по практике

Оценка	Требования к сформированным компетенциям
<i>«отлично»</i>	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, умеет приводить примеры, ответил на все вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью, глубиной и полнотой раскрытия темы
<i>«хорошо»</i>	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, хорошо справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответил на основные вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью и полнотой раскрытия темы, однако допускается одна - две неточности в ответе.
<i>«удовлетворительно»</i>	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он выполнил основную часть программы практики, но с трудом умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, в целом справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответы на вопросы во время защиты практики отличаются недостаточной глубиной и

	полнотой
<i>«неудовлетворительно»</i>	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не выполнил программу практики, не умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, не справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не ответил на основные вопросы во время защиты практики

Студент, не выполнивший программу практики по уважительной причине, направляется на практику повторно в свободное от аудиторных занятий время. Студент, не выполнивший программу практики без уважительной причины или получивший неудовлетворительную оценку, считается имеющим академическую задолженность. Ликвидация этой задолженности проводится в соответствии с нормативными документами ДВФУ.

Типовые задания для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

За время практики студенту необходимо выполнить индивидуальное задание по изучению отдельных направлений работы или видов деятельности организации, решению конкретных задач в интересах базы практики и ДВФУ.

Примерные индивидуальные задания на практику

- проведение эмпирического исследования;
- обработка полученного материала и формулировка выводов;
- оформление результатов исследовательской деятельности;
- подготовка материалов по теме научно-исследовательской работы для выступления на конференциях, круглых столах;
- выработка навыка составления тематических списков литературы, каталогов, картотек и других типов описаний, классификаций и типологий;
- сортировка и оценка изучаемого материала по степени новизны, актуальности, специализированности и другим параметрам;

- изучение и анализ планирования возможного расширения научно-исследовательской деятельности;
- анализ и пополнение информационного и методического обеспечения принимающей организацией; сравнительный анализ форм и методов управления медицинской организацией;
- исследование сравнительной эффективности современных активных и интерактивных методик преподавания;
- изучение причин и опыта преодоления возникающих в деятельности затруднений и проблем.

Вопросы для защиты отчета по практике:

1. Понятие и структура рынка медицинских услуг.
2. Государственное управление на рынке медицинских услуг.
3. Взаимодействие субъектов рынка медицинских услуг
4. Особенности функционирования рынка медицинских услуг
5. Свойства медицинской услуги
6. Исследование спроса и предложения на медицинские услуги
- 7 Методы оценки спроса и предложения на медицинские услуги
8. Формирование спроса на медицинские услуги
9. Виды исследований рынка медицинских услуг. Методы анализа и получения информации о рынке
10. Конкуренция на рынке медицинских услуг
11. Сравнительные и конкурентные преимущества видов транспорта
12. Виды цен на медицинские услуги
13. Политика ценообразования, ее виды, изменчивость в зависимости от конъюнктуры рынка медицинских услуг
14. Методы установления цены на медицинские услуги
15. Коммерческая служба медицинской организации и ее основные задачи
16. Организация работы с потребителями

17. Системы менеджмента качества
18. Основные направления повышения качества и эффективности медицинских услуг
19. Повышение эффективности управления качеством в рамках стандартов ISO 9000.
20. Нормативы показателей качества медицинских услуг

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Для получения положительной оценки по результатам практики студент должен полностью выполнить программу практики, своевременно оформить и представить в Департамент все необходимые отчетные документы.

Результаты проделанной работы должны получить отражение в отчете о практике. Отчет проверяется и подписывается руководителем практики от предприятия, затем представляется руководителю практики от вуза на последней неделе практики в установленный срок. В случае, если местом прохождения практики является Департамент ДВФУ, отчет оформляется студентом и сдается руководителю практики от вуза.

Итоговая оценка за практику выставляется на основании всех представленных документов, посредством которых выявляется регулярность посещения места практики, тщательность составления отчета, инициативность студента, проявленная в процессе практики и способность к самостоятельной профессиональной деятельности.

Результаты прохождения практики оцениваются по следующим критериям:

- уровню освоения компетенций;
- отзыву руководителя практики от организации;
- практическим результатам проведенных работ и их значимости;
- качеству ответов студента на вопросы по существу отчета.

По результатам проведения практики и защиты отчетов студентов, преподавателем – руководителем практики составляется сводный отчет.

Зачет по практике приравнивается к оценкам по теоретическому обучению и учитывается при подведении итогов общей успеваемости студентов. Оценка, полученная студентами на зачете, учитывается при назначении стипендии.

Студенты, не выполнившие программу без уважительной причины или получившие отрицательную оценку, могут быть отчислены из высшего учебного заведения как имеющие академическую задолженность в порядке, предусмотренном уставом вуза.

Оформление отчёта по практике

Отчет по производственной практике составляется в соответствии с основным этапом программы практики и отражает выполнение индивидуального задания. Объем отчета должен составлять 15-25 страниц машинописного текста (без учета приложений). Отчет оформляется на бумаге формата А4 (210x297 мм) и брошюруется в единый блок. Текст отчета излагается на одной стороне листа, шрифтом Times New Roman, 14 размером, через 1,5 интервала. Каждая страница работы оформляется со следующими полями: левое - 30 мм; правое - 10 мм; верхнее - 20 мм; нижнее - 20 мм. Абзацный отступ в тексте - 1,5 см. Все страницы работы должны иметь сквозную нумерацию, включая приложения. Нумерация производится арабскими цифрами, при этом порядковый номер страницы ставится в нижнем правом углу, начиная с оглавления после титульного листа. Все структурные элементы отчета о практике брошюруются (сшиваются).

Отчет должен быть иллюстрирован таблицами, графиками, схемами, заполненными бланками, рисунками. Страницы отчета нумеруют арабскими цифрами, с соблюдением сквозной нумерации по всему тексту. Номер проставляется в центре нижней части листа (выравнивание от центра) без точки в конце номера. Схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объем работы. Если они не могут быть приведены в варианте компьютерной графики, их следует выполнять

черными чернилами или тушью. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется. Цифровой материал должен оформляться в виде таблиц. Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице. На все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами порядковой нумерацией в пределах всего текста отчета. Номер следует размещать над таблицей слева без абзацного отступа после слова «Таблица». Каждая таблица должна иметь заголовок, который помещается в одну строку с её номером через тире. Рисунки (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице.

Содержание разделов отчёта

Титульный лист (приложение 1)

Содержание

Введение

Основная часть

- Общая характеристика базы практики
- Описание рабочего места и функциональных обязанностей
- Индивидуальное задание для прохождения практики (приложение 2)

Заключение о результатах практики

Список использованных источников и литературы

Приложения.

Рекомендации по содержанию отчета

Во введении необходимо описать цели и задачи практики, дать краткую характеристику места практики (организации), сформулировать миссию организации.

Основная часть должна содержать описание истории создания места практики, организационной структуры предприятия, конкурентной среды организации, сферы деятельности объекта практики.

Далее описываются этапы выполнения работ в соответствии с индивидуальным заданием, приводятся предложения по совершенствованию и организации работы медицинской организации.

Заключение отражает достигнутые результаты, анализ возникших проблем и варианты их устранения, собственную оценку уровня своей профессиональной подготовки по итогам практики. Отчет должен отражать мнение студента к изученным в ходе теоретической подготовки вопросам, их соответствия реальной деятельности, а также какие специальные навыки и знания студент приобрел в ходе практики.

К отчету о прохождении практики прилагаются:

- отзыв руководителя практики от принимающей стороны: характеристика отношения практиканта к работе, дисциплинированность, наличие необходимых навыков работы, проявленных деловых и моральных качеств, общая оценка всей работы практиканта за период практики, в произвольной форме (в случае если местом прохождения практики является ДВФУ, отзыв руководителя практики не оформляется);
- дневник практики, заверенный руководителем практики от принимающей стороны, включающий перечень и краткое описание ежедневных видов работ, выполненных студентом во время практики в соответствии с календарным планом прохождения практики (приложение 3).



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

ОТЧЕТ

о научно-исследовательской практике на тему

« _____ »
(полное наименование темы НИР)

Автор работы студент группы М 7107

Фамилия Имя Отчество _____

подпись

« ____ » _____ 20__ г.

Руководитель практики от ШБМ ДВФУ

доцент, к.м.н. В.Г. Морева

Отчет защищен с оценкой _____

доцент, к.м.н. В.Г. Морева

« ____ » _____ 20__ г.

г. Владивосток

20__ г.

**Индивидуальное задание по производственной практике
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА»**

Студенту группы М _____

Место прохождения практики _____

Сроки прохождения практики с _____ по _____ 20__ года

Виды работ и требования по их выполнению _____

Руководитель практики от ДВФУ

должность

подпись

ФИО

« ___ » _____ 20__ г.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

**Индивидуальный план научно-исследовательской практики
 магистранта
 на тему**

« _____ »
 (полное наименование темы НИР)

№№	Наименование НИР	Форма отчета	Отметка о выполнении и дата

Научный руководитель

 Подпись

 расшифровка подписи

г. Владивосток
20__ г.

Рекомендации по ведению дневника практики

Студент проходит практику в соответствии с утвержденным календарным графиком учебного процесса.

Каждый студент в период практики обязан вести дневник о прохождении практики.

Заполнение дневника производится регулярно и аккуратно. В дневнике отражается фактическая работа студента и мероприятия, в которых он принимает участие. Дневник периодически просматривается руководителем практики. Подробное описание всех выполненных работ приводится в отчете по практике.

По окончании практики дневник заверяется руководителем практики.



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 ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
«АДМИНИСТРАТИВНО-УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»
Б2.В.06(П)**

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

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

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника магистр

г. Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор
(занимаемая должность)

П.Ф.Кику
(инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н.
(занимаемая должность)

В.Г.Морева
(инициалы, фамилия)

Эксперты¹¹:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

**Программа практики обсуждена на заседании Департамента ОЗиПМ,
протокол № 8 от 06 июня 2019г.**

¹¹Целесообразно программу практики представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

1. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Программа практики разработана в соответствии с:

- требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.04.2017 N 301 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 29.06.2015 № 636 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 09.11.2015 г. № 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;
- с Положением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850;
- Положением о практике обучающихся, осваивающих образовательные программы высшего образования – программы бакалавриата, программы специалитета и программы магистратуры в школах ДВФУ, утвержденного приказом от 14 мая 2018г. № 12-13-870.

2. ЦЕЛИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Целью производственной практики по получению профессиональных умений и опыта в организационно-управленческой деятельности по специальности 32.04.01 «Общественное здравоохранение» является закрепление и углубление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в магистратуре и формирование профессиональных компетенций специалиста в области общественного здравоохранения.

3. ЗАДАЧИ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Задачами производственной практики являются:

- приобретение опыта практической деятельности и формирование профессиональных компетенций по организационно-управленческой деятельности;

- ознакомление с принципами организации лечебного процесса, системой управления медицинской организацией;

- приобретение практических навыков работы с информацией и персоналом медицинской организации;

- оценка эффективности деятельности медицинской организации на основе анализа показателей, характеризующих состояние здоровья населения, данных финансового, бухгалтерского и статистического учета;

- получение первичных навыков по сбору информации для проведения научно-исследовательской деятельности;

- получение первичных профессиональных навыков по созданию и обработке баз данных с помощью статистических пакетов программного обеспечения;

- получение первичных профессиональных навыков по интерпретации, представлению данных исследований в сфере общественного здоровья

4. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Общие сведения о практике представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вид практики	<i>Производственная</i>
Тип практики	<i>Административно-управленческая практика (Б2.В.06 (П))</i>
Способ проведения	<i>Стационарная</i>
Форма (формы) проведения	<i>Дискретно, рассредоточенная</i>
Объем практики в зачетных единицах	<i>6 з.е.</i>
Продолжительность практики	<i>4 недели, 216 ак. час.</i>
Курс, семестр	<i>2 курс; 4 семестр</i>
Базы практики	<i>Медицинский центр ДВФУ, в медицинских организациях по месту работы магистрантов с заключением договоров</i>

16. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

В таблице 2 представлены планируемые результаты производственной практики

Таблица 2

Вид профессиональной деятельности	Планируемые результаты практики (код, формулировка компетенций или элементов компетенций)
<i>Организационно-управленческая</i>	<p><i>ПК-4 - способность проводить анализ и оценку показателей деятельности медицинской организации, управление ресурсами медицинской организации, разработку и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовку обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации и потребностями населения;</i></p> <p><i>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</i></p>

17. МЕСТО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Производственная практика является составной частью раздела

«Практики» основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение (уровень магистратура). Магистранты проходят производственную практику на 2-м году обучения в 4 семестре.

Производственная практика базируется на следующих дисциплинах: Методология научных исследований в здравоохранении, Биостатистика и анализ медицинской информации, Информационные технологии в здравоохранении.

Для освоения программы производственной практики, студенты должны **знать:**

- предметную область теории и методики управления проектами, задач, методов и принципов исследования;
- теории управления и организации труда, включая основы проектного и программно-целевого управления;
- теоретические основы управления персоналом, включая основы нормирования труда, оценки и мотивации персонала, организации оплаты и охраны труда;
- особенности этики и принципы поведения окружающих людей (коллеги, пациенты, родственники пациентов и т.д.);
- содержание процесса целеполагания профессионального и личностного развития, его особенности и способы реализации при решении профессиональных задач, исходя из этапов карьерного роста и требований рынка труда;
- современные информационные технологии для получения данных для практического здравоохранения и научных данных;
- современные информационные методы и методики, направленные на сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья населения;

- современные информационно-телекоммуникационные технологии;
- современные методы и методики организации работы коллектива, работы в команде, управления человеческими ресурсами организации;
- основы трудового, гражданского законодательства Российской Федерации, требования охраны труда;
- морально-этические нормы и правила, вопросы врачебной этики и деонтологии, врачебной тайны;
- особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных исследовательских коллективах;
- алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практическое здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;
- основные понятия, определения концепции укрепления здоровья и профилактики заболеваний, уровни профилактики и их содержание, обязательный и рекомендуемый набор скрининговых программ для различных групп населения, а также примеры программ профилактики и укрепления здоровья в России и за рубежом, организацию специальных разделов профилактики;
- методы экспертизы и оценки качества медицинской помощи, методы и модели управления качеством медицинской помощи, основные направления использования стандартов и порядков оказания медицинской помощи, цели и задачи лицензирования медицинской деятельности, основные положения концепции непрерывного повышения качества медицинской помощи;

- понятия и нормативно-правовую базу медико-социальной экспертизы и экспертизы временной нетрудоспособности, методы её проведения, понятие трудоспособности, виды ее нарушения; медицинские и социальные критерии нетрудоспособности;

- уровни проведения экспертизы и их компетенции, состав и функции врачебной комиссии (ВК); причины временной нетрудоспособности (ВН) и инвалидности, основные документы, удостоверяющие ВН и общие правила их выдачи и заполнения;

- показания и порядок направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ); структуру и задачи органов МСЭ

уметь:

- учитывать психологические особенности окружающих людей в рамках своей профессиональной компетенции;

- формулировать цели личностного и профессионального развития и условия их достижения, исходя из тенденций развития области профессиональной деятельности, этапов профессионального роста, индивидуально-личностных особенностей;

- осуществлять личностный выбор в различных профессиональных и морально-ценностных ситуациях, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой и обществом;

- использовать современные информационные технологии в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- использовать программные продукты для контроля расходования материально-технических и финансовых ресурсов медицинской организации;

- разрабатывать организационно-распорядительные документы медицинской организации;

- осуществлять контроль за выполнением планов и программ, достижения целевых значений показателей деятельности медицинской организации;

- следовать нормам, принятым в научном общении при работе в российских и международных исследовательских коллективах с целью решения научных и научно-образовательных задач;

- осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных исследовательских коллективах, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой, коллегами и обществом;

- генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразностью внедрения в практическое здравоохранение;

- организовать учет и сбор информации о факторах риска и факторах здоровья, выявлять приоритеты и предлагать программы профилактики и укрепления здоровья для данной популяции и для данного учреждения, предложить программы совершенствования профилактики на всех ее уровнях, оценить эффективность предложенных программ укрепления здоровья и профилактики болезней;

- применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, применять стандарты для оценки и совершенствования качества медицинской помощи;

- определять виды нарушений трудоспособности, медицинские и

социальные критерии нетрудоспособности; устанавливать признаки временной и стойкой утраты трудоспособности; определять причины временной и стойкой нетрудоспособности, оформлять документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность граждан и направления на бюро МСЭ, анализировать ЗВУТ;

владеть:

- навыками учета психологических особенностей окружающих людей (коллеги, пациенты, родственники пациентов и т.д.);

- базовыми техниками межличностного и профессионального общения с коллегами и пациентами, методиками саморегуляции и профилактики эмоционального выгорания;

- приемами и технологиями целеполагания, целереализации и оценки результатов деятельности по решению профессиональных задач; способами выявления и оценки индивидуально-личностных, профессионально-значимых качеств и путями достижения более высокого уровня их развития;

- навыками реализации информационных технологий в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- навыками организации работы трудового коллектива, управления человеческими ресурсами, осуществления постановки целей и формулирования задачи, определения приоритетов деятельности;

- навыками соблюдения морально-этических норм и правил, врачебной этики и деонтологии, врачебной тайны;

- навыками анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих при работе по решению научных и научно-образовательных задач в российских или

международных исследовательских коллективах;

- технологиями оценки результатов коллективной деятельности по решению научных и научно-образовательных задач, в том числе ведущейся на иностранном языке;

- технологиями планирования деятельности в рамках работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач;

- различными типами коммуникаций при осуществлении работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач;

- навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов деятельности, экономической и медико-социальной эффективности;

- статистическим методом учета и сбора информации о факторах риска и факторах здоровья, оценки эффективности реализуемых программ укрепления здоровья и профилактики болезней;

- методикой оценки качества медицинской помощи с использованием стандартов, построения и оценки модели конечных результатов деятельности структурных подразделений, медицинских организаций и региональных систем здравоохранения;

- навыками работы с нормативными документами, регламентирующими медицинскую и медико-социальную экспертизу;

- навыками прогнозирования с использованием медицинского и социального критериев нетрудоспособности, приемами установления причин временной и стойкой нетрудоспособности, приемами оформления

листочков нетрудоспособности и направлений на бюро МСЭ, методологией принятия экспертных решений, методикой анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность.

Результаты учебной практики должны быть использованы в дальнейшем – при изучении следующих дисциплин: Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения, Оценка технологий здравоохранения, Системный анализ и управление в здравоохранении, а также при прохождении преддипломной практики.

7. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Этап практики	Виды работ на практике, включая самостоятельную работу студентов	Содержание в дидактических единицах
Подготовительный (организационный)	Инструктаж в вузе	Ознакомление с правилами техники безопасности, условиями прохождения практики, сроками, содержанием обязательных мероприятий, требованиями к оформлению отчета. Инструктаж по технике безопасности
Основной	Методология планирования и организации научно-практического исследования (формы, виды, методы и этапы)	Современные информационные технологии и методические подходы к сбору и анализу результатов научно-практического исследования
		Основные профессиональные информационные ресурсы и базы данных
		Правила оформления и представления результатов научно-практического исследования
Итоговый	Оформление отчета по практике (дневник практики)	Защита отчета по практике

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Учебно-методическим обеспечением самостоятельной работы магистрантов на производственной практике являются:

10. Нормативные документы, регламентирующие деятельность организации, в которой проходит учебная практика

11. Формы бухгалтерской, финансовой, статистической, внутренней отчетности, разрабатываемые в организации и инструкции по их заполнению

12. Методические разработки для магистров, определяющие порядок прохождения и содержание учебной практики.

Содержание производственной практики

10. Организационно-методическая деятельность медицинской организации

Задачи, содержания и методы организационно-методической работы медицинской организации. Организационно-методический отдел (кабинет). Нормативно-правовые документы по работе организационно-методического отдела. Содержание и объем работы ОМО. Должностные инструкции заведующего, врачей и другого персонала ОМО. Методика взаимодействия медицинских подразделений в многопрофильных лечебных организациях при решении организационно-методических задач. Организация, сбор и обработка медико-статистических сведений. Анализ показателей деятельности по данным отчетности медицинских организаций и отделений соответствующего профиля. Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи. Составление комплексного плана организационно-методической работы: аналитико-статистический, оперативный, тактический. Организация стратегического планирования: стратегия и тактика планирования. Методики планирования, разработка регламентов и внутрифирменных стандартов, планирование подразделений медицинской организации, увязка планов, мероприятий.

11. Организация делопроизводства и документооборота в медицинском учреждении

Нормативно-правовое обеспечение организационно-распорядительного документооборота. Применение Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных». Внутренний документооборот медицинского учреждения для упорядочения организационной структуры. Принципы составления, схемы движения. Организация работы с документами: требования и рекомендации. Проверка медицинского учреждения в части ведения документооборота. Ответственность учреждения, руководителя, работника. Работа с нормативными документами (приказами, распоряжениями, указами, решениями), работа с методической и нормативной литературой, работа с письмами, обращениями. Основы делопроизводства. Список дел. Единая система документации. Входящие и исходящие документы. Сроки исполнения.

12. Организация работы экономической и бухгалтерской служб в медицинской организации. Мониторинг финансовых и экономических показателей

Основы экономического анализа и планирования деятельности медицинской организации. Организация работы по планированию, рациональному использованию трудовых, материальных и финансовых ресурсов, выявление резервов и обеспечение эффективной деятельности по оказанию медицинской помощи.

Финансирование медицинской организации в условиях обязательного медицинского страхования. Финансовый анализ деятельности медицинских учреждений. Оценка эффективности деятельности МО в разрезе источников финансирования.

Предпринимательская деятельность медицинской организации, основные принципы ценообразования на медицинские услуги.

Нормирование и оплата труда в учреждениях здравоохранения. Переход на новые отраслевые нормы труда. Нормативная база, регулирующая трудовые отношения и реализация эффективного контракта в здравоохранении. Штатное расписание, оптимизация структуры медицинской организации. Оценка эффективности работы персонала.

Особенности закупок в здравоохранении. Организация и управление закупочной деятельностью в МО: обоснование, нормирование и планирование с учетом потребностей медицинских организаций. Контроль в сфере государственных и муниципальных закупок.

Нормативно-правовое регулирование бухгалтерского учета и отчетности. Особенности учетной политики и внутренние документы, регламентирующие работу бухгалтерии медицинской организации. Налогообложение медицинской организации.

Контроль за финансово-экономической деятельностью МО. Нецелевое использование средств.

9. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ (ПО ИТОГАМ ПРАКТИКИ)

В соответствии с ОС ДВФУ по направлению 32.04.01 - Общественное здравоохранение (магистратура), аттестация по итогам практики проводится на основании оформленного в соответствии с установленными требованиями письменного отчёта магистранта и отзыва руководителя практики от производства. По итогам аттестации выставляется зачет с оценкой.

Рекомендуется устраивать учебные семинары по итогам практик, на которых заслушивать наиболее интересные отчёты магистрантов.

Магистранты, не выполнившие программу практики по уважительным причинам, направляются на практику вторично, в свободное от учёбы время (по представлению Администратора ОП).

Магистранты, не выполнившие программу практики без уважительных причин или получившие неудовлетворительную оценку, отчисляются из ДВФУ за академическую неуспеваемость.

Оценка по практике проставляется в электронную экзаменационную ведомость и зачётную книжку руководителем практики. Руководитель практики составляет отчёт и передаёт его директору Департамента в срок не позднее двух недель после аттестации группы.

Критерии оценок при защите отчёта по учебной практике (зачет с оценкой):

«Отлично» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему с использованием компьютерных технологий, ответы на поставленные руководителем практики вопросы освещены в полном объёме, с достаточной степенью профессиональности и компетенции, содержание ответов свидетельствует об уверенных знаниях магистранта и о его умении решать профессиональные задачи.

«Хорошо» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему, но есть небольшие неточности, неаккуратность в исполнении, неполный ответ на один вопрос, заданный руководителем, но при этом содержание ответов свидетельствует о достаточных знаниях магистранта и умение решать профессиональные задачи.

«Удовлетворительно» - отчёт выполнен с нарушением требований, предъявляемых к оформлению, пропущены разделы в отчёте, неаккуратность в исполнении, плохая ориентация магистранта по отчёту, неполные ответы на два вопроса, содержание ответов свидетельствует о знаниях магистранта и о его ограниченном умении решать профессиональные задачи.

«Неудовлетворительно» - представленный отчёт по практике не соответствует требованиям, не раскрыта тема, магистрант не ориентируется в вопросах, задаваемых руководителем практики, не может ответить на вопросы, связанные с местом прохождения практики и выполнением им обязанностей.

Отчет по практике должен состоять из титульного листа, оглавления, основной части, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений (при наличии). В качестве приложений в отчет по

практике могут включаться копии документов (нормативных актов, отчетов и др.), изученных и использованных обучающимся в период прохождения практики.

Отчет по практике предоставляется на листах формата А4, верхнее и нижнее поля - 20 мм, правое - 15 мм, левое - 30 мм, выравнивание текста - по ширине, абзацный отступ - 1,25 см. Объем отчета (без учета отзыва руководителя практики от профильной организации и индивидуального задания) должен составлять не менее 15 страниц печатного текста. Текст готовится с использованием текстового редактора Microsoft Word (или его аналога) и сохраняется в виде файла в форматах .doc или docx с использованием 1,5 интервала и применением 14 размера шрифта Times New Roman.

По каждому виду производственной практики составляются отчет и заполняются дневники практики.

Форма титульного листа отчетов, дневников практики и отзыва руководителя практики от предприятия приведены в приложении.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Основная литература

33. 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>

34. 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>

35. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и

доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>

36. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433256.html>

37. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424148.html>

38. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч.2: учебник в 2 ч.: / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2013. – 351 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509081>

39. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова О. П. Щепина и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -624 с. <http://www.rosmedlib.ru/>

40. Сборник задач по общественному здоровью: учебно-методическое пособие / Н.Ю. Перепелкина [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. – 84 с. <http://www.iprbookshop.ru/21865.html>

Дополнительная литература

1. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 141 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730071&theme=FEFU>

2. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н. В. Трухачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -379 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730137&theme=FEFU>

3. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 594 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtIs/ChamoHome/visualizer/data_geotar/geotar.xml.part1816..xml&theme=FEFU

4. Экономика здравоохранения / Под. ред. Решетникова А.В. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд., 2010. – 272 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:350145&theme=FEFU>

11. Экспертиза вреда здоровью. Утрата общей и профессиональной трудоспособности: Научно-практическое пособие / Под ред. проф. В.А. Клевно, С.Н. Пузина – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 320 с. <http://z.NaNoium.com/catalog.php?bookiNofo=415405>

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

- 1.База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>
- 2.Интернет портал по здравоохранению <http://bio-x.ru/go.mail.ru/search?rf=e.mail.ru&fm=1&us=15&usln=3&usstr=здравоохранение&usqid=7d41348ea69338f3&hasnavig=1&sbmt=1509229987234&q=здравоохранение>
- 3.Сайт научные исследования <https://infopedia.su/4x3e87.html>;
<https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/663252>
- 4.Электронная библиотека СГАУ - <http://library.sgau.ru>
- 5.НЭБ - <http://elibrary.ru>
- 6.<http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
- 7.Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
- 8.<http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
- 9.<http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 10.<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.

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для реализации программы производственной практики используются помещения и оборудование (персональные компьютеры), библиотека ШБМ

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

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов выбор мест прохождения практики согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся и практика проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

<p>Компьютерный класс на 22 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями здоровья оснащены дисплеями и принтерами Брайля; оборудованы: портативными устройствами для чтения плоскочечатных текстов, сканирующими и читающими машинами 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>

Базы учебных и производственных практик:

- 25. Медицинский центр ДВФУ
- 26. ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
- 27. КГАУЗ Владивостокская клиническая больница № 2
- 28. КГБУЗ Владивостокская клиническая больница №4
- 29. ГБУЗ Приморский краевой перинатальный центр



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА
«АДМИНИСТРАТИВНО-УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»
Б2.В.06(П)

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение

(наименование направления подготовки)

магистерская программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки очная

Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор П.Ф.Кику
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Доцент кафедры ОЗиПМ к.м.н. В.Г.Морева
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Эксперты¹²:

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

¹² Целесообразно ФОС по практике представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

Паспорт ФОС по
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ
«АДМИНИСТРАТИВНО-УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»
Б2.В.06(П)

1 Шкала оценивания сформированности компетенций

Таблица 1 – Шкала оценивания сформированности компетенций

Планируемый результат обучения (код и формулировка планируемых результатов практики)	Этап формирования компетенции, реализуемый в рамках практики	Показатели оценивания	Критерии
ПК-4 Способность проводить анализ и оценку показателей деятельности медицинской организации, управление ресурсами медицинской организации, подготовку обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации и потребностями населения	2 (базовый)	Знает принципы организации и осуществления мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации	да/нет
		Умеет планировать мероприятия по обеспечению охраны здоровья населения внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовку обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации	да/нет
		Владеет навыками организации и осуществлению мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения, а также владеет методами анализа и оценки показателей деятельности медицинской организации, управления ресурсами медицинской организации, методами разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовкой обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации и потребностями населения	да/нет
ПК-5 способность производить оценку эффективности деятельности	2 (базовый)	Знает принципы целеполагания, виды и методы организационного планирования и фундаментальные концепции финансового менеджмента, а также метод	да/нет

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		процессного подхода к управлению медицинской организации	
		Умеет разрабатывать корпоративные, конкурентные и функциональные стратегии развития организации, разрабатывать инвестиционные проекты и проводить их проверку	да/нет
		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	да/нет

Результат обучения считается достигнутым, если уровень сформированности компетенций составляет более 60%.

Шкала оценивания:

менее 60% – «неудовлетворительно».

60% – 79% положительно оцененных показателей – «удовлетворительно»,

80% – 89% – «хорошо»,

90% – 100% – «отлично»,

Итоговая отметка может быть выведена как среднее арифметическое значение отметок по всем оцениваемым компетенциям (элементам компетенций).

Шкала оценивания и критерии оценки результатов защиты отчета по практике

При выставлении оценки «отлично» при защите отчета по практике студент должен демонстрировать высокий уровень, оценки «хорошо» - продвинутый уровень, а оценки «удовлетворительно» - пороговый.

Основные объекты оценивания результатов прохождения практики:

- деловая активность студента в процессе практики;
- производственная дисциплина студента;

- качество выполнения индивидуального задания;
- оформление дневника практики;
- качество выполнения и оформления отчета по практике;
- уровень ответов при сдаче зачета (защите отчета);
- характеристика и оценка работы студента руководителем практики с места прохождения практики

При выставлении оценки принимаются во внимание следующие показатели:

- глубина раскрытия выбранной темы исследования;
- научная новизна и самостоятельность проведенного исследования;
- соответствие уровня подготовленных магистрантом учебно-методических материалов по теме учебного занятия предъявляемым требованиям;
- оценка методического уровня подготовки, организации и проведения учебного занятия;
- соответствие отчетных документов по практике основным требованиям;
- характеристика с места прохождения практики;
- участие в итоговой конференции;
- мнение научного руководителя.

Критерии выставления оценки студенту на зачете по практике

Оценка	Требования к сформированным компетенциям
<i>«отлично»</i>	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, умеет приводить примеры, ответил на все вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью, глубиной и полнотой раскрытия темы
<i>«хорошо»</i>	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, хорошо справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответил на основные вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью и полнотой раскрытия темы, однако допускается одна - две неточности в ответе.

«удовлетворительно»	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он выполнил основную часть программы практики, но с трудом умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, в целом справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответы на вопросы во время защиты практики отличаются недостаточной глубиной и полнотой
«неудовлетворительно»	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не выполнил программу практики, не умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, не справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не ответил на основные вопросы во время защиты практики

Студент, не выполнивший программу практики по уважительной причине, направляется на практику повторно в свободное от аудиторных занятий время. Студент, не выполнивший программу практики без уважительной причины или получивший неудовлетворительную оценку, считается имеющим академическую задолженность. Ликвидация этой задолженности проводится в соответствии с нормативными документами ДВФУ.

Типовые задания для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

За время практики студенту необходимо выполнить индивидуальное задание по изучению отдельных направлений работы или видов деятельности организации, решению конкретных задач в интересах базы практики и ДВФУ.

Примерные индивидуальные задания на практику

- провести анализ состояния и динамики показателей качества оказания медицинской помощи населению с использованием необходимых методов и средств исследований;

- предложить способы создания моделей, позволяющих прогнозировать улучшение показателей качества оказываемой медицинской помощи;

- разработать план, программу и методику проведения исследований процессов управления по улучшению качества медицинской помощи в конкретной медицинской организации;
- провести анализ, синтез и оптимизацию процессов обеспечения качества оказываемых медицинских услуг в медицинской организации;
- провести комплексную оценку эффективности оказываемых медицинских услуг населению;
- разработать систему организации контроля за оказанием медицинских услуг;
- составить практические рекомендации по использованию результатов исследований и разработок.

Вопросы для защиты отчета по практике:

- Охарактеризуйте положение медицинской организации на рынке и перспективы его функционирования;
- Охарактеризуйте систему управления медицинской организации и его организационную структуру;
- Какие новейшие техника, технологии и оборудование, используется в медицинской организации для оказания качественной медицинской помощи;
- Рассмотрите организацию системы управления лечебным и диагностическим процессом, организацию управленческого и финансового учета и контроля, систему отчетной документации;
- Назовите основные виды оказания медицинской помощи, преимущества и недостатки в зависимости от наличия современного технологического оборудования;
- Назовите характеристики потребительских свойств медицинских услуг, влияние их уровня на эффективность работы предприятия;
- Что составляет основу функционирования и структуру медицинской организации;
- Назовите основные направления деятельности по обеспечению безопасности и организации качественной медицинской помощи населению;

- Каким образом осуществляется учет и анализ медицинской деятельности в системе здравоохранения;

□□Какие методы расчета потерь в медицинской организации (экономических, экологических, аварийных, социальных) Вам известны?

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Для получения положительной оценки по результатам практики студент должен полностью выполнить программу практики, своевременно оформить и представить в Департамент все необходимые отчетные документы.

Результаты проделанной работы должны получить отражение в отчёте о практике. Отчет проверяется и подписывается руководителем практики от предприятия, затем представляется руководителю практики от вуза на последней неделе практики в установленный срок. В случае, если местом прохождения практики является Департамент ДВФУ, отчет оформляется студентом и сдается руководителю практики от вуза.

Итоговая оценка за практику выставляется на основании всех представленных документов, посредством которых выявляется регулярность посещения места практики, тщательность составления отчета, инициативность студента, проявленная в процессе практики и способность к самостоятельной профессиональной деятельности.

Результаты прохождения практики оцениваются по следующим критериям:

- уровню освоения компетенций;
- отзыву руководителя практики от организации;
- практическим результатам проведенных работ и их значимости;
- качеству ответов студента на вопросы по существу отчета.

По результатам проведения практики и защиты отчетов студентов, преподавателем – руководителем практики составляется сводный отчет.

Зачет по практике приравнивается к оценкам по теоретическому обучению и учитывается при подведении итогов общей успеваемости

студентов. Оценка, полученная студентами на зачете, учитывается при назначении стипендии.

Студенты, не выполнившие программу без уважительной причины или получившие отрицательную оценку, могут быть отчислены из высшего учебного заведения как имеющие академическую задолженность в порядке, предусмотренном уставом вуза.

Оформление отчёта по практике

Отчет по производственной практике составляется в соответствии с основным этапом программы практики и отражает выполнение индивидуального задания. Объем отчета должен составлять 15-25 страниц машинописного текста (без учета приложений). Отчет оформляется на бумаге формата А4 (210x297 мм) и брошюруется в единый блок. Текст отчета излагается на одной стороне листа, шрифтом Times New Roman, 14 размером, через 1,5 интервала. Каждая страница работы оформляется со следующими полями: левое - 30 мм; правое - 10 мм; верхнее - 20 мм; нижнее - 20 мм. Абзацный отступ в тексте - 1,5 см. Все страницы работы должны иметь сквозную нумерацию, включая приложения. Нумерация производится арабскими цифрами, при этом порядковый номер страницы ставится в нижнем правом углу, начиная с оглавления после титульного листа. Все структурные элементы отчета о практике брошюруются (сшиваются).

Отчет должен быть иллюстрирован таблицами, графиками, схемами, заполненными бланками, рисунками. Страницы отчета нумеруют арабскими цифрами, с соблюдением сквозной нумерации по всему тексту. Номер проставляется в центре нижней части листа (выравнивание от центра) без точки в конце номера. Схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объем работы. Если они не могут быть приведены в варианте компьютерной графики, их следует выполнять черными чернилами или тушью. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не

проставляется. Цифровой материал должен оформляться в виде таблиц. Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице. На все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами порядковой нумерацией в пределах всего текста отчета. Номер следует размещать над таблицей слева без абзацного отступа после слова «Таблица». Каждая таблица должна иметь заголовок, который помещается в одну строку с её номером через тире. Рисунки (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице.

Содержание разделов отчёта

Титульный лист (приложение 1)

Содержание

Введение

Основная часть

- Общая характеристика базы практики
- Описание рабочего места и функциональных обязанностей
- Индивидуальное задание для прохождения практики (приложение 2)

Заключение о результатах практики

Список использованных источников и литературы

Приложения.

Рекомендации по содержанию отчета

Во введении необходимо описать цели и задачи практики, дать краткую характеристику места практики (организации), сформулировать миссию организации.

Основная часть должна содержать описание истории создания места практики, организационной структуры предприятия, конкурентной среды организации, сферы деятельности объекта практики.

Далее описываются этапы выполнения работ в соответствии с индивидуальным заданием, приводятся предложения по совершенствованию и организации работы медицинской организации.

Заключение отражает достигнутые результаты, анализ возникших проблем и варианты их устранения, собственную оценку уровня своей профессиональной подготовки по итогам практики. Отчет должен отражать мнение студента к изученным в ходе теоретической подготовки вопросам, их соответствия реальной деятельности, а также какие специальные навыки и знания студент приобрел в ходе практики.

К отчету о прохождении практики прилагаются:

- отзыв руководителя практики от принимающей стороны: характеристика отношения практиканта к работе, дисциплинированность, наличие необходимых навыков работы, проявленных деловых и моральных качеств, общая оценка всей работы практиканта за период практики, в произвольной форме (в случае если местом прохождения практики является ДВФУ, отзыв руководителя практики не оформляется);

- дневник практики, заверенный руководителем практики от принимающей стороны, включающий перечень и краткое описание ежедневных видов работ, выполненных студентом во время практики в соответствии с календарным планом прохождения практики (приложение 3).



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

ОТЧЕТ

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА

«АДМИНИСТРАТИВНО-УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

по основной образовательной программе подготовки магистров

по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»

Автор работы студент группы М 7107

Фамилия Имя Отчество _____

подпись

« ____ » _____ 20__ г.

Руководитель практики от ШБМ ДВФУ

доцент, к.м.н. В.Г. Морева

Отчет защищен с оценкой _____

доцент, к.м.н. В.Г. Морева

« ____ » _____ 20__ г.

г. Владивосток

20__ г.

**Индивидуальное задание по производственной практике
«АДМИНИСТРАТИВНО-УПРАВЛЕНЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»**

Студенту группы М _____

Место прохождения практики _____

Сроки прохождения практики с _____ по _____ 20__ года

Виды работ и требования по их выполнению _____

Руководитель практики от ДВФУ

должность

подпись

ФИО

« ___ » _____ 20__ г.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

Фамилия Имя Отчество

Группа _____

Дневник

прохождения производственной практики

«Административно-управленческая практика»

(производственная, рассредоточенная с «__»____20__ г. по с «__»____20__ г.) (4 недели)

**по основной образовательной программе подготовки магистров
по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»**

Место практики –

Время практики:

начало «__»____20__ г.

окончание «__»____20__ г.

Руководитель практики от
предприятия _____

г. Владивосток

20__

Рекомендации по ведению дневника практики

Студент проходит практику в соответствии с утвержденным календарным графиком учебного процесса.

Каждый студент в период практики обязан вести дневник о прохождении практики.

Заполнение дневника производится регулярно и аккуратно. В дневнике отражается фактическая работа студента и мероприятия, в которых он принимает участие. Дневник периодически просматривается руководителем практики. Подробное описание всех выполненных работ приводится в отчете по практике.

По окончании практики дневник заверяется руководителем практики.



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 ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ
«ПРОЕКТНАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.07(П)**

**Направление подготовки 32.04.01 - Общественное
здравоохранение (уровень магистратуры)**
Профиль подготовки Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника магистр

г. Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор
(занимаемая должность)

П.Ф.Кику
(инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н.
(занимаемая должность)

В.Г.Морева
(инициалы, фамилия)

Эксперты¹³:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

**Программа практики обсуждена на заседании Департамента ОЗиПМ,
протокол № 8 от 06 июня 2019г.**

¹³Целесообразно программу практики представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

1. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Программа практики разработана в соответствии с:

- требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.

- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.04.2017 N 301 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры";

- приказом Минобрнауки РФ от 29.06.2015 № 636 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры";

- приказом Минобрнауки РФ от 09.11.2015 г. № 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;

– Положением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850;

– Положением о практике обучающихся, осваивающих образовательные программы высшего образования – программы бакалавриата, программы специалитета и программы магистратуры в школах ДВФУ, утвержденного приказом от 14 мая 2018г. № 12-13-870.

2. ЦЕЛИ ПРОЕКТНОЙ ПРАКТИКИ

Целью проектной практики по направлению 32.04.01 Общественное здравоохранение (уровень магистратуры) является закрепление и расширение профессиональных знаний, полученных в процессе обучения, а также приобретение опыта и практических навыков коллективной и самостоятельной профессиональной деятельности в научном, научно-образовательном или научно-практическом учреждении (организации), реализующем научно-исследовательские проекты по проблемам общественного здравоохранения. в области общественного здравоохранения.

3. ЗАДАЧИ ПРОЕКТНОЙ ПРАКТИКИ

1. Ознакомиться с организацией работы и видами деятельности научного, научно-образовательного или научно-практического учреждения (организации), реализующего исследовательские проекты по научным проблемам общественного здравоохранения, являющегося базой прохождения практики (специализированный НИИ, профильная кафедра медицинского ВУЗа или практическое учреждение здравоохранения, проводящее исследования по вопросам общественного здравоохранения);

2. Участвовать в качестве ассистента (помощника основного исследователя, руководителя проекта) в научно-исследовательском или научно-практическом проекте по проблематике общественного здравоохранения, реализуемого научной, научно-образовательной или научно-практической организацией;

3. Освоить навыки сбора, обработки, систематизации, анализа исследовательского материала по проблематике общественного здравоохранения с использованием современных информационных технологий и специализированного программного обеспечения;

4. Освоить навыки оформления и представления результатов исследований в сфере общественного здравоохранения в виде презентаций, постеров, научных статей и пресс-релизов;

5. Участвовать в организации и проведении научных семинаров и конференций по проблематике общественного здравоохранения;

В качестве дополнительной (необязательной) задачи практики может выступать сбор исследовательского материала для выполнения выпускной квалификационной работы (магистерской диссертации) под контролем непосредственного руководителя практики.

4. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПРОЕКТНОЙ ПРАКТИКЕ

Общие сведения о практике представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вид практики	<i>Производственная</i>
Тип практики	<i>Проектная практика Б.2.В.07(П)</i>
Способ проведения	<i>Стационарная</i>
Форма (формы) проведения	<i>Дискретно, рассредоточенная</i>
Объем практики в зачетных единицах	<i>6 з.е.</i>
Продолжительность практики	<i>4 недели, 216 ак. час.</i>
Курс, семестр	<i>2 курс; 4 семестр</i>
Базы практики	<i>Медицинский центр ДВФУ, в медицинских организациях по месту работы магистрантов с заключением договоров</i>

18. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОЕКТНОЙ ПРАКТИКИ

В таблице 2 представлены планируемые результаты проектной практики

Таблица 2

Вид профессиональной деятельности	Планируемые результаты практики (код, формулировка компетенций или элементов компетенций)
<i>Научно-производственная и проектная</i>	<i>ПК-3 - способность организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации; ПК-6 - способность разрабатывать планы и программы, формировать систему показателей деятельности медицинской организации, оценивать эффективность деятельности медицинской организации, вырабатывать варианты управленческих решений и оценивать риски, связанные с их реализацией</i>

19. МЕСТО ПРОЕКТНОЙ ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Проектная практика является составной частью раздела «Практики» основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение (уровень магистратура). Магистранты проходят производственную практику на 2-м годах обучения в 4-м семестре.

Производственная практика базируется на следующих дисциплинах: Методология научных исследований в здравоохранении, Биостатистика и анализ медицинской информации, Информационные технологии в здравоохранении.

Для освоения программы производственной практики, студенты должны **знать:**

- основы психологии деловых отношений;
- особенности этики и принципы поведения окружающих людей (коллеги, пациенты, родственники пациентов и т.д.);
- содержание процесса целеполагания профессионального и личностного развития, его особенности и способы реализации при решении профессиональных задач, исходя из этапов карьерного роста и требований рынка труда;
- современные информационные технологии для получения данных для практического здравоохранения и научных данных;
- современные информационные методы и методики, направленные на сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья населения;
- современные информационно-телекоммуникационные технологии;
- современные методы и методики организации работы коллектива, работы в команде, управления человеческими ресурсами организации;

- теории управления и организации труда, включая основы проектного и программно-целевого управления;
- теоретические основы управления персоналом, включая основы нормирования труда, оценки и мотивации персонала, организации оплаты и охраны труда;
- основы трудового, гражданского законодательства Российской Федерации, требования охраны труда;
- морально-этические нормы и правила, вопросы врачебной этики и деонтологии, врачебной тайны;
- особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных исследовательских коллективах;
- алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практическое здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;
- основные понятия, определения концепции укрепления здоровья и профилактики заболеваний, уровни профилактики и их содержание, обязательный и рекомендуемый набор скрининговых программ для различных групп населения, а также примеры программ профилактики и укрепления здоровья в России и за рубежом, организацию специальных разделов профилактики;
- методы экспертизы и оценки качества медицинской помощи, методы и модели управления качеством медицинской помощи, основные направления использования стандартов и порядков оказания медицинской помощи, цели и задачи лицензирования медицинской деятельности, основные положения концепции непрерывного повышения качества

медицинской помощи;

- понятия и нормативно-правовую базу медико-социальной экспертизы и экспертизы временной нетрудоспособности, методы её проведения, понятие трудоспособности, виды ее нарушения; медицинские и социальные критерии нетрудоспособности;

- уровни проведения экспертизы и их компетенции, состав и функции врачебной комиссии (ВК); причины временной нетрудоспособности (ВН) и инвалидности, основные документы, удостоверяющие ВН и общие правила их выдачи и заполнения;

- показания и порядок направления на медико-социальную экспертизу (МСЭ); структуру и задачи органов МСЭ;

- критерии установления инвалидности; понятие заболеваемости с временной утратой трудоспособности;

Уметь:

- учитывать психологические особенности окружающих людей в рамках своей профессиональной компетенции;

- формулировать цели личностного и профессионального развития и условия их достижения, исходя из тенденций развития области профессиональной деятельности, этапов профессионального роста, индивидуально-личностных особенностей;

- осуществлять личностный выбор в различных профессиональных и морально-ценностных ситуациях, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой и обществом;

- использовать современные информационные технологии в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования,

оценки эффективности и др.;

- использовать программные продукты для контроля расходования материально-технических и финансовых ресурсов медицинской организации;

- разрабатывать организационно-распорядительные документы медицинской организации;

- осуществлять контроль за выполнением планов и программ, достижения целевых значений показателей деятельности медицинской организации;

- следовать нормам, принятым в научном общении при работе в российских и международных исследовательских коллективах с целью решения научных и научно-образовательных задач;

- осуществлять личностный выбор в процессе работы в российских и международных исследовательских коллективах, оценивать последствия принятого решения и нести за него ответственность перед собой, коллегами и обществом;

- генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразностью внедрения в практическое здравоохранение;

- организовать учет и сбор информации о факторах риска и факторах здоровья, выявлять приоритеты и предлагать программы профилактики и укрепления здоровья для данной популяции и для данного учреждения, предложить программы совершенствования профилактики на всех ее уровнях, оценить эффективность предложенных программ укрепления здоровья и профилактики болезней;

- применять основные теоретические положения, методические

подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи для выбора адекватных управленческих решений, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, применять стандарты для оценки и совершенствования качества медицинской помощи;

- определять виды нарушений трудоспособности, медицинские и социальные критерии нетрудоспособности; устанавливать признаки временной и стойкой утраты трудоспособности; определять причины временной и стойкой нетрудоспособности, оформлять документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность граждан и направления на бюро МСЭ, анализировать ЗВУТ;

Владеть:

- навыками учета психологических особенностей окружающих людей (коллеги, пациенты, родственники пациентов и т.д.);

- базовыми техниками межличностного и профессионального общения с коллегами и пациентами, методиками саморегуляции и профилактики эмоционального выгорания;

- приемами и технологиями целеполагания, целереализации и оценки результатов деятельности по решению профессиональных задач; способами выявления и оценки индивидуально-личностных, профессионально-значимых качеств и путями достижения более высокого уровня их развития;

- навыками реализации информационных технологий в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- навыками организации работы трудового коллектива, управления человеческими ресурсами, осуществления постановки целей и формулирования задачи, определения приоритетов деятельности;
- навыками соблюдения морально-этических норм и правил, врачебной этики и деонтологии, врачебной тайны;
- навыками анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих при работе по решению научных и научно-образовательных задач в российских или международных исследовательских коллективах;
- технологиями оценки результатов коллективной деятельности по решению научных и научно-образовательных задач, в том числе ведущейся на иностранном языке;
- технологиями планирования деятельности в рамках работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач;
- различными типами коммуникаций при осуществлении работы в российских и международных коллективах по решению научных и научно-образовательных задач;
- навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов деятельности, экономической и медико-социальной эффективности;
- статистическим методом учета и сбора информации о факторах риска и факторах здоровья, оценки эффективности реализуемых программ укрепления здоровья и профилактики болезней;

- методикой оценки качества медицинской помощи с использованием стандартов, построения и оценки модели конечных результатов деятельности структурных подразделений, медицинских организаций и региональных систем здравоохранения;

- навыками работы с нормативными документами, регламентирующими медицинскую и медико-социальную экспертизу;

- навыками прогнозирования с использованием медицинского и социального критериев нетрудоспособности, приемами установления причин временной и стойкой нетрудоспособности, приемами оформления листков нетрудоспособности и направлений на бюро МСЭ, методологией принятия экспертных решений, методикой анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности и первичного выхода на инвалидность.

Результаты учебной практики должны быть использованы в дальнейшем – при изучении следующих дисциплин: Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения, Оценка технологий здравоохранения, Системный анализ и управление в здравоохранении, а также при прохождении преддипломной практики.

7. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРОЕКТНОЙ ПРАКТИКИ

Этап практики	Виды работ на практике, включая самостоятельную работу студентов	Содержание в дидактических единицах
Подготовительный (организационный)	Инструктаж в вузе	Ознакомление с правилами техники безопасности, условиями прохождения практики, сроками, содержанием обязательных мероприятий, требованиями к оформлению отчета. Инструктаж по технике безопасности

Основной	Методология планирования и организации научно-практического исследования (формы, виды, методы и этапы)	Современные информационные технологии и методические подходы к сбору и анализу результатов научно-практического исследования
		Основные профессиональные информационные ресурсы и базы данных
		Правила оформления и представления результатов научно-практического исследования
Итоговый	Оформление отчета по практике (дневник практики)	Защита отчета по практике

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

Учебно-методическим обеспечением самостоятельной работы магистрантов на производственной практике являются:

13. Нормативные документы, регламентирующие деятельность организации, в которой проходит учебная практика
14. Формы бухгалтерской, финансовой, статистической, внутренней отчетности, разрабатываемые в организации и инструкции по их заполнению
15. Методические разработки для магистров, определяющие порядок прохождения и содержание учебной практики.

Содержание производственной практики

13. Организационно-методическая деятельность медицинской организации

Задачи, содержания и методы организационно-методической работы медицинской организации. Организационно-методический отдел (кабинет). Нормативно-правовые документы по работе организационно-методического отдела. Содержание и объем работы ОМО. Должностные инструкции заведующего, врачей и другого персонала ОМО. Методика взаимодействия

медицинских подразделений в многопрофильных лечебных организациях при решении организационно-методических задач. Организация, сбор и обработка медико-статистических сведений. Анализ показателей деятельности по данным отчетности медицинских организаций и отделений соответствующего профиля. Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи. Составление комплексного плана организационно-методической работы: аналитико-статистический, оперативный, тактический. Организация стратегического планирования: стратегия и тактика планирования. Методики планирования, разработка регламентов и внутрифирменных стандартов, планирование подразделений медицинской организации, увязка планов, мероприятий.

14. Организация делопроизводства и документооборота в медицинском учреждении

Нормативно-правовое обеспечение организационно-распорядительного документооборота. Применение Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных». Внутренний документооборот медицинского учреждения для упорядочения организационной структуры. Принципы составления, схемы движения. Организация работы с документами: требования и рекомендации. Проверка медицинского учреждения в части ведения документооборота. Ответственность учреждения, руководителя, работника. Работа с нормативными документами (приказами, распоряжениями, указами, решениями), работа с методической и нормативной литературой, работа с письмами, обращениями. Основы делопроизводства. Список дел. Единая система документации. Входящие и исходящие документы. Сроки исполнения.

15. Организация работы экономической и бухгалтерской служб в медицинской организации. Мониторинг финансовых и экономических показателей

Основы экономического анализа и планирования деятельности медицинской организации. Организация работы по планированию, рациональному использованию трудовых, материальных и финансовых ресурсов, выявление резервов и обеспечение эффективной деятельности по оказанию медицинской помощи.

Финансирование медицинской организации в условиях обязательного медицинского страхования. Финансовый анализ деятельности медицинских учреждений. Оценка эффективности деятельности МО в разрезе источников финансирования.

Предпринимательская деятельность медицинской организации, основные принципы ценообразования на медицинские услуги.

Нормирование и оплата труда в учреждениях здравоохранения. Переход на новые отраслевые нормы труда. Нормативная база, регулирующая трудовые отношения и реализация эффективного контракта в здравоохранении. Штатное расписание, оптимизация структуры медицинской организации. Оценка эффективности работы персонала.

Особенности закупок в здравоохранении. Организация и управление закупочной деятельностью в МО: обоснование, нормирование и планирование с учетом потребностей медицинских организаций. Контроль в сфере государственных и муниципальных закупок.

Нормативно-правовое регулирование бухгалтерского учета и отчетности. Особенности учетной политики и внутренние документы, регламентирующие работу бухгалтерии медицинской организации. Налогообложение медицинской организации.

Контроль за финансово-экономической деятельностью МО. Нецелевое использование средств.

9. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ (ПО ИТОГАМ ПРАКТИКИ)

В соответствии с ОС ДВФУ по направлению 32.04.01 - Общественное здравоохранение (магистратура), аттестация по итогам практики проводится на основании оформленного в соответствии с установленными требованиями письменного отчёта магистранта и отзыва руководителя практики от производства. По итогам аттестации выставляется зачет с оценкой.

Рекомендуется устраивать учебные семинары по итогам практик, на которых заслушивать наиболее интересные отчёты магистрантов.

Магистранты, не выполнившие программу практики по уважительным причинам, направляются на практику вторично, в свободное от учёбы время (по представлению Администратора ОП).

Магистранты, не выполнившие программу практики без уважительных причин или получившие неудовлетворительную оценку, отчисляются из ДВФУ за академическую неуспеваемость.

Оценка по практике проставляется в электронную экзаменационную ведомость и зачётную книжку руководителем практики. Руководитель практики составляет отчёт и передаёт его директору Департамента в срок не позднее двух недель после аттестации группы.

Критерии оценок при защите отчёта по учебной практике (зачет с оценкой):

«Отлично» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему с использованием компьютерных технологий, ответы на поставленные руководителем практики вопросы освещены в полном объёме, с достаточной степенью профессиональности и компетенции, содержание ответов свидетельствует об уверенных знаниях магистранта и о его умении решать профессиональные задачи.

«Хорошо» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему, но есть небольшие неточности, неаккуратность в исполнении, неполный ответ на один вопрос, заданный руководителем, но

при этом содержание ответов свидетельствует о достаточных знаниях магистранта и умение решать профессиональные задачи.

«Удовлетворительно» - отчёт выполнен с нарушением требований, предъявляемых к оформлению, пропущены разделы в отчёте, неаккуратность в исполнении, плохая ориентация магистранта по отчёту, неполные ответы на два вопроса, содержание ответов свидетельствует о знаниях магистранта и о его ограниченном умении решать профессиональные задачи.

«Неудовлетворительно» - представленный отчёт по практике не соответствует требованиям, не раскрыта тема, магистрант не ориентируется в вопросах, задаваемых руководителем практики, не может ответить на вопросы, связанные с местом прохождения практики и выполнением им обязанностей.

Отчет по практике должен состоять из титульного листа, оглавления, основной части, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений (при наличии). В качестве приложений в отчет по практике могут включаться копии документов (нормативных актов, отчетов и др.), изученных и использованных обучающимся в период прохождения практики.

Отчет по практике предоставляется на листах формата А4, верхнее и нижнее поля - 20 мм, правое - 15 мм, левое - 30 мм, выравнивание текста - по ширине, абзацный отступ - 1,25 см. Объем отчета (без учета отзыва руководителя практики от профильной организации и индивидуального задания) должен составлять не менее 15 страниц печатного текста. Текст готовится с использованием текстового редактора Microsoft Word (или его аналога) и сохраняется в виде файла в форматах .doc или docx с использованием 1,5 интервала и применением 14 размера шрифта Times New Roman.

По каждому виду производственной практики составляются отчет и заполняются дневники практики.

Форма титульного листа отчётов, дневников практики и отзыва руководителя практики от предприятия приведены в приложении.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Основная литература

41. 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>
42. 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.htm>
43. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>
44. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433256.html>
45. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. -
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424148.html>
46. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч.2: учебник в 2 ч.: / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2013. – 351 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509081>
47. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство /

под ред. В. И. Стародубова О. П. Щепина и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 624 с. <http://www.rosmedlib.ru/>

48. Сборник задач по общественному здоровью: учебно-методическое пособие / Н.Ю. Перепелкина [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. – 84 с. <http://www.iprbookshop.ru/21865.html>

Дополнительная литература

1. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 141 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730071&theme=FEFU>

2. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н. В. Трухачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -379 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730137&theme=FEFU>

3. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 594 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtls/ChamoHome/visualizer/data_geotar/geotar.xml.part1816..xml&theme=FEFU

4. Экономика здравоохранения / Под. ред. Решетникова А.В. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд., 2010. – 272 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:350145&theme=FEFU>

11. Экспертиза вреда здоровью. Утрата общей и профессиональной трудоспособности: Научно-практическое пособие / Под ред. проф. В.А. Клевно, С.Н. Пузина – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 320 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookId=415405>

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

- 1.База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>
- 2.Интернет портал по здравоохранению <http://bio-x.ru/go.mail.ru/search?rf=e.mail.ru&fm=1&us=15&usln=3&usstr=здравоохранение&usqid=7d41348ea69338f3&hasnavig=1&sbmt=1509229987234&q=здравоохранение>
- 3.Сайт научные исследования <https://infopedia.su/4x3e87.html>;
<https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/663252>
- 4.Электронная библиотека СГАУ - <http://library.sgau.ru>
- 5.НЭБ - <http://elibrary.ru>
- 6.<http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
- 7.Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
- 8.<http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
- 9.<http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 10.<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.

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для реализации программы производственной практики используются помещения и оборудование (персональные компьютеры), библиотека ШБМ

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

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов выбор мест прохождения практики согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся и практика проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

<p>Компьютерный класс на 22 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями здоровья оснащены дисплеями и принтерами Брайля; оборудованы: портативными устройствами для чтения плоскопечатных 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>

Базы учебных и производственных практик:

30. Медицинский центр ДВФУ

31. ГБУЗ Краевая клиническая больница №2

32. КГАУЗ Владивостокская клиническая больница № 2

33. КГБУЗ Владивостокская клиническая больница №4

34. ГБУЗ Приморский краевой перинатальный центр



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

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

ШКОЛА БИМЕДИЦИНЫ

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине**

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПРОЕКТНАЯ
ПРАКТИКА» Б2.В.07(П)**

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение

(наименование направления подготовки)

магистерская программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки очная

**Владивосток
2019**

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор П.Ф.Кику
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Доцент кафедры ОЗиПМ к.м.н. В.Г.Морева
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Эксперты¹⁴:

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность) _____ (инициалы, фамилия)

¹⁴ Целесообразно ФОС по практике представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

**Паспорт ФОС по
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ «ПРОЕКТНАЯ
ПРАКТИКА» Б2.В.07(П)**

1 Шкала оценивания сформированности компетенций

Таблица 1 – Шкала оценивания сформированности компетенций

Планируемый результат обучения (код и формулировка планируемых результатов практики)	Этап формирования компетенции, реализуемый в рамках практики	Показатели оценивания	Критерии
ПК-3 способность организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации	2 (базовый)	Знает основы планирования, организации и осуществление деятельности структурного подразделения медицинской организации	да/нет
		Умеет проводить анализ и оценку показателей деятельности структурного подразделения медицинской организации	да/нет
		Владеет навыками подготовки обоснования объемов медицинской помощи и показателей деятельности в соответствии с необходимыми ресурсами в структурном подразделении медицинской организации	да/нет
ПК-6 способность разрабатывать планы и программы, формировать систему показателей деятельности медицинской организации, оценивать эффективность деятельности медицинской организации, вырабатывать варианты управленческих решений и оценивать риски, связанные с их реализацией	2 (базовый)	Знает основные методы разработки планов и программ работы медицинской организации, формирование системы показателей деятельности медицинской организации	да/нет
		Умеет поставить и выбрать цель работы медицинской организации, сформулировать задачи, формировать систему показателей деятельности медицинской организации, оценивать эффективность деятельности медицинской организации	да/нет
		Владеет методами сбора, обработки, анализа информации, знаниями о научных направлениях в здравоохранении, способах управления ими, выработкой вариантов управленческих решений и оценкой рисков, связанные с их реализацией	да/нет

Результат обучения считается достигнутым, если уровень сформированности компетенций составляет более 60%.

Шкала оценивания:

менее 60% – «неудовлетворительно».

60% – 79% положительно оцененных показателей – «удовлетворительно»,

80% – 89% – «хорошо»,

90% – 100% – «отлично»,

Итоговая отметка может быть выведена как среднее арифметическое значение отметок по всем оцениваемым компетенциям (элементам компетенций).

Шкала оценивания и критерии оценки результатов защиты отчета по практике

При выставлении оценки «отлично» при защите отчета по практике студент должен демонстрировать высокий уровень, оценки «хорошо» - продвинутый уровень, а оценки «удовлетворительно» - пороговый.

Основные объекты оценивания результатов прохождения практики:

- деловая активность студента в процессе практики;
- производственная дисциплина студента;
- качество выполнения индивидуального задания;
- оформление дневника практики;
- качество выполнения и оформления отчета по практике;
- уровень ответов при сдаче зачета (защите отчета);
- характеристика и оценка работы студента руководителем практики с места прохождения практики

При выставлении оценки принимаются во внимание следующие показатели:

- глубина раскрытия выбранной темы исследования;
- научная новизна и самостоятельность проведенного исследования;

- соответствие уровня подготовленных магистрантом учебно-методических материалов по теме учебного занятия предъявляемым требованиям;
- оценка методического уровня подготовки, организации и проведения учебного занятия;
- соответствие отчетных документов по практике основным требованиям;
- характеристика с места прохождения практики;
- участие в итоговой конференции;
- мнение научного руководителя.

Критерии выставления оценки студенту на зачете по практике

Оценка	Требования к сформированным компетенциям
<i>«отлично»</i>	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, умеет приводить примеры, ответил на все вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью, глубиной и полнотой раскрытия темы
<i>«хорошо»</i>	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, хорошо справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответил на основные вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью и полнотой раскрытия темы, однако допускается одна - две неточности в ответе.
<i>«удовлетворительно»</i>	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он выполнил основную часть программы практики, но с трудом умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, в целом справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответы на вопросы во время защиты практики отличаются недостаточной глубиной и полнотой
<i>«неудовлетворительно»</i>	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не выполнил программу практики, не умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, не справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не ответил на основные вопросы во время защиты практики

Студент, не выполнивший программу практики по уважительной причине, направляется на практику повторно в свободное от аудиторных занятий время. Студент, не выполнивший программу практики без уважительной причины или получивший неудовлетворительную оценку, считается имеющим академическую задолженность. Ликвидация этой задолженности проводится в соответствии с нормативными документами ДВФУ.

Типовые задания для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

За время практики студенту необходимо выполнить индивидуальное задание по изучению отдельных направлений работы или видов деятельности организации, решению конкретных задач в интересах базы практики и ДВФУ.

Примерные индивидуальные задания на практику

- подготовка материалов по теме научно-исследовательской работы для выступления на конференциях, круглых столах;
- выработка навыка составления тематических списков литературы, каталогов, картотек и других типов описаний, классификаций и типологий;
- сортировка и оценка изучаемого материала по степени новизны, актуальности, специализированности и другим параметрам;
- изучение и анализ планирования возможного расширения научно-исследовательской деятельности;
- анализ и пополнение информационного и методического обеспечения принимающей организацией; сравнительный анализ форм и методов управления медицинской организацией;
- исследование сравнительной эффективности современных активных и интерактивных методик преподавания;
- изучение причин и опыта преодоления возникающих в деятельности затруднений и проблем.

Вопросы для защиты отчета по практике:

1. Понятие и структура рынка медицинских услуг.
2. Государственное управление на рынке медицинских услуг.
3. Взаимодействие субъектов рынка медицинских услуг
4. Особенности функционирования рынка медицинских услуг
5. Свойства медицинской услуги
6. Исследование спроса и предложения на медицинские услуги
7. Методы оценки спроса и предложения на медицинские услуги
8. Формирование спроса на медицинские услуги
9. Виды исследований рынка медицинских услуг. Методы анализа и получения информации о рынке
10. Конкуренция на рынке медицинских услуг
11. Сравнительные и конкурентные преимущества видов транспорта
12. Виды цен на медицинские услуги
13. Политика ценообразования, ее виды, изменчивость в зависимости от конъюнктуры рынка медицинских услуг
14. Методы установления цены на медицинские услуги
15. Коммерческая служба медицинской организации и ее основные задачи
16. Организация работы с потребителями
17. Системы менеджмента качества
18. Основные направления повышения качества и эффективности медицинских услуг
19. Повышение эффективности управления качеством в рамках стандартов ISO 9000.
20. Нормативы показателей качества медицинских услуг

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Для получения положительной оценки по результатам практики студент должен полностью выполнить программу практики, своевременно оформить и представить в Департамент все необходимые отчетные документы.

Результаты проделанной работы должны получить отражение в отчёте о практике. Отчет проверяется и подписывается руководителем практики от предприятия, затем представляется руководителю практики от вуза на последней неделе практики в установленный срок. В случае, если местом прохождения практики является Департамент ДВФУ, отчет оформляется студентом и сдается руководителю практики от вуза.

Итоговая оценка за практику выставляется на основании всех представленных документов, посредством которых выявляется регулярность посещения места практики, тщательность составления отчета, инициативность студента, проявленная в процессе практики и способность к самостоятельной профессиональной деятельности.

Результаты прохождения практики оцениваются по следующим критериям:

- уровню освоения компетенций;
- отзыву руководителя практики от организации;
- практическим результатам проведенных работ и их значимости;
- качеству ответов студента на вопросы по существу отчета.

По результатам проведения практики и защиты отчетов студентов, преподавателем – руководителем практики составляется сводный отчет.

Зачет по практике приравнивается к оценкам по теоретическому обучению и учитывается при подведении итогов общей успеваемости студентов. Оценка, полученная студентами на зачете, учитывается при назначении стипендии.

Студенты, не выполнившие программу без уважительной причины или получившие отрицательную оценку, могут быть отчислены из высшего учебного заведения как имеющие академическую задолженность в порядке, предусмотренном уставом вуза.

Оформление отчёта по практике

Отчет по производственной практике составляется в соответствии с основным этапом программы практики и отражает выполнение индивидуального задания. Объем отчета должен составлять 15-25 страниц машинописного текста (без учета приложений). Отчет оформляется на бумаге формата А4 (210x297 мм) и брошюруется в единый блок. Текст отчета излагается на одной стороне листа, шрифтом Times New Roman, 14 размером, через 1,5 интервала. Каждая страница работы оформляется со следующими полями: левое - 30 мм; правое - 10 мм; верхнее - 20 мм; нижнее - 20 мм. Абзацный отступ в тексте - 1,5 см. Все страницы работы должны иметь сквозную нумерацию, включая приложения. Нумерация производится арабскими цифрами, при этом порядковый номер страницы ставится в нижнем правом углу, начиная с оглавления после титульного листа. Все структурные элементы отчета о практике брошюруются (сшиваются).

Отчет должен быть иллюстрирован таблицами, графиками, схемами, заполненными бланками, рисунками. Страницы отчета нумеруют арабскими цифрами, с соблюдением сквозной нумерации по всему тексту. Номер проставляется в центре нижней части листа (выравнивание от центра) без точки в конце номера. Схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объём работы. Если они не могут быть приведены в варианте компьютерной графики, их следует выполнять черными чернилами или тушью. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется. Цифровой материал должен оформляться в виде таблиц. Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице. На все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами порядковой нумерацией в пределах всего текста отчета. Номер следует размещать над таблицей слева без абзацного

отступа после слова «Таблица». Каждая таблица должна иметь заголовок, который помещается в одну строку с её номером через тире. Рисунки (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице.

Содержание разделов отчёта

Титульный лист (приложение 1)

Содержание

Введение

Основная часть

- Общая характеристика базы практики
- Описание рабочего места и функциональных обязанностей
- Индивидуальное задание для прохождения практики (приложение 2)

Заключение о результатах практики

Список использованных источников и литературы

Приложения.

Рекомендации по содержанию отчета

Во введении необходимо описать цели и задачи практики, дать краткую характеристику места практики (организации), сформулировать миссию организации.

Основная часть должна содержать описание истории создания места практики, организационной структуры предприятия, конкурентной среды организации, сферы деятельности объекта практики.

Далее описываются этапы выполнения работ в соответствии с индивидуальным заданием, приводятся предложения по совершенствованию и организации работы медицинской организации.

Заключение отражает достигнутые результаты, анализ возникших проблем и варианты их устранения, собственную оценку уровня своей профессиональной подготовки по итогам практики. Отчет должен отражать мнение студента к изученным в ходе теоретической подготовки вопросам, их

соответствия реальной деятельности, а также какие специальные навыки и знания студент приобрел в ходе практики.

К отчету о прохождении практики прилагаются:

- отзыв руководителя практики от принимающей стороны: характеристика отношения практиканта к работе, дисциплинированность, наличие необходимых навыков работы, проявленных деловых и моральных качеств, общая оценка всей работы практиканта за период практики, в произвольной форме (в случае если местом прохождения практики является ДВФУ, отзыв руководителя практики не оформляется);

- дневник практики, заверенный руководителем практики от принимающей стороны, включающий перечень и краткое описание ежедневных видов работ, выполненных студентом во время практики в соответствии с календарным планом прохождения практики (приложение 3).



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

ОТЧЕТ

ПРОЕКТНАЯ ПРАКТИКА

по основной образовательной программе подготовки магистров

по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»

Автор работы студент группы М 7107

Фамилия Имя Отчество _____

подпись

« ____ » _____ 20__ г.

Руководитель практики от ШБМ ДВФУ
доцент, к.м.н. В.Г. Морева

Отчет защищен с оценкой _____
доцент, к.м.н. В.Г. Морева

« ____ » _____ 20__ г.

г. Владивосток

20__ г.

**Индивидуальное задание по производственной практике
ПРОЕКТНАЯ ПРАКТИКА**

Студенту группы М _____

Место прохождения практики _____

Сроки прохождения практики с _____ по _____ 20__ года

Виды работ и требования по их выполнению _____

Руководитель практики от ДВФУ

должность	подпись	ФИО
-----------	---------	-----

« ___ » _____ 20__ г.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

Фамилия Имя Отчество

Группа _____

Дневник

прохождения проектной практики
(производственная, рассредоточенная с «__»____20__г. по с «__»____20__г.) (4 недели)

**по основной образовательной программе подготовки магистров
по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»**

Место практики –

Время практики:
начало «__»____20__г.
окончание «__»____20__г.
Руководитель практики от
предприятия _____

г. Владивосток
20__

Рекомендации по ведению дневника практики

Студент проходит практику в соответствии с утвержденным календарным графиком учебного процесса.

Каждый студент в период практики обязан вести дневник о прохождении практики.

Заполнение дневника производится регулярно и аккуратно. В дневнике отражается фактическая работа студента и мероприятия, в которых он принимает участие. Дневник периодически просматривается руководителем практики. Подробное описание всех выполненных работ приводится в отчете по практике.

По окончании практики дневник заверяется руководителем практики.



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 ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.08(П)

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

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

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника магистр

г. Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор
(занимаемая должность)

П.Ф.Кику
(инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н.
(занимаемая должность)

В.Г.Морева
(инициалы, фамилия)

Эксперты¹⁵:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

**Программа практики обсуждена на заседании Департамента ОЗиПМ,
протокол № 8 от 06 июня 2019г.**

•

¹⁵Целесообразно программу практики представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

1. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Программа практики разработана в соответствии с:

- требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.04.2017 N 301 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 29.06.2015 № 636 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 09.11.2015 г. № 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;
- с Положением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850;
- Положением о практике обучающихся, осваивающих образовательные программы высшего образования – программы бакалавриата, программы специалитета и программы магистратуры в школах ДВФУ, утвержденного приказом от 14 мая 2018г. № 12-13-870.

2. ЦЕЛИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

Основной целью научно-исследовательской практики магистра является развитие способности самостоятельного выполнения научно-исследовательской работы, связанной с решением профессиональных задач, необходимой в дальнейшей профессиональной деятельности.

3. ЗАДАЧИ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

6. Развитие профессионального научно-исследовательского мышления магистра, формирование у них четкого представления об основных профессиональных задачах и способах их решения;
7. Формирование умения планировать научно-исследовательскую работу при решении профессиональных задач с использованием современных методов исследования, современной аппаратуры и вычислительных средств;
8. Формирование умения грамотного использования современных технологий для сбора информации, обработки и интерпретации полученных экспериментальных данных;
9. Ведение библиографической работы по выполняемой теме с привлечением современных информационных технологий;
10. Проведение обработки и анализа полученных данных, сопоставление результатов собственных исследований с имеющими в литературе данными;
6. Обеспечение способности критического подхода к результатам собственных исследований, готовности к профессиональному самосовершенствованию и развитию творческого потенциала и профессионального мастерства.

4. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКЕ

Общие сведения о практике представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вид практики	<i>Производственная</i>
Тип практики	<i>Научно-исследовательская практика Б2.В.08(П)</i>
Способ проведения	<i>Стационарная</i>
Форма (формы) проведения	<i>Дискретно</i>
Объем практики в зачетных единицах	<i>12 з.е.</i>
Продолжительность практики	<i>8 недель, 432 ак. час.</i>
Курс, семестр	<i>2 курс; 4 семестр</i>
Базы практики	<i>Медицинский центр ДВФУ, в медицинских организациях по месту работы магистрантов с заключением договоров</i>

20. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

В таблице 2 представлены планируемые результаты практики

Таблица 2

Вид профессиональной деятельности	Планируемые результаты практики (код, формулировка компетенций или элементов компетенций)
<i>Научно-исследовательская</i>	<p><i>ПК-1 - способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения;</i></p> <p><i>ПК-2 - способность осуществлять подготовку презентационных материалов, информационно-аналитических материалов, справок о деятельности медицинской организации или ее подразделений, ведения организационно-методической деятельности в медицинской организации</i></p>

21. МЕСТО НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Научно-исследовательская практика является составной частью раздела «Практики» основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение (уровень магистратура). Магистранты проходят НИР на 2-м году обучения в 4-м семестре.

В результате научно-исследовательской работы обучающийся должен **знать:**

- методы критического анализа и оценки современных научных достижений;
- методы научно-исследовательской деятельности;
- основные концепции современной философии науки, основные стадии эволюции науки, функции и основания научной картины мира;
- методы и этапы стратегического планирования в здравоохранении, структуру и назначение программно-проектного планирования;
- современные информационные технологии для получения данных для практического здравоохранения и научных данных;
- современные информационные методы и методики, направленные на сбор, обработку и анализ данных о состоянии здоровья населения;
- современные информационно-телекоммуникационные технологии;
- описательные статистики (виды статистических величин, методы их расчета, характеристики распределения признака в статистической совокупности, репрезентативности, среднего уровня и вариабельности данных);
- основные параметрические и непараметрические методы оценки достоверности различий статистических величин; основные параметрические и непараметрические методы оценки взаимосвязи между признаками;
- методы оценки динамики явлений и прогнозирования;
- алгоритм подготовки разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан к внедрению в практические здравоохранение с учетом структуры современной системы здравоохранения;

- методы финансового менеджмента, содержание финансовых ресурсов здравоохранения, направления движения финансовых потоков в здравоохранении, систему счетов здравоохранения;

уметь:

- анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные выигрыши/проигрыши реализации этих вариантов;

- при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений;

- использовать положения и категории философии науки для анализа и оценивания различных фактов и явлений;

- формировать критерии оценки эффективности основных видов медицинской помощи, интерпретировать основные показатели деятельности медицинских организаций и региональных систем здравоохранения;

- осуществлять стратегическое планирование;

- на основе сформированного государственного задания определять потребность в медицинских кадрах, формировать оптимальную структурно-организационную модель учреждения здравоохранения;

- использовать современные информационные технологии в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- использовать программные продукты для контроля расходования материально-технических и финансовых ресурсов медицинской организации;

- подготовить план и программу статистического исследования;
- формировать электронную базу данных для хранения и последующей разработки данных;
- генерировать новые методы и методики, направленные на охрану здоровья граждан с высоким потенциалом эффективности и целесообразностью внедрения в практическое здравоохранение;
- оценивать эффективность использования материальных ресурсов в конкретном учреждении здравоохранения с учетом использования стандартов и порядков оказания медицинской помощи, предлагать пути снижения материальных затрат и повышения эффективности расходов в деятельности медицинской организации, рассчитать порог рентабельности платных медицинских услуг, анализировать пути экономии издержек;

владеть:

- навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;
- навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;
- навыками анализа основных мировоззренческих и методологических проблем, в т.ч. междисциплинарного характера, возникающих в науке на современном этапе ее развития;
- технологиями планирования в профессиональной деятельности в сфере научных исследований;

- методикой расчета и анализа показателей общественного здоровья и показателей деятельности медицинских организаций региональных систем здравоохранения;

- методикой выбора критериев контроля различных процессов в здравоохранении, корректировки планов в соответствии с результатами контроля, навыками построения типового документа, организации и проведения делового совещания;

- методикой формирования государственных заданий медицинской организации;

- аналитическим методом оценки состояния кадровых ресурсов, определения потребности в кадровых ресурсах, соответствия практической деятельности специалиста функциональным и профессионально-должностным требованиям;

- навыками реализации информационных технологий в практическом здравоохранении, для получения научных данных для прогнозирования и анализа показателей здоровья населения, планирования, оценки эффективности и др.;

- методами компьютерного статистического анализа данных;

- навыками работы в общеупотребительных и специализированных компьютерных программах для статистического анализа;

- навыками внедрения разработанных методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан на основе сравнительного анализа конечных результатов деятельности, экономической и медико-социальной эффективности;

приемами анализа социально-экономической эффективности медицинских, профилактических мероприятий, планирования оптимальных

структурных преобразований с целью достижения максимальной социально-экономической эффективности системы здравоохранения..

7. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

Этап практики	Виды работ на практике, включая самостоятельную работу студентов	Содержание в дидактических единицах
Подготовительный (организационный)	Инструктаж в вузе	Ознакомление с правилами техники безопасности, условиями прохождения практики, сроками, содержанием обязательных мероприятий, требованиями к оформлению отчета. Инструктаж по технике безопасности
Основной	Методология планирования и организации научно-практического исследования (формы, виды, методы и этапы)	Современные информационные технологии и методические подходы к сбору и анализу результатов научно-практического исследования
		Основные профессиональные информационные ресурсы и базы данных
		Правила оформления и представления результатов научно-практического исследования
Итоговый	Оформление отчета по практике (дневник практики)	Защита отчета по практике

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКЕ

Учебно-методическим обеспечением самостоятельной работы магистрантов на научно-исследовательской практике являются:

16. Нормативные документы, регламентирующие деятельность организации, в которой проходит учебная практика
17. Формы бухгалтерской, финансовой, статистической, внутренней отчетности, разрабатываемые в организации и инструкции по их заполнению
18. Методические разработки для магистров, определяющие порядок

прохождения и содержание учебной практики.

Содержание научно-исследовательской практики

16. Организационно-методическая деятельность медицинской организации

Задачи, содержания и методы организационно-методической работы медицинской организации. Организационно-методический отдел (кабинет). Нормативно-правовые документы по работе организационно-методического отдела. Содержание и объем работы ОМО. Должностные инструкции заведующего, врачей и другого персонала ОМО. Методика взаимодействия медицинских подразделений в многопрофильных лечебных организациях при решении организационно-методических задач. Организация, сбор и обработка медико-статистических сведений. Анализ показателей деятельности по данным отчетности медицинских организаций и отделений соответствующего профиля. Расчет и анализ показателей, характеризующих качество и эффективность медицинской помощи. Составление комплексного плана организационно-методической работы: аналитико-статистический, оперативный, тактический. Организация стратегического планирования: стратегия и тактика планирования. Методики планирования, разработка регламентов и внутрифирменных стандартов, планирование подразделений медицинской организации, увязка планов, мероприятий.

17. Организация делопроизводства и документооборота в медицинском учреждении

Нормативно-правовое обеспечение организационно-распорядительного документооборота. Применение Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных». Внутренний документооборот медицинского учреждения для упорядочения организационной структуры. Принципы составления, схемы движения. Организация работы с

документами: требования и рекомендации. Проверка медицинского учреждения в части ведения документооборота. Ответственность учреждения, руководителя, работника. Работа с нормативными документами (приказами, распоряжениями, указами, решениями), работа с методической и нормативной литературой, работа с письмами, обращениями. Основы делопроизводства. Список дел. Единая система документации. Входящие и исходящие документы. Сроки исполнения.

18. Организация работы экономической и бухгалтерской служб в медицинской организации. Мониторинг финансовых и экономических показателей

Основы экономического анализа и планирования деятельности медицинской организации. Организация работы по планированию, рациональному использованию трудовых, материальных и финансовых ресурсов, выявление резервов и обеспечение эффективной деятельности по оказанию медицинской помощи.

Финансирование медицинской организации в условиях обязательного медицинского страхования. Финансовый анализ деятельности медицинских учреждений. Оценка эффективности деятельности МО в разрезе источников финансирования.

Предпринимательская деятельность медицинской организации, основные принципы ценообразования на медицинские услуги.

Нормирование и оплата труда в учреждениях здравоохранения. Переход на новые отраслевые нормы труда. Нормативная база, регулирующая трудовые отношения и реализация эффективного контракта в здравоохранении. Штатное расписание, оптимизация структуры медицинской организации. Оценка эффективности работы персонала.

Особенности закупок в здравоохранении. Организация и управление закупочной деятельностью в МО: обоснование, нормирование и

планирование с учетом потребностей медицинских организаций. Контроль в сфере государственных и муниципальных закупок.

Нормативно-правовое регулирование бухгалтерского учета и отчетности. Особенности учетной политики и внутренние документы, регламентирующие работу бухгалтерии медицинской организации. Налогообложение медицинской организации.

Контроль за финансово-экономической деятельностью МО. Нецелевое использование средств.

9. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ (ПО ИТОГАМ ПРАКТИКИ)

В соответствии с ОС ДВФУ по направлению 32.04.01 - Общественное здравоохранение (магистратура), аттестация по итогам практики проводится на основании оформленного в соответствии с установленными требованиями письменного отчёта магистранта и отзыва руководителя практики от производства. По итогам аттестации выставляется зачет с оценкой.

Рекомендуется устраивать учебные семинары по итогам практик, на которых заслушивать наиболее интересные отчёты магистрантов.

Магистранты, не выполнившие программу практики по уважительным причинам, направляются на практику вторично, в свободное от учёбы время (по представлению Администратора ОП).

Магистранты, не выполнившие программу практики без уважительных причин или получившие неудовлетворительную оценку, отчисляются из ДВФУ за академическую неуспеваемость.

Оценка по практике проставляется в электронную экзаменационную ведомость и зачётную книжку руководителем практики. Руководитель практики составляет отчёт и передаёт его директору Департамента в срок не позднее двух недель после аттестации группы.

Критерии оценок при защите отчёта по учебной практике (зачет с оценкой):

«Отлично» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему с использованием компьютерных технологий, ответы на поставленные руководителем практики вопросы освещены в полном объёме, с достаточной степенью профессиональности и компетенции, содержание ответов свидетельствует об уверенных знаниях магистранта и о его умении решать профессиональные задачи.

«Хорошо» – отчёт выполнен в соответствии с требованиями, предъявляемыми к нему, но есть небольшие неточности, неаккуратность в исполнении, неполный ответ на один вопрос, заданный руководителем, но при этом содержание ответов свидетельствует о достаточных знаниях магистранта и умение решать профессиональные задачи.

«Удовлетворительно» - отчёт выполнен с нарушением требований, предъявляемых к оформлению, пропущены разделы в отчёте, неаккуратность в исполнении, плохая ориентация магистранта по отчёту, неполные ответы на два вопроса, содержание ответов свидетельствует о знаниях магистранта и о его ограниченном умении решать профессиональные задачи.

«Неудовлетворительно» - представленный отчёт по практике не соответствует требованиям, не раскрыта тема, магистрант не ориентируется в вопросах, задаваемых руководителем практики, не может ответить на вопросы, связанные с местом прохождения практики и выполнением им обязанностей.

Отчет по практике должен состоять из титульного листа, оглавления, основной части, заключения, списка использованных источников и литературы, приложений (при наличии). В качестве приложений в отчет по практике могут включаться копии документов (нормативных актов, отчетов и др.), изученных и использованных обучающимся в период прохождения практики.

Отчет по практике предоставляется на листах формата А4, верхнее и нижнее поля - 20 мм, правое - 15 мм, левое - 30 мм, выравнивание текста - по ширине, абзацный отступ - 1,25 см. Объем отчета (без учета отзыва

руководителя практики от профильной организации и индивидуального задания) должен составлять не менее 15 страниц печатного текста. Текст готовится с использованием текстового редактора Microsoft Word (или его аналога) и сохраняется в виде файла в форматах .doc или docx с использованием 1,5 интервала и применением 14 размера шрифта Times New Roman.

По каждому виду производственной практики составляются отчет и заполняются дневники практики.

Форма титульного листа отчётов, дневников практики и отзыва руководителя практики от предприятия приведены в приложении.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОЙ ПРАКТИКИ

Основная литература

49. 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>

50. 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.htm>

51. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>

52. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с. -

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433256.html>

53. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424148.html>
54. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч.2: учебник в 2 ч.: / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2013. – 351 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509081>
55. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова О. П. Щепина и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 624 с. <http://www.rosmedlib.ru/>
56. Сборник задач по общественному здоровью: учебно-методическое пособие / Н.Ю. Перепелкина [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. – 84 с. <http://www.iprbookshop.ru/21865.html>

Дополнительная литература

1. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 141 с.
<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730071&theme=FEFU>
2. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н. В. Трухачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -379 с.
<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730137&theme=FEFU>
3. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 594 с.
http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtfs/ChamoHome/visualizer/d_ata_geotar/geotar.xml.part1816..xml&theme=FEFU
4. Экономика здравоохранения / Под. ред. Решетникова А.В. – М. :

ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд., 2010. – 272 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:350145&theme=FEFU>

11. Экспертиза вреда здоровью. Утрата общей и профессиональной трудоспособности: Научно-практическое пособие / Под ред. проф. В.А. Клевно, С.Н. Пузина – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 320 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookId=415405>

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

- 1.База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>
- 2.Интернет портал по здравоохранению <http://bio-x.ru/go.mail.ru/search?rf=e.mail.ru&fm=1&us=15&usln=3&usstr=здравоохранение&usqid=7d41348ea69338f3&hasnavig=1&sbmt=1509229987234&q=здравоохранение>
- 3.Сайт научные исследования <https://infopedia.su/4x3e87.html>;
<https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/663252>
- 4.Электронная библиотека СГАУ - <http://library.sgau.ru>
- 5.НЭБ - <http://elibrary.ru>
- 6.<http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
- 7.Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
- 8.<http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
- 9.<http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации
- 10.<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.

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для реализации программы производственной практики используются помещения и оборудование (персональные компьютеры), библиотека ШБМ

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

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов выбор мест прохождения практики согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся и практика проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

<p>Компьютерный класс на 22 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-</p>	<p>Читальные залы Научной</p>

<p>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 плоскопечатных текстов, сканирующими и читающими машинами видеоувеличителем с возможностью регуляции цветовых спектров; увеличивающими электронными лупами и ультразвуковыми маркировщиками</p>	<p>библиотеки ДВФУ с открытым доступом к фонду (корпус А - уровень 10)</p>
--	--

Базы учебных и производственных практик:

35.Медицинский центр ДВФУ

36.ГБУЗ Краевая клиническая больница №2

37.КГАУЗ Владивостокская клиническая больница № 2

38.КГБУЗ Владивостокская клиническая больница №4

39.ГБУЗ Приморский краевой перинатальный центр



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.05(П)**

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение

(наименование направления подготовки)

магистерская программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки очная

Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор П.Ф.Кику
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Доцент кафедры ОЗиПМ к.м.н. В.Г.Морева
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Эксперты¹⁶:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

¹⁶ Целесообразно ФОС по практике представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

**Паспорт ФОС по
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ «НАУЧНО-
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.05(П)**

1 Шкала оценивания сформированности компетенций

Таблица 1 – Шкала оценивания сформированности компетенций

Планируемый результат обучения (код и формулировка планируемых результатов практики)	Этап формирования компетенции, реализуемый в рамках практики	Показатели оценивания	Критерии
ПК-1 способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения	2 (базовый)	Знает принципы организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Умеет осуществлять прикладные и практические проекты и иные мероприятия по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Владеет навыками организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения;	да/нет
ПК-2 способность осуществлять подготовку презентационных материалов, информационно-аналитических материалов, справок о деятельности медицинской организации или ее подразделений, ведения	2 (базовый)	Знает основные методы научных исследований в здравоохранении, организации научно-исследовательской работы, методы подготовки презентационных материалов, информационно-аналитических справок	да/нет
		Умеет поставить и выбрать цель работы, сформулировать задачи, публично представить результаты научной работы, подготовить справку о деятельности медицинской организации или ее структурных	да/нет

организационно-методической деятельности в медицинской организации		подразделений	
		Владеет методами сбора, обработки, анализа информации, знаниями о научных направлениях в здравоохранении, способах управления ими, а также способами и методами ведения организационно-методической деятельности в медицинской организации	

Результат обучения считается достигнутым, если уровень сформированности компетенций составляет более 60%.

Шкала оценивания:

менее 60% – «неудовлетворительно».

60% –79% положительно оцененных показателей – «удовлетворительно»,

80% – 89% – «хорошо»,

90% –100% – «отлично»,

Итоговая отметка может быть выведена как среднее арифметическое значение отметок по всем оцениваемым компетенциям (элементам компетенций).

Шкала оценивания и критерии оценки результатов защиты отчета по практике

При выставлении оценки «отлично» при защите отчета по практике студент должен демонстрировать высокий уровень, оценки «хорошо» - продвинутый уровень, а оценки «удовлетворительно» - пороговый.

Основные объекты оценивания результатов прохождения практики:

- деловая активность студента в процессе практики;
- производственная дисциплина студента;
- качество выполнения индивидуального задания;
- оформление дневника практики;
- качество выполнения и оформления отчета по практике;
- уровень ответов при сдаче зачета (защите отчета);

□ характеристика и оценка работы студента руководителем практики с места прохождения практики

При выставлении оценки принимаются во внимание следующие показатели:

- глубина раскрытия выбранной темы исследования;
- научная новизна и самостоятельность проведенного исследования;
- соответствие уровня подготовленных магистрантом учебно-методических материалов по теме учебного занятия предъявляемым требованиям;
- оценка методического уровня подготовки, организации и проведения учебного занятия;
- соответствие отчетных документов по практике основным требованиям;
- характеристика с места прохождения практики;
- участие в итоговой конференции;
- мнение научного руководителя.

Критерии выставления оценки студенту на зачете по практике

Оценка	Требования к сформированным компетенциям
<i>«отлично»</i>	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, умеет приводить примеры, ответил на все вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью, глубиной и полнотой раскрытия темы
<i>«хорошо»</i>	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, хорошо справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответил на основные вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью и полнотой раскрытия темы, однако допускается одна - две неточности в ответе.
<i>«удовлетворительно»</i>	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он выполнил основную часть программы практики, но с трудом умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, в целом справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответы на вопросы во время защиты практики отличаются недостаточной глубиной и

	полнотой
<i>«неудовлетворительно»</i>	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не выполнил программу практики, не умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, не справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не ответил на основные вопросы во время защиты практики

Студент, не выполнивший программу практики по уважительной причине, направляется на практику повторно в свободное от аудиторных занятий время. Студент, не выполнивший программу практики без уважительной причины или получивший неудовлетворительную оценку, считается имеющим академическую задолженность. Ликвидация этой задолженности проводится в соответствии с нормативными документами ДВФУ.

Типовые задания для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

За время практики студенту необходимо выполнить индивидуальное задание по изучению отдельных направлений работы или видов деятельности организации, решению конкретных задач в интересах базы практики и ДВФУ.

Примерные индивидуальные задания на практику

- проведение эмпирического исследования;
- обработка полученного материала и формулировка выводов;
- оформление результатов исследовательской деятельности;
- подготовка материалов по теме научно-исследовательской работы для выступления на конференциях, круглых столах;
- выработка навыка составления тематических списков литературы, каталогов, картотек и других типов описаний, классификаций и типологий;
- сортировка и оценка изучаемого материала по степени новизны, актуальности, специализированности и другим параметрам;

- изучение и анализ планирования возможного расширения научно-исследовательской деятельности;
- анализ и пополнение информационного и методического обеспечения принимающей организацией; сравнительный анализ форм и методов управления медицинской организацией;
- исследование сравнительной эффективности современных активных и интерактивных методик преподавания;
- изучение причин и опыта преодоления возникающих в деятельности затруднений и проблем.

Вопросы для защиты отчета по практике:

1. Понятие и структура рынка медицинских услуг.
2. Государственное управление на рынке медицинских услуг.
3. Взаимодействие субъектов рынка медицинских услуг
4. Особенности функционирования рынка медицинских услуг
5. Свойства медицинской услуги
6. Исследование спроса и предложения на медицинские услуги
- 7 Методы оценки спроса и предложения на медицинские услуги
8. Формирование спроса на медицинские услуги
9. Виды исследований рынка медицинских услуг. Методы анализа и получения информации о рынке
10. Конкуренция на рынке медицинских услуг
11. Сравнительные и конкурентные преимущества видов транспорта
12. Виды цен на медицинские услуги
13. Политика ценообразования, ее виды, изменчивость в зависимости от конъюнктуры рынка медицинских услуг
14. Методы установления цены на медицинские услуги
15. Коммерческая служба медицинской организации и ее основные задачи
16. Организация работы с потребителями

17. Системы менеджмента качества

18. Основные направления повышения качества и эффективности медицинских услуг

19. Повышение эффективности управления качеством в рамках стандартов ISO 9000.

20. Нормативы показателей качества медицинских услуг

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Для получения положительной оценки по результатам практики студент должен полностью выполнить программу практики, своевременно оформить и представить в Департамент все необходимые отчетные документы.

Результаты проделанной работы должны получить отражение в отчете о практике. Отчет проверяется и подписывается руководителем практики от предприятия, затем представляется руководителю практики от вуза на последней неделе практики в установленный срок. В случае, если местом прохождения практики является Департамент ДВФУ, отчет оформляется студентом и сдается руководителю практики от вуза.

Итоговая оценка за практику выставляется на основании всех представленных документов, посредством которых выявляется регулярность посещения места практики, тщательность составления отчета, инициативность студента, проявленная в процессе практики и способность к самостоятельной профессиональной деятельности.

Результаты прохождения практики оцениваются по следующим критериям:

- уровню освоения компетенций;
- отзыву руководителя практики от организации;
- практическим результатам проведенных работ и их значимости;
- качеству ответов студента на вопросы по существу отчета.

По результатам проведения практики и защиты отчетов студентов, преподавателем – руководителем практики составляется сводный отчет.

Зачет по практике приравнивается к оценкам по теоретическому обучению и учитывается при подведении итогов общей успеваемости студентов. Оценка, полученная студентами на зачете, учитывается при назначении стипендии.

Студенты, не выполнившие программу без уважительной причины или получившие отрицательную оценку, могут быть отчислены из высшего учебного заведения как имеющие академическую задолженность в порядке, предусмотренном уставом вуза.

Оформление отчёта по практике

Отчет по производственной практике составляется в соответствии с основным этапом программы практики и отражает выполнение индивидуального задания. Объем отчета должен составлять 15-25 страниц машинописного текста (без учета приложений). Отчет оформляется на бумаге формата А4 (210x297 мм) и брошюруется в единый блок. Текст отчета излагается на одной стороне листа, шрифтом Times New Roman, 14 размером, через 1,5 интервала. Каждая страница работы оформляется со следующими полями: левое - 30 мм; правое - 10 мм; верхнее - 20 мм; нижнее - 20 мм. Абзацный отступ в тексте - 1,5 см. Все страницы работы должны иметь сквозную нумерацию, включая приложения. Нумерация производится арабскими цифрами, при этом порядковый номер страницы ставится в нижнем правом углу, начиная с оглавления после титульного листа. Все структурные элементы отчета о практике брошюруются (сшиваются).

Отчет должен быть иллюстрирован таблицами, графиками, схемами, заполненными бланками, рисунками. Страницы отчета нумеруют арабскими цифрами, с соблюдением сквозной нумерации по всему тексту. Номер проставляется в центре нижней части листа (выравнивание от центра) без точки в конце номера. Схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объем работы. Если они не могут быть приведены в варианте компьютерной графики, их следует выполнять

черными чернилами или тушью. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется. Цифровой материал должен оформляться в виде таблиц. Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице. На все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами порядковой нумерацией в пределах всего текста отчета. Номер следует размещать над таблицей слева без абзацного отступа после слова «Таблица». Каждая таблица должна иметь заголовок, который помещается в одну строку с её номером через тире. Рисунки (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице.

Содержание разделов отчёта

Титульный лист (приложение 1)

Содержание

Введение

Основная часть

- Общая характеристика базы практики
- Описание рабочего места и функциональных обязанностей
- Индивидуальное задание для прохождения практики (приложение 2)

Заключение о результатах практики

Список использованных источников и литературы

Приложения.

Рекомендации по содержанию отчета

Во введении необходимо описать цели и задачи практики, дать краткую характеристику места практики (организации), сформулировать миссию организации.

Основная часть должна содержать описание истории создания места практики, организационной структуры предприятия, конкурентной среды организации, сферы деятельности объекта практики.

Далее описываются этапы выполнения работ в соответствии с индивидуальным заданием, приводятся предложения по совершенствованию и организации работы медицинской организации.

Заключение отражает достигнутые результаты, анализ возникших проблем и варианты их устранения, собственную оценку уровня своей профессиональной подготовки по итогам практики. Отчет должен отражать мнение студента к изученным в ходе теоретической подготовки вопросам, их соответствия реальной деятельности, а также какие специальные навыки и знания студент приобрел в ходе практики.

К отчету о прохождении практики прилагаются:

- отзыв руководителя практики от принимающей стороны: характеристика отношения практиканта к работе, дисциплинированность, наличие необходимых навыков работы, проявленных деловых и моральных качеств, общая оценка всей работы практиканта за период практики, в произвольной форме (в случае если местом прохождения практики является ДВФУ, отзыв руководителя практики не оформляется);
- дневник практики, заверенный руководителем практики от принимающей стороны, включающий перечень и краткое описание ежедневных видов работ, выполненных студентом во время практики в соответствии с календарным планом прохождения практики (приложение 3).



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

ОТЧЕТ

о научно-исследовательской практике на тему

« _____ »
(полное наименование темы НИР)

Автор работы студент группы М 7107

Фамилия Имя Отчество _____

подпись

« ____ » _____ 20__ г.

Руководитель практики от ШБМ ДВФУ

доцент, к.м.н. В.Г. Морева

Отчет защищен с оценкой _____

доцент, к.м.н. В.Г. Морева

« ____ » _____ 20__ г.

г. Владивосток

20__ г.

**Индивидуальное задание по производственной практике
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ ПРАКТИКА»**

Студенту группы М _____

Место прохождения практики _____

Сроки прохождения практики с _____ по _____ 20__ года

Виды работ и требования по их выполнению _____

Руководитель практики от ДВФУ

должность

подпись

ФИО

« ___ » _____ 20__ г.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

**Индивидуальный план научно-исследовательской практики
 магистранта
 на тему**

« _____ »
 (полное наименование темы НИР)

№№	Наименование НИР	Форма отчета	Отметка о выполнении и дата

Научный руководитель

 Подпись

 расшифровка подписи

г. Владивосток
20__ г.

Рекомендации по ведению дневника практики

Студент проходит практику в соответствии с утвержденным календарным графиком учебного процесса.

Каждый студент в период практики обязан вести дневник о прохождении практики.

Заполнение дневника производится регулярно и аккуратно. В дневнике отражается фактическая работа студента и мероприятия, в которых он принимает участие. Дневник периодически просматривается руководителем практики. Подробное описание всех выполненных работ приводится в отчете по практике.

По окончании практики дневник заверяется руководителем практики.



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 ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ «ПРЕДДИПЛОМНАЯ ПРАКТИКА» Б2.В.09(П)

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

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

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника магистр

г. Владивосток
2019

Разработчики:

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

(занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

Доцент Департамента ОЗиПМ к.м.н.

В.Г.Морева

(занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

Эксперты¹⁷:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

**Программа практики обсуждена на заседании Департамента ОЗиПМ,
протокол №8 от 06 июня 2019г.**

¹⁷ Целесообразно программу практики представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

1. НОРМАТИВНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Программа преддипломной практики разработана в соответствии с:

- требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 31.мая 2017г. № 485.
- приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.04.2017 N 301 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 29.06.2015 № 636 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры";
- приказом Минобрнауки РФ от 09.11.2015 г. № 1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»;
- с Положением о фондах оценочных средств образовательных программ высшего образования – программ бакалавриата, специалитета, магистратуры ДВФУ, утвержденным приказом ректора от 12.05.2015 №12-13-850.
- Положением о практике обучающихся, осваивающих образовательные программы высшего образования – программы бакалавриата, программы специалитета и программы магистратуры в школах ДВФУ, утвержденного приказом от 14 мая 2018г. № 12-13-870.

2. ЦЕЛИ ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКИ

Основной целью преддипломной практики по специальности 32.04.01 «Общественное здравоохранение» является выполнение выпускной квалификационной работы (ВКР) на базе самостоятельно проведенной научно-исследовательской работы (НИР) для развития способности самостоятельного осуществления научно-исследовательской деятельности, связанной с решением профессиональных задач в современных условиях.

НИР выполняется студентом-магистрантом под руководством научного руководителя, определяемым во втором семестре. Направление научно-исследовательских работ магистранта определяется в соответствии с магистерской программой и темой ВКР.

3. ЗАДАЧИ ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКИ

Задачами преддипломной практики являются:

- обеспечение становления профессионального научно-исследовательского мышления магистрантов, формирование у них четкого представления об основных профессиональных задачах, способах их решения;
- формирование умений использовать современные технологии сбора, обработки и интерпретации эмпирических данных, владение современными методами исследований;
- формирование способности проектировать и реализовывать в образовательной практике новое содержание учебных программ, разрабатывать и внедрять инновационные образовательные технологии;
- обеспечение готовности к профессиональному самосовершенствованию, развитию инновационного мышления, творческого потенциала и профессионального мастерства;
- самостоятельное формулирование и решение задач, возникающих в ходе научно-исследовательской и педагогической деятельности; в области общественного здравоохранения;

- проведение библиографической работы с привлечением современных информационных технологий.

4. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ

Общие сведения о практике представлены в таблице 1.

Таблица 1

Вид практики	<i>Преддипломная</i>
Тип практики	<i>Преддипломная</i>
Способ проведения	<i>Стационарная</i>
Форма (формы) проведения	<i>Дискретно, рассредоточенная</i>
Объем практики в зачетных единицах	<i>3 з.е.</i>
Продолжительность практики	<i>2 недели, 108 ак. час.</i>
Курс, семестр	<i>2курс, 4 семестр</i>
Базы практики	<i>Медицинский центр ДВФУ, в медицинских организациях по месту работы магистрантов с заключением договоров</i>

5. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКИ

В таблице 2 представлены планируемые результаты практики

Таблица 2

Вид профессиональной деятельности	Планируемые результаты практики (код, формулировка компетенций или элементов компетенций)
<i>Научно-исследовательская</i>	<i>ПК-2 - способность осуществлять подготовку презентационных материалов, информационно-аналитических материалов, справок о деятельности медицинской организации или ее подразделений, ведения организационно-методической деятельности в медицинской организации;</i> <i>ПК-6 - способность разрабатывать планы и программы, формировать систему показателей деятельности медицинской организации, оценивать эффективность деятельности медицинской организации, вырабатывать варианты управленческих решений и оценивать риски, связанные с их реализацией</i>
<i>Научно-производственная и проектная</i>	<i>ПК-1 - способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения;</i> <i>ПК-4 - способность проводить анализ и оценку показателей деятельности медицинской организации, управление</i>

	<i>ресурсами медицинской организации, разработку и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовку обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации и потребностями населения</i>
<i>Организационно-управленческая</i>	<i>ПК-3 - способность организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения 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</i>

6. МЕСТО ПРЕДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Магистр общественного здравоохранения - это специалист, владеющий методологическими основами научной работы, современными информационными технологиями, имеющий навыки анализа и синтеза разнородной информации в области общественного здоровья, способный самостоятельно решать научно-исследовательские задачи, разрабатывать и управлять проектами, подготовленный к научно-исследовательской, аналитической и педагогической деятельности.

Тесная интеграция образовательной, научно-исследовательской, научно-практической и научно-педагогической подготовки, предусмотренная Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение, позволяет подготовить магистров, владеющих всеми необходимыми компетенциями, способных к решению сложных профессиональных задач и организации новых областей деятельности. В соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение образовательная программа состоит из образовательной и научно-

исследовательской составляющих. Преддипломная практика базируется на изучении всех дисциплин учебного плана.

Преддипломная практика выявляет уровень подготовки студента магистратуры по всем направлениям профессиональной специализации и является связующим звеном между теоретической подготовкой к профессиональной деятельности магистра и формированием практического опыта ее осуществления.

Преддипломная практика связана с дисциплинами, после освоения которых, обучающийся *должен знать* основные результаты новейших исследований по проблемам управления; модели поведения экономических агентов; основные понятия, методы и инструменты качественного и количественного анализа процессов управления.

Для прохождения преддипломной практики обучающийся *должен уметь*: осуществлять анализ и разработку стратегии организации на основе современных методов и передовых научных достижений; выявлять перспективные направления научных исследований; обосновывать значимость исследуемой проблемы, формулировать гипотезы, проводить эмпирические и прикладные исследования.

На основании освоения предшествующих частей ООП, необходимых для прохождения преддипломной практики, обучающийся *должен владеть*: методологией и методикой проведения научных исследований; навыками самостоятельной научной и исследовательской работы.

Во время преддипломной практики студент должен

изучить:

- литературные источники по разрабатываемой теме с целью их использования при выполнении магистерской диссертации;
- методы исследования и проведения экспериментальных работ;
- правила эксплуатации исследовательского оборудования;
- методы анализа и обработки экспериментальных данных;

- информационные технологии в научных исследованиях, программные продукты, относящиеся к профессиональной сфере;

- требования к оформлению научно-технической документации;

выполнить:

- анализ, систематизацию и обобщение научно-технической информации по теме исследований;

- теоретическое или экспериментальное исследование в рамках поставленных задач;

- анализ достоверности полученных результатов;

- сравнение результатов исследования объекта разработки с отечественными и зарубежными аналогами;

- анализ научной и практической значимости проводимых исследований.

- За время научно-исследовательской практики студент должен в окончательном виде сформулировать тему магистерской диссертации и обосновать целесообразность ее разработки.

7. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКИ

Этап практики	Виды работ на практике, включая самостоятельную работу студентов	Трудоемкость (в часах)	Форма текущего контроля
1.Подготовительный	1. Изучение и освоение магистрантами основных базовых курсов общепрофессиональных дисциплин и дисциплин предметной подготовки в соответствии с образовательной программой. 2. Выбор обучающимся учреждений для прохождения практики в соответствии с целями и задачами практики, а также темой научно-управленческой работы. 3. Проведение встреч с администрацией, специалистами по социальной работе указанных учреждений; заключение договоров с администрацией о предоставлении	36 (1 зач.ед.)	Методологический аппарат и проспект исследования

	учреждений в качестве баз для прохождения практики. 4. Проведение установочной конференции по практике, ознакомление с организацией, правилами внутреннего трудового распорядка, производственный инструктаж, в т. ч. инструктаж по технике безопасности.		
2. Основной	Выполнение зачетных заданий, сбор, обработка и систематизация фактического и литературного материала.	36 (1 зач.ед.)	Аналитический отчет
3. Итоговый	1. Анализ полученной информации. 2. Подготовка отчета по практике, получение отзыва-характеристики. 3. Сдача отчета по практике, дневника и отзыва - характеристики на кафедру. 4. Устранение замечаний руководителя практики, защита отчета по практике.	36 (1 зач.ед.)	Отчет по практике

Содержание преддипломной практики

Преддипломная практика осуществляется в форме проведения реального исследовательского проекта, выполняемого студентом в рамках утвержденной темы научного исследования по направлению обучения и темы магистерской диссертации с учетом интересов и возможностей подразделений, в которых она проводится.

Работа магистрантов в период практики организуется в соответствии с логикой работы над магистерской диссертацией: выбор темы, определение проблемы, объекта и предмета исследования; формулирование цели и задач исследования; теоретический анализ литературы и исследований по проблеме, подбор необходимых источников по теме (патентные материалы, научные отчеты, техническую документацию и др.); составление библиографии; формулирование рабочей гипотезы; выбор базы проведения исследования; определение комплекса методов исследования; проведение констатирующего эксперимента; анализ экспериментальных данных; оформление результатов исследования. Магистранты работают с первоисточниками, монографиями, авторефератами и диссертационными

исследованиями, консультируются с научным руководителем и преподавателями.

Ожидаемые результаты от преддипломной практики следующие:

- знание основных положений методологии научного исследования и умение применить их при работе над выбранной темой магистерской диссертации;
- умение использовать современные методы сбора, анализа и обработки научной информации;
- умение изложить научные знания по проблеме исследования в виде отчетов, публикаций докладов.

Общая трудоемкость практики составляет 15 зачетных единиц, 540 часов, 10 недель.

При проведении практики учитывается индивидуальная образовательная траектория, тема магистерской диссертации, а также вид профессиональной деятельности, избранной студентом магистратуры.

Преддипломная практика проходит в форме индивидуальной самостоятельной работы под руководством научного руководителя (возможна как форма без прикрепления к конкретной исследовательской организации, так и с прикреплением к конкретной организации).

Практика включает выполнение обучающимся ряда заданий, направленных на формирование требуемых компетенций и выполнение плана научно-исследовательских работ (подготовку магистерской диссертации).

Преддипломная практика сопровождается тематическими консультациями, проводимыми руководителем индивидуально с обучающимся. Консультации содержательно упорядочены, оговариваются их сроки, а также материалы, предоставляемые на проверку в рамках каждой консультации.

8. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКЕ

В ходе преддипломной практики обучающемуся необходимо выполнить все задания, намеченные в индивидуальном плане прохождения практики, и представить отчет.

Результаты прохождения практики отражаются в отчете о преддипломной практике. Отчет должен содержать результаты видов деятельности, отраженные в индивидуальном плане работы в период прохождения преддипломной практики.

Отчет о прохождении преддипломной практики содержит:

Титульный лист (Приложение 1)

Содержание с указанием номеров разделов и подразделов, страниц

Введение

В нем формулируются цель и задачи, которые автор ставит и решает в ходе прохождения практики и отражает в отчете.

Раздел 1. Реферативный обзор по одному или нескольким исследовательским вопросам магистерской диссертации. Обзор должен быть основан на анализе отечественных и иностранных литературных источников (монографии, статьи в периодической печати, электронные базы данных, архивы, аналитические обзоры). В обзоре должны быть сделаны ссылки и приложен библиографический список, оформленный в соответствии с ГОСТ.

Раздел 2. Разработка основных направлений научного исследования по теме магистерской диссертации.

- обоснование темы научного исследования и ее актуальности;
- характеристика темы исследования: научная новизна, практическая и теоретическая значимость;
- методы исследования, которые предполагается использовать.
- характеристика разработанной или используемой автором методики исследования.

Раздел 3. Описание выполненного исследования и полученных результатов.

Данные должны быть структурированы, представлены в виде таблиц, рисунков с необходимыми пояснениями.

Заключение

Необходимо представить основные выводы, полученные в ходе исследования, описать ограничения и перспективы продолжения темы исследования.

Список использованных литературных источников (оформляется в соответствии с ГОСТ)

Приложения

9. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ (ПО ИТОГАМ ПРАКТИКИ)

По результатам преддипломной практики студенты магистратуры представляют к печати подготовленные ими статьи, готовят выступления на научные и научно-практические конференции и семинары.

Аттестация по итогам практики проводится на основании оформленного отчета и отзыва научного руководителя практики, защита выпускной квалификационной работы.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРЕДДИПЛОМНОЙ ПРАКТИКИ

Основная литература

57. 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>

58. 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.htm>

59. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный

ресурс] : учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 544с. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432914.html>

60. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288с. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433256.html>

61. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. З. Кучеренко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424148.html>

62. Общественное здоровье и здравоохранение. Ч.2: учебник в 2 ч.: / И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова. – Минск: «Вышэйшая школа», 2013. – 351 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookinfo=509081>

63. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова О. П. Щепина и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -624 с. <http://www.rosmedlib.ru/>

64. Сборник задач по общественному здоровью: учебно-методическое пособие / Н.Ю. Перепелкина [и др.]. – Электрон. текстовые данные. – Оренбург: Оренбургская государственная медицинская академия, 2011. – 84 с. <http://www.iprbookshop.ru/21865.html>

Дополнительная литература

1. Петров В.И. Медицина, основанная на доказательствах: учебное пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / В. И. Петров, С. В. Недогода. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 141 с. <http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730071&theme=FEFU>

2. Трухачева Н.В. Математическая статистика в медико-биологических исследованиях с применением пакета Statistica / Н. В. Трухачева. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. -379 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:730137&theme=FEFU>

3. Улумбекова Г.Э. Здоровоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2010. – 594 с.

http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=Geotar:/usr/vtIs/ChamoHome/visualizer/data_geotar/geotar.xml.part1816..xml&theme=FEFU

4. Экономика здравоохранения / Под. ред. Решетникова А.В. – М. : ГЭОТАР-МЕД, 2-е изд., 2010. – 272 с.

<http://lib.dvfu.ru:8080/lib/item?id=chamo:350145&theme=FEFU>

11. Экспертиза вреда здоровью. Утрата общей и профессиональной трудоспособности: Научно-практическое пособие / Под ред. проф. В.А. Клевно, С.Н. Пузина – М.: Норма: НИЦ ИНФРА-М, 2013. – 320 с. <http://znanium.com/catalog.php?bookId=415405>

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

- 1.База данных патентов и поиск патентов <http://www.freepatent.ru/>
- 2.Интернет портал по здравоохранению <http://bio-x.ru/go.mail.ru/search?rf=e.mail.ru&fm=1&us=15&usln=3&usstr=здравоохранение&usqid=7d41348ea69338f3&hasnavig=1&sbmt=1509229987234&q=здравоохранение>
- 3.Сайт научные исследования <https://infopedia.su/4x3e87.html>;
<https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/663252>
- 4.Электронная библиотека СГАУ - <http://library.sgau.ru>
- 5.НЭБ - <http://elibrary.ru>
- 6.<http://edu.znate.ru/docs/3997/index-94535-6.html>
- 7.Студенческая библиотека <http://www.studmedlib.ru>
- 8.<http://vladmedicina.ru> Медицинский портал Приморского края
- 9.<http://www.rosminzdrav.ru> Официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации

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.

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ

Для реализации программы производственной практики используются помещения и оборудование (персональные компьютеры), библиотека ШБМ

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

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов выбор мест прохождения практики согласуется с требованием их доступности для данных обучающихся и практика проводится с учетом особенностей их

психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

<p>Компьютерный класс на 22 рабочих мест: Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty (25 шт.)</p>	<p>690922, Приморский край, г. Владивосток, остров Русский, полуостров Саперный, поселок Аякс, 10, ауд. М612, площадь 47,2 м²</p>
<p>Моноблок HP ProOne 400 All-in-One 19,5 (1600x900), Core i3-4150T, 4GB DDR3-1600 (1x4GB), 1TB HDD 7200 SATA, DVD+/-RW, GigEth, Wi-Fi, BT, usb kbd/mse, Win7Pro (64-bit)+Win8.1Pro(64-bit), 1-1-1 Wty Скорость доступа в Интернет 500 Мбит/сек. Рабочие места для людей с ограниченными возможностями здоровья оснащены дисплеями и принтерами Брайля; оборудованы: портативными устройствами для чтения плоскочечатных текстов, сканирующими и читающими машинами 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>

Базы учебных и производственных практик:

1. Медицинский центр ДВФУ
2. ГБУЗ Краевая клиническая больница №2
3. КГАУЗ Владивостокская клиническая больница № 2
4. КГБУЗ Владивостокская клиническая больница №4
5. 5.ГБУЗ Приморский краевой перинатальный центр



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА «ПРЕДДИПЛОМНАЯ
ПРАКТИКА» Б2.В.09(П)**

Направление подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение

(наименование направления подготовки)

магистерская программа «Организация и управление медицинской и
фармацевтической деятельностью»

Форма подготовки очная

Владивосток
2019

Разработчики:

Директор Департамента ОЗиПМ д.м.н., к.т.н., профессор П.Ф.Кику
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Доцент кафедры ОЗиПМ к.м.н. В.Г.Морева
(занимаемая должность) (инициалы, фамилия)

Эксперты¹⁸:

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

(наименование организации, занимаемая должность)

(инициалы, фамилия)

¹⁸ Целесообразно ФОС по практике представить на внешнюю экспертизу. К проведению внешней экспертизы привлекаются представители работодателей и профессиональных сообществ, представляющих соответствующий сегмент рынка труда, также в ней могут принять участие преподаватели из других вузов, выпускники.

**Паспорт ФОС по
ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ «ПРЕДДИПЛОМНАЯ
ПРАКТИКА» Б2.В.09(П)**

Таблица 1

Шкала оценивания сформированности компетенций

Планируемый результат обучения (код и формулировка планируемых результатов практики)	Этап формирования компетенции, реализуемый в рамках практики	Показатели оценивания	Критерии
ПК-1 способность проводить расчет, оценку и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения	2 (базовый)	Знает принципы организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Умеет осуществлять прикладные и практические проекты и иные мероприятия по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
		Владеет навыками организации прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения	да/нет
ПК-2 способность осуществлять подготовку презентационных материалов, информационно-аналитических материалов, справок о деятельности медицинской организации или ее подразделений, ведения	2 (базовый)	Знает Основные методы научных исследований в здравоохранении, организации научно-исследовательской работы, методы подготовки презентационных материалов, информационно-аналитических справок	да/нет
		Умеет Поставить и выбрать цель работы, сформулировать задачи, публично представить результаты научной работы, подготовить справку о деятельности медицинской организации или ее структурных подразделений	да/нет
		Владеет Методами сбора, обработки,	да/нет

организационно-методической деятельности в медицинской организации		анализа информации, знаниями о научных направлениях в здравоохранении, способах управления ими, а также способами и методами ведения организационно-методической деятельности в медицинской организации	
ПК-3 способность организации, планирования и контроля деятельности структурного подразделения медицинской организации	2 (базовый)	Знает основы планирования, организации и осуществление деятельности структурного подразделения медицинской организации	да/нет
		Умеет проводить анализ и оценку показателей деятельности структурного подразделения медицинской организации	да/нет
		Владеет навыками подготовки обоснования объемов медицинской помощи и показателей деятельности в соответствии с необходимыми ресурсами в структурном подразделении медицинской организации	да/нет
ПК-4 Способность проводить анализ и оценку показателей деятельности медицинской организации, управление ресурсами медицинской организации, разработку и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовку обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации и потребностями населения	2 (базовый)	Знает принципы организации и осуществления мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации	да/нет
		Умеет планировать мероприятия по обеспечению охраны здоровья населения внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовку обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации	да/нет
		Владеет навыками организации и осуществлению мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения, а также владеет методами анализа и оценки показателей деятельности медицинской организации, управления ресурсами медицинской организации, методами разработки и внедрения системы менеджмента качества в медицинской организации, подготовкой обоснования объемов медицинской помощи в соответствии с ресурсами медицинской организации и потребностями населения	да/нет
ПК-5 способность производить оценку эффективности деятельности медицинской организации, разрабатывать и выбирать оптимальные	2 (базовый)	Знает принципы целеполагания, виды и методы организационного планирования и фундаментальные концепции финансового менеджмента, а также метод процессного подхода к управлению медицинской организации	да/нет
		Умеет разрабатывать корпоративные, конкурентные и функциональные стратегии развития организации,	да/нет

управленческие решения, разрабатывать бизнес-план развития медицинской организации, использовать процессный подход в управлении медицинской организации, использовать технологические карты процессов медицинской 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.	да/нет
ПК-6 способность разрабатывать планы и программы, формировать систему показателей деятельности медицинской организации, оценивать эффективность деятельности медицинской организации, вырабатывать варианты управленческих решений и оценивать риски, связанные с их реализацией	2 (базовый)	Знает основные методы разработки планов и программ работы медицинской организации, формирование системы показателей деятельности медицинской организации	да/нет
		Умеет поставить и выбрать цель работы медицинской организации, сформулировать задачи, формировать систему показателей деятельности медицинской организации, оценивать эффективность деятельности медицинской организации	да/нет
		Владеет методами сбора, обработки, анализа информации, знаниями о научных направлениях в здравоохранении, способах управления ими, выработкой вариантов управленческих решений и оценкой рисков, связанные с их реализацией	да/нет

Результат обучения считается достигнутым, если уровень сформированности компетенций составляет более 60%.

Шкала оценивания:

менее 60% – «неудовлетворительно».

60% – 79% положительно оцененных показателей – «удовлетворительно»,

80% – 89% – «хорошо»,

90% – 100% – «отлично»,

Итоговая отметка может быть выведена как среднее арифметическое значение отметок по всем оцениваемым компетенциям (элементам компетенций).

Шкала оценивания и критерии оценки результатов защиты отчета по практике

При выставлении оценки «отлично» при защите отчета по практике студент должен демонстрировать высокий уровень, оценки «хорошо» - продвинутый уровень, а оценки «удовлетворительно» - пороговый.

Основные объекты оценивания результатов прохождения практики:

- деловая активность студента в процессе практики;
- производственная дисциплина студента;
- качество выполнения индивидуального задания;
- оформление дневника практики;
- качество выполнения и оформления отчета по практике;
- уровень ответов при сдаче зачета (защите отчета);
- характеристика и оценка работы студента руководителем практики с места прохождения практики

При выставлении оценки принимаются во внимание следующие показатели:

- глубина раскрытия выбранной темы исследования;
- научная новизна и самостоятельность проведенного исследования;
- соответствие уровня подготовленных магистрантом учебно-методических материалов по теме учебного занятия предъявляемым требованиям;
- оценка методического уровня подготовки, организации и проведения учебного занятия;
- соответствие отчетных документов по практике основным требованиям;
- характеристика с места прохождения практики;
- участие в итоговой конференции;
- мнение научного руководителя.

Критерии выставления оценки студенту на зачете по практике

Оценка	Требования к сформированным компетенциям
--------	--

«отлично»	Оценка «отлично» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, умеет приводить примеры, ответил на все вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью, глубиной и полнотой раскрытия темы
«хорошо»	Оценка «хорошо» выставляется студенту, если он полностью выполнил программу практики, умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, хорошо справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответил на основные вопросы во время защиты практики, ответы отличаются логичностью и полнотой раскрытия темы, однако допускается одна - две неточности в ответе.
«удовлетворительно»	Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, если он выполнил основную часть программы практики, но с трудом умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, в целом справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, ответы на вопросы во время защиты практики отличаются недостаточной глубиной и полнотой
«неудовлетворительно»	Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, который не выполнил программу практики, не умеет использовать теоретические знания при выполнении задания по практике, не справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не ответил на основные вопросы во время защиты практики

Студент, не выполнивший программу практики по уважительной причине, направляется на практику повторно в свободное от аудиторных занятий время. Студент, не выполнивший программу практики без уважительной причины или получивший неудовлетворительную оценку, считается имеющим академическую задолженность. Ликвидация этой задолженности проводится в соответствии с нормативными документами ДВФУ.

Типовые задания для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

За время практики студенту необходимо выполнить индивидуальное задание по изучению отдельных направлений работы или видов деятельности

организации, решению конкретных задач в интересах базы практики и ДВФУ.

Индивидуальное задание на производственную практику

- провести анализ состояния и динамики показателей качества работы медицинской организации с использованием необходимых методов и средств исследований;

- предложить способы создания моделей, позволяющих прогнозировать улучшение мероприятий по качественному оказанию медицинской помощи населению;

- разработать план, программу и методику проведения исследований схем процессов управления;

- провести анализ, синтез и оптимизацию процессов обеспечения качества оказания медицинской помощи в медицинской организации;

- провести комплексную оценку эффективности намеченных мероприятий по улучшению качества медицинской помощи в медицинской организации;

- предложить способы организационного обеспечения и реализации графика контроля проводимых мероприятий по улучшению качества медицинской помощи;

- составить практические рекомендации по использованию результатов исследований и разработок.

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания

Для получения положительной оценки по результатам практики студент должен полностью выполнить программу практики, своевременно оформить и представить в Департамент все необходимые отчетные документы.

Результаты проделанной работы должны получить отражение в отчете о практике. Отчет проверяется и подписывается руководителем практики от предприятия, затем представляется руководителю практики от вуза на последней неделе практики в установленный срок. В случае, если местом

прохождения практики является Департамент ДВФУ, отчет оформляется студентом и сдается руководителю практики от вуза.

Итоговая оценка за практику выставляется на основании всех представленных документов, посредством которых выявляется регулярность посещения места практики, тщательность составления отчета, инициативность студента, проявленная в процессе практики и способность к самостоятельной профессиональной деятельности.

Результаты прохождения практики оцениваются по следующим критериям:

- уровню освоения компетенций;
- отзыву руководителя практики от организации;
- практическим результатам проведенных работ и их значимости;
- качеству ответов студента на вопросы по существу отчета.

По результатам проведения практики и защиты отчетов студентов, преподавателем – руководителем практики составляется сводный отчет.

Зачет по практике приравнивается к оценкам по теоретическому обучению и учитывается при подведении итогов общей успеваемости студентов. Оценка, полученная студентами на зачете, учитывается при назначении стипендии.

Студенты, не выполнившие программу без уважительной причины или получившие отрицательную оценку, могут быть отчислены из высшего учебного заведения как имеющие академическую задолженность в порядке, предусмотренном уставом вуза.

Оформление отчёта по практике

Отчет по производственной практике составляется в соответствии с основным этапом программы практики и отражает выполнение индивидуального задания. Объем отчета должен составлять 15-25 страниц машинописного текста (без учета приложений). Отчет оформляется на бумаге формата А4 (210x297 мм) и брошюруется в единый блок. Текст отчета излагается на одной стороне листа, шрифтом Times New Roman, 14

размером, через 1,5 интервала. Каждая страница работы оформляется со следующими полями: левое - 30 мм; правое - 10 мм; верхнее - 20 мм; нижнее - 20 мм. Абзацный отступ в тексте - 1,5 см. Все страницы работы должны иметь сквозную нумерацию, включая приложения. Нумерация производится арабскими цифрами, при этом порядковый номер страницы ставится в нижнем правом углу, начиная с оглавления после титульного листа. Все структурные элементы отчета о практике брошюруются (сшиваются).

Отчет должен быть иллюстрирован таблицами, графиками, схемами, заполненными бланками, рисунками. Страницы отчета нумеруют арабскими цифрами, с соблюдением сквозной нумерации по всему тексту. Номер проставляется в центре нижней части листа (выравнивание от центра) без точки в конце номера. Схемы, рисунки, таблицы и другой иллюстративный материал, расположенный на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц, но не засчитываются в объем работы. Если они не могут быть приведены в варианте компьютерной графики, их следует выполнять черными чернилами или тушью. Титульный лист включается в общую нумерацию страниц, однако номер страницы на титульном листе не проставляется. Цифровой материал должен оформляться в виде таблиц. Таблицу следует располагать в отчете непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или на следующей странице. На все приводимые таблицы должны быть ссылки в тексте отчета. Таблицы следует нумеровать арабскими цифрами порядковой нумерацией в пределах всего текста отчета. Номер следует размещать над таблицей слева без абзацного отступа после слова «Таблица». Каждая таблица должна иметь заголовок, который помещается в одну строку с её номером через тире. Рисунки (чертежи, графики, схемы, компьютерные распечатки, диаграммы, фотоснимки) следует располагать в работе непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или на следующей странице.

Содержание разделов отчёта

Титульный лист (приложение 1)

Содержание

Введение

Основная часть

- Общая характеристика базы практики
- Описание рабочего места и функциональных обязанностей
- Индивидуальное задание для прохождения практики (приложение 2)

Заключение о результатах практики

Список использованных источников и литературы

Приложения.

Рекомендации по содержанию отчета

Во введении необходимо описать цели и задачи практики, дать краткую характеристику места практики (организации), сформулировать миссию организации.

Основная часть должна содержать описание истории создания места практики, организационной структуры предприятия, конкурентной среды организации, сферы деятельности объекта практики.

Далее описываются этапы выполнения работ в соответствии с индивидуальным заданием, приводятся предложения по совершенствованию и организации работы медицинской организации.

Заключение отражает достигнутые результаты, анализ возникших проблем и варианты их устранения, собственную оценку уровня своей профессиональной подготовки по итогам практики. Отчет должен отражать мнение студента к изученным в ходе теоретической подготовки вопросам, их соответствия реальной деятельности, а также какие специальные навыки и знания студент приобрел в ходе практики.

К отчету о прохождении практики прилагаются:

- отзыв руководителя практики от принимающей стороны: характеристика отношения практиканта к работе, дисциплинированность, наличие необходимых навыков работы, проявленных деловых и моральных качеств, общая оценка всей работы практиканта за период практики, в

произвольной форме (в случае если местом прохождения практики является ДВФУ, отзыв руководителя практики не оформляется);

- дневник практики, заверенный руководителем практики от принимающей стороны, включающий перечень и краткое описание ежедневных видов работ, выполненных студентом во время практики в соответствии с календарным планом прохождения практики (приложение 3).



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

ОТЧЕТ

ПРЕДДИПЛОМНАЯ ПРАКТИКА

по основной образовательной программе подготовки магистров

по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»

Автор работы студент группы М 7107

Фамилия Имя Отчество _____

подпись

« ____ » _____ 20__ г.

Руководитель практики от ШБМ ДВФУ
доцент, к.м.н. В.Г. Морева

Отчет защищен с оценкой _____
доцент, к.м.н. В.Г. Морева

« ____ » _____ 20__ г.

г. Владивосток

20__ г.

Индивидуальное задание по практике
Преддипломная практика

Студенту группы М _____

Место прохождения практики _____

Сроки прохождения практики с _____ по _____ 20__ года

Виды работ и требования по их выполнению _____

Руководитель практики от ДВФУ

должность

подпись

ФИО

« ___ » _____ 20__ г.



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

ШКОЛА БИОМЕДИЦИНЫ

Департамент общественного здоровья и профилактической медицины

Фамилия Имя Отчество

Группа _____

Дневник

прохождения преддипломной практики
(с «__» ____ 20__ г. по «__» ____ 20__ г.) (4 недели)

**по основной образовательной программе подготовки магистров
по направлению 32.04.01 «Общественное здравоохранение»**

Место практики –

Время практики:
начало «__» ____ 20__ г.
окончание «__» ____ 20__ г.
Руководитель практики от
предприятия _____

г. Владивосток
20__

Рекомендации по ведению дневника практики

Студент проходит практику в соответствии с утвержденным календарным графиком учебного процесса.

Каждый студент в период практики обязан вести дневник о прохождении практики.

Заполнение дневника производится регулярно и аккуратно. В дневнике отражается фактическая работа студента и мероприятия, в которых он принимает участие. Дневник периодически просматривается руководителем практики. Подробное описание всех выполненных работ приводится в отчете по практике.

По окончании практики дневник заверяется руководителем практики.