

Государственное автономное учреждение Чувашской Республики
дополнительного профессионального образования
«Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики

Документ подписан при помощи электронной подписи
Информация о владельце:
ФИО: Матвеев Роман Сталинарьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 25.10.2022 18:48
Уникальный программный ключ:
a1fced18b7ed974d9aae7ca022a0bd4130c0e7f8

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ГАУ ДПО «Институт
усовершенствования врачей»
Минздрава Чувашии
Р.С. Матвеев
« 29 » августа 2019 г.



**Фонд оценочных средств
для текущего контроля знаний и
промежуточной аттестации по дисциплине
Общественное здоровье и здравоохранение**

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальностям:

31.08.02 Анестезиология-реаниматология

Квалификация – **Врач – анестезиолог-реаниматолог**

31.08.48 Скорая медицинская помощь

Квалификация – **Врач скорой медицинской помощи**

Форма обучения - **очная**

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине
Организация здравоохранения и общественное здоровье**

Формируемые компетенции:

Универсальные: УК-1, УК-2.

Профессиональные: ПК-1; ПК-4; ПК-9 (для специальности Скорая медицинская помощь), ПК-10 (для специальности Анестезиология-реаниматология); ПК-10 (для специальности Скорая медицинская помощь), ПК-11 (для специальности Анестезиология-реаниматология);

Оценочные средства	Количество
Текущий контроль знаний	
Тестовые вопросы	100
Промежуточная аттестация	
Вопросы для зачета	125

Критерии текущего контроля знаний:

- Критерии оценивания тестирования

Оценка	Критерии
«Отлично»	91% и выше правильных ответов тестовых заданий
«Хорошо»	от 81% до 90% правильных ответов тестовых заданий
«Удовлетворительно»	от 71% до 80% правильных ответов тестовых заданий
«Неудовлетворительно»	ниже 70% правильных ответов тестовых заданий

Критерии промежуточного контроля знаний обучающегося

«Зачтено» - выставляется ординатору, показавшему знание основного учебного материала необходимого для дальнейшей работы, выполнившего задания, предусмотренные программой, может привести примеры, доказывающие базовые теоретические положения изученной дисциплины.

«Не зачтено» - выставляется ординатору, показавшему значительные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившего принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

Перечень вопросов для тестирования:

1. Укажите принципы охраны здоровья населения, изложенные в "Основах законодательства об охране здоровья граждан РФ".

А. соблюдение прав человека в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий,

Б. приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан, доступность медико-социальной помощи,

В. социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья,

Г. ответственность законодательной и исполнительной власти, работодателей за охрану здоровья населения.

2. Основные направления реформы здравоохранения в РФ:

А. децентрализация системы управления,

Б. внедрение альтернативных источников финансирования,

В. сохранение бесплатной медицинской помощи в полном объеме,

Г. реструктуризация больничной помощи,

Д. приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи.

3. Основные модели общеврачебной (семейной) практики:

А. частнопрактикующий врач общей (семейной) практики,

Б. групповая общеврачебная (семейная) практика,

В. участковый (цеховой) врач медико-санитарной части,

Г. отделения общеврачебной (семейной) практики в территориальных поликлиниках.

4. Укажите основные общепринятые показатели, по которым судят о потенциале здоровья населения:

- А. демографические показатели, заболеваемость, инвалидность и физическое развитие,
- Б. демографические показатели, показатели естественного движения, заболеваемость, инвалидность;
- В. показатели естественного движения, заболеваемость, инвалидность, физическое развитие.

5. Индекс здоровья - это:

- А. частота случаев всех заболеваний среди населения за календарный период;
- Б. доля лиц среди всего населения, не болевших в течение года, контингент лиц, имевших по крайней мере один случай заболевания в течение года;
- В. соотношение здоровых и больных лиц.

6. Для развитых стран характерны следующие демографические характеристики:

- А. высокая рождаемость, низкая смертность, низкая младенческая смертность, большой показатель продолжительности предстоящей жизни;
- Б. низкая рождаемость, средний уровень смертности, низкая младенческая смертность, большой показатель продолжительности предстоящей жизни;
- В. высокая рождаемость, высокая смертность, высокая младенческая смертность, низкая продолжительность предстоящей жизни;
- Г. низкая рождаемость, высокая смертность, высокая младенческая смертность, низкая продолжительность предстоящей жизни.

7. Для развивающихся стран характерны следующие демографические характеристики:

- А. высокая рождаемость, низкая смертность, низкая младенческая смертность, высокая продолжительность предстоящей жизни;
- Б. низкая рождаемость, низкая смертность, низкая младенческая смертность, высокая продолжительность предстоящей жизни;
- В. высокая рождаемость, высокая смертность, высокая младенческая смертность, низкая продолжительность предстоящей жизни;
- Г. низкая рождаемость, высокая смертность, высокая младенческая смертность, низкая продолжительность предстоящей жизни.

8. Укажите основные причины увеличения показателя общей смертности населения РФ за последние два-три десятилетия:

- А. рост числа болезней органов кровообращения и онкозаболеваний, старение населения, рост числа смертей от тяжелых травм, отравлений и несчастных случаев;
- Б. улучшение регистрации случаев смерти, старение населения;
- В. увеличение детской смертности, увеличение смертности от болезней органов кровообращения и онкозаболеваний;
- Г. снижение уровня рождаемости, старение населения;
- Д. увеличение смертности населения в рабочем возрасте, старение населения.

9. Современные тенденции заболеваемости населения России характерны для данного этапа охраны здоровья все, кроме:

- А. увеличения числа хронических болезней (болезней системы кровообращения, новообразований, эндокринных болезней) в молодом возрасте,
- Б. роста общей заболеваемости только за счет совершенствования системы диагностики и регистрации болезней;
- В. увеличения числа бессимптомных и атипичных форм заболеваний;
- Г. увеличения числа больных, имеющих сочетанную патологию.

10. В соответствии с законом "О медицинском страховании граждан РФ" каждый гражданин имеет определенные права, кроме:

- А. права на обязательное и добровольное медицинское страхование;
- Б. права на свободный выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами ОМС и ДМС;
- В. права на возвращение части страховых взносов при ОМС;

Г. права на получение первичной медицинской помощи на всей территории РФ, в т.ч. за пределами постоянного места жительства.

11.Тарифы на медицинские услуги разрабатываются:

- А. фондами обязательного медицинского страхования;
- Б. страховыми медицинскими организациями;
- В. органами государственного управления здравоохранением;
- Г. профессиональными медицинскими ассоциациями;
- Д. совместно всеми вышеперечисленными структурами.

12.Какое из перечисленных определений медицинского страхования является наиболее полным:

А. медицинское страхование - это система мероприятий по формированию особых страховых фондов;

Б. медицинское страхование - это система отношений по защите интересов физических лиц;

В. медицинское страхование - это система отношений по защите финансовых интересов физических лиц (граждан) при наступлении страховых случаев, связанных с нарушением здоровья;

Г. медицинское страхование - это система мероприятий по формированию фондов, предназначенных для финансирования медицинской помощи.

13.В базовую программу ОМС не входят диагностика и лечение:

- А. доброкачественных опухолей
- Б. деформаций и хромосомных болезней у взрослых
- В. деформаций и хромосомных болезней у детей
- Г. венерических заболеваний.

14.Себестоимость это:

А. выраженные в денежной форме затраты предприятия на производство и реализацию продукции (или услуг)

Б. цена продукции без учета налогов

В. сумма расходов на оплату труда и начислений на оплату труда при производстве данного объема продукции.

15.По экономическим элементам затрат себестоимость продукции (или услуг) включает:

А. расходы на оплату труда, сырья, материалы, топливо, энергию, основные производственные фонды, прочие расходы:

Б. Расходы на оплату труда, начисления на оплату труда, сырье, материалы, топливо, энергию, амортизацию основных фондов, прочие расходы.

В. Расходы на оплату труда, начисление на оплату труда, основные фонды, оборотные средства, прочие расходы.

16.Основные фонды (средства) лечебно-профилактических учреждений включают:

А. здания лечебных учреждений, сооружения, лечебное и диагностическое оборудование, медикаменты и перевязочные средства, фонд оплаты труда.

Б. здания лечебно - профилактических учреждений, сооружения, лечебное и диагностическое оборудование, ЭВМ, машины скорой помощи.

В. лечебное и диагностическое оборудование, медикаменты, перевязочные средства, медицинские инструменты.

17.Оборотные средства лечебно - профилактических учреждений включают:

А. фонд оплаты труда, начисления на оплату труда, медикаменты, лечебное и диагностическое оборудование, средства ухода за больными, малоценный и быстроизнашивающийся инвентарь, денежные средства на прочие текущие расходы.

Б. медикаменты, затраты на питание больных в стационарах, лечебное и диагностическое оборудование, денежные средства на прочие текущие расходы.

В. медикаменты, средств ухода за больными, малоценный и быстроизнашивающийся инвентарь, фонд оплаты труда, затраты на топливо, электроэнергию, газ, воду, затраты на питание больных в стационарах, денежные средства на прочие текущие расходы.

18.В Концепции развития здравоохранения и медицинской науки регламентируется распределение количества коек в зависимости от интенсивности лечебно - диагностического процесса:

А. интенсивное лечение - до 50%, восстановительное лечение до 20%, длительное лечение больных хроническими заболеваниями до 15%, медико-социальная помощь до 15%.

Б. интенсивное лечение - до 30%, восстановительное лечение - до 35%, длительное лечение больных хроническими заболеваниями - до 20%, медико-социальная помощь - до 15%

В. интенсивное лечение - до 20%, восстановительное лечение - до 45%, длительное лечение больных хроническими заболеваниями - до 20%, медико-социальная помощь - до 15%.

19.Фондоотдача в ЛПУ рассчитывается как:

А. отношение стоимости оказанных медицинских услуг за определенный период времени (например, за год) к среднегодовой стоимости производственных фондов (суммы основных фондов и оборотных средств).

Б. отношение стоимости оказанных медицинских услуг за определенное время (например, за год) к среднегодовой стоимости основных фондов.

В. отношение стоимости основных фондов к численности медицинских работников ЛПУ.

20.На практике в здравоохранении РФ распространено использование "модели цены", по которой цена на платные медицинские услуги определяется как:

А. сумма себестоимости и прибыли, рассчитываемой умножением себестоимости на норму рентабельности, директивно установленную государственными органами здравоохранения.

Б. сумма себестоимости и прибыли, рассчитываемой умножением себестоимости на норму рентабельности, сложившуюся в практике на рынке медицинских услуг.

В. сумма себестоимости и чистой прибыли.

21.Основные четыре группы цен, сложившиеся в РФ на медицинские услуги в настоящее время:

А."Бюджетные оценки", не включающие прибыль, прейскуранные цены, договорные цены, тарифы по добровольному медицинскому страхованию.

Б. «Бюджетные оценки", не включающие прибыль, прейскуранные цены, договорные цены, тарифы в системе обязательного медицинского страхования.

В. Прейскуранные цены, договорные цены, тарифы по добровольному медицинскому страхованию, тарифы в системе обязательного медицинского страхования.

22.Основные направления, по которым может быть осуществлено государственное регулирование цен на медицинские услуги в России:

А. на основе увеличения бюджетного финансирования лечебных учреждений, через систему налогообложения и налоговых льгот.

Б. через систему медико-экономических стандартов, увеличения удельного веса фондов обязательного медицинского страхования в общем объеме финансирования здравоохранения.

В. через систему налогообложения и налоговых льгот, через установление максимальной нормы рентабельности, через систему государственных заказов с использованием конкурсов, через медико-экономические стандарты.

23.В программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью предусматривается, что подушевые нормативы финансирования определяются:

А. органами исполнительной власти субъектов РФ, исходя из определенных ими показателей стоимости медицинской помощи по видам ее оказания в соответствии с методическими рекомендациями МЗ РФ.

Б. Минздравом РФ совместно с Федеральным Фондом обязательного медицинского страхования.

24.В системе обязательного медицинского страхования возможны две схемы финансирования медицинских учреждений:

А. Финансирование через страховые медицинские организации, осуществляющие ОМС, и финансирование филиалами территориальных фондов ОМС.

Б. Финансирование через страховые медицинские организации, осуществляющие ОМС и страховые медицинские организации, осуществляющие добровольное медицинское страхование.

В. Финансирование через страховые медицинские организации, осуществляющие ОМС, и местные бюджеты.

25.Эффективность измеряется:

А. Сопоставлением полученного полезного эффекта с затратами: эффект

Б. Эффективность = затраты

В. Эффективность равна разнице между полученным полезным эффектом и затратами, обеспечившими получение этого эффекта.

26.Производительность труда рассчитывается как:

А. Отношение объема произведенной продукции или услуг в натуральном или стоимостном выражении (П) с численностью работников или количеством затраченного рабочего времени в рабочих часах или днях (Т): $ПТ=П/Т$,

Б. Отношение объема произведенной продукции или услуг в натуральном или стоимостном выражении (П) со стоимостью производственных фондов (Ф): $ПТ=П/Ф$

27.Наиболее обобщающим, интегральным показателем экономической эффективности (Эф н/х) является показатель, рассчитанный как:

А. Отношение произведенного за год национального дохода (НД) ко всем затратам, приведенным к годовой соразмерности (З):

Б. Отношение суммы доходов государственного бюджета страны (Б) ко всем затратам, приведенным к годовой соразмерности (З):

$$\text{Эфн/х} = \frac{Б}{З}$$

В. Сумма полученного за год национального дохода (НД) или сумма валового внутреннего продукта (ВВП).

28.Перечислите уровни эффективности в здравоохранении:

А. Макроуровень, медицинский, социальный, экономический.

Б. Макро уровень, мезо уровень, микро уровень.

В. Макроэкономический, микроэкономический, медицинский, социальный.

29.Перечислите виды эффективности в здравоохранении:

А. Медицинская, социальная, экономическая.

Б. Макроэкономическая, микроэкономическая, медицинская, социальная, правовая.

В. Медицинская, макроэкономическая, мезоэкономическая, социальная, правовая.

30.Народнохозяйственный экономический эффект лечебно-профилактической помощи (Э) рассчитывается:

А. Как снижение экономических потерь, убытков от заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности в расчетном периоде или расчетных условиях (Ур) по сравнению с потерями в базисном периоде или базисных условиях (Уб): $\text{Э} = \text{Уб} - \text{Ур}$

Б. Как отношение экономических потерь, убытков от заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности в данном (расчетном) периоде (Ур) к аналогичным потерям в базисном периоде (Уб), то есть: $\text{Э} = \text{Ур}/\text{Уб}$

31.Экономическая эффективность предпринимательской деятельности в здравоохранении определяется:

А. Снижением народнохозяйственных потерь от заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности.

Б. Нормой рентабельности.

В.Величиной чистой прибыли.

32.Какую формулу следует использовать при расчете народнохозяйственного экономического эффекта от сокращения сроков лечения:

А. $\text{Э} = ((Д1 + В1) * t_p * P) + (Л1 * \text{Йс} * Ч)$

Б. $\text{Э} = \text{Э}1_p * P, \text{Э}1 = -(Д1 + В1) * 1_p + (Л1 * \text{ис})$

В. $\text{Э} = (Б1 * \text{гр} * P) + (Л1 * t_K * 4)$

Г. $\text{Эф} = \text{Э}/3$.

33.Распределение дней заболеваемости с временной утратой трудоспособности на дни стационарного лечения и поликлинического лечения в среднем составляет:

А. 20% - стационарное и 80% - поликлиническое лечение.

Б. 50% - стационарное и 50% - поликлиническое лечение.

В. 80% - стационарное и 20% - поликлиническое лечение.

34. Основные слагаемые народнохозяйственных потерь от заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

А. Недопроизведенная в результате заболеваемости новая стоимость (национальный доход, чистая продукция); сумма пособий по временной нетрудоспособности и за счет средств социального страхования; затраты на лечение

Б. Недопроизведенная в результате заболеваемости продукция, сумма пособий по временной нетрудоспособности за счет средств социального страхования, затраты на лечение.

В. Недопроизведенная в результате заболеваемости новая стоимость (национальный доход), затраты на лечение.

35. Народнохозяйственная экономическая эффективность лечебно-профилактической помощи (Эф) рассчитывается по формуле:

А. $Э = Уб - Ур$

Б. $Э = Ур - Уб$

В. $Эф = Э/З$

Обозначения: У - экономическая эффективность потери, убытки от заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности (Уб - в базисном периоде или базисных условиях, Ур - в расчетном периоде); Эф - эффективность, З - затраты

36. С какого срока выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам женщине при многоплодной беременности

А. с 26 недель беременности

Б. с 28 недель беременности

В. с 30 недель беременности

37. В установлении факта инвалидности принимают участие:

А. врачи ЛПУ - выявляют признаки инвалидности

Б. врачи-эксперты бюро МСЭ - устанавливают факт стойкого нарушения трудоспособности

В. врачи-эксперты бюро МСЭ - устанавливают причины, признаки и факт инвалидности.

38. При определении трудоспособности важно учитывать:

А. медицинские критерии,

Б. полный клинический диагноз

В. наличие профессиональных вредностей

Г. социальные критерии

Д. медицинские и социальные критерии.

39. Социальные критерии отражают все, кроме

А. наличия осложнений основного заболевания,

Б. характеристики напряжения

В. организации, ритма работы

Г. нагрузки на отдельные органы и системы

Д. наличия профессиональных вредностей.

40. Листок нетрудоспособности не выдается

А. при уходе за больным членом семьи

Б. заболевшим лицам, находящимся в очередном отпуске

В. заболевшим лицам, находящимся в отпуске без сохранения заработной платы

Г. при бытовой травме

41. Листок нетрудоспособности может быть выдан за прошедшие дни в случае

А. стационарного лечения

Б. если первый день заболевания был выходным днем

В. если больной по состоянию здоровья не мог обратиться в ЛПУ

42. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности может быть разрешено среднему медицинскому работнику

А. во время очередного отпуска врача

Б. в отдельных случаях по решению органа управления здравоохранением

- В. в исключительных случаях по приказу главного врача
- Г. всегда в труднодоступных районах
- Д. ни при каких обстоятельствах

43. Не имеют права выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность врачи

- А. стационара родильного дома
- Б. травматологического отделения больницы
- В. домов отдыха
- Г. детской больницы

44. Лечащий врач имеет право выдачи листков нетрудоспособности единолично и одновременно

- А. до 5 дней
- Б. до 7 дней
- В. до 10 дней
- Д. до 30 дней

45. У женщины Н., 24 лет, состоящей на учете в женской консультации диагностирована многоплодная беременность. На 38 неделе беременности она была госпитализирована в стационар родильного дома, где родила двух живых детей. Роды осложнились большой кровопотерей. Врачам стационара следует выдать листок нетрудоспособности

- А. на 16 дней
- Б. на 20 дней
- В. на 40 дней
- Г. на 40+16 дней
- Д. на 194 дня

46. Утвержденные МЗ РФ ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при отдельных заболеваниях и травмах

- А. следует применять с учетом социальных критериев
- Б. следует строго соблюдать
- В. касаются только врачей государственной системы здравоохранения

47. Ткачиха Кузнецова М.И., находясь в отпуске по уходу за ребенком, срок которого истек 1 апреля, обратилась 25 марта к травматологу по поводу бытовой травмы. Временная нетрудоспособность продолжалась по 14 апреля включительно. Лечащий врач обязан выдать листок нетрудоспособности

- А. с 25.03.
- Б. с 1.04.
- В. с 2.04
- Г. с 11 дня заболевания

48. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком не может быть выдан матери

- А. при наличии других неработающих взрослых членов семьи
- Б. при отказе от госпитализации
- В. в период очередного отпуска
- Г. во всех перечисленных случаях

49. Укажите, какие, по вашему мнению, вопросы не находятся в компетенции лечащего врача

- А. назначение дополнительных исследований V б) выдача заключения о направлении больного в БМСЭ
- Б. направление больного на КЭК
- В. определение сроков ВН

50. В листке нетрудоспособности указывают следующие виды режима, кроме

- А. «санаторный»
- Б. «лечебно-охранительный»
- В. «стационарный + амбулаторный»
- Г. «постельный»

51. В графе «отметка о нарушении режима» указывается

- А. вид нарушения режима

Б. «явился трудоспособным»

В. дата нарушения режима

Г. печать ЛПУ

Д. верно а), в), г)

52. Листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения выдается:

А. на число дней, недостающих к очередному и дополнительному отпускам;

Б. на число дней лечения;

В. на число дней, недостающих к очередному и дополнительному отпускам,- и время проезда;

Г. на время проезда к месту расположения санатория и обратно;

Д. листок нетрудоспособности не выдается.

53. Женщинам в случае нормально протекающей беременности, родов и послеродового периода и рождения живого ребенка листок нетрудоспособности выдается на срок:

А. 86 дней

Б. 140 дней

В. 156 дней

Г. 180 дней

Д. 194 дня

54. У женщины А., 23 лет, состоящей на учете в женской консультации, на 29 неделе беременности в роддоме родился живой ребенок. На 12 день ребенок и мать были выписаны. Листок нетрудоспособности должен быть выдан

А. роддомом на срок 86 дней

Б. женской консультацией по месту жительства на срок 140 дней, стационаром родильного дома на 16 дней

В. роддомом на срок 140 дней

Г. роддомом на срок 156 дней

55. Больной Иванов П.И. в период очередного отпуска, находясь на санаторно-курортном лечении, получил травму. Укажите правильное разрешение данной ситуации

А. больному необходимо продлить срок нетрудоспособности на число дней временной нетрудоспособности

Б. выдать листок нетрудоспособности на общих основаниях

В. выдать листок нетрудоспособности с отметкой в графе «режим»: «санаторно-курортный»

Г. выдать справку произвольной формы

56. Основным документом, дающим право медицинскому учреждению и лицам заниматься основными видами медицинской деятельности или частной медицинской и фармацевтической деятельностью является

А. диплом врача

Б. сертификат;

В. лицензия,

Г. удостоверение о краткосрочном повышении квалификации;

Д. диплом о профессиональной подготовке.

57. Сертификат специалиста считается действительным:

А. в течение года;

Б. в течение 3-х лет;

В. в течение 5 лет

Г. постоянно;

Д. до переаттестации.

58. На должность руководителя учреждения допускаются:

А. любой специалист, имеющий высшее медицинское образование;

Б. любой врач-специалист, имеющий стаж работы по специальности не менее 5 лет;

В. врач, получивший специальное, дополнительное образование.

59. Какой стаж по специальности необходим для того, чтобы врач мог претендовать на получение высшей квалификационной категории:

- А. 1 год;
- Б. 3 года;
- В. 5 лет;
- Г. 7 лет;
- Д. 10 лет.

60. Какой стаж по специальности является необходимым условием для рассмотрения вопроса о получении врачом первой квалификационной категории:

- А. 1 год;
- Б. 3 года;
- В. 5 лет;
- Г. 7 лет;
- Д. 10 лет.

61. В течение какого срока действует квалификационная категория:

- А. 1 год;
- Б. 3 года;
- В. 5 лет;
- Г. 10 лет;
- Д. постоянно.

62. Будет ли действительной квалификационная категория по окончании срока ее присвоения:

- А. Да, постоянно;
- Б. нет;
- В. при условии ее подтверждения.

63. Наличие каких документов требуется в РФ для допуска специалиста к осуществлению профессиональной деятельности:

- А. диплом об образовании;
- Б. сертификат;
- В. лицензия;
- Г. сертификат специалиста;
- Д. удостоверение о повышении квалификации.

64. По окончании какого из видов обучения врачи в РФ приобретают специальность:

- А. высшее образование;
- Б. интерна тура;
- В. ординатура;
- Г. докторантура;
- Д. все вышеперечисленное верно.

65. Сертификат специалиста подтверждает:

- А. готовность к самостоятельной работе;
- Б. соответствие подготовки специалиста государственному образовательному стандарту по специальности;
- В. готовность к самостоятельной работе по специальности;
- Г. все вышеперечисленное верно.

66. Кто из нижеперечисленных лиц имеет право допуска к квалификационному экзамену на сертификат специалиста:

- А. только лица, проработавшие по специальности более 5 лет;
- Б. лица, не работавшие по специальности более 5 лет;
- В. имеющие стаж работы по специальности;
- Г. лица, прошедшие первичную специализацию (интернатуру).

67. Какие этапы включает последиplomная профессиональная подготовка специалиста:

- А. первичная специализация;
- Б. специализация (ординатура);
- В. циклы тематического усовершенствования;
- Г. аттестационные циклы;
- Д. все вышеперечисленное верно.

68.Какие из нижеперечисленных структур имеют право выдачи сертификата специалиста:

- А. любой региональный орган управления здравоохранения;
- Б. любое высшее учебное медицинское образование;
- В. вузы, имеющие лицензию на последипломное образование;
- Г. НИИ, имеющие лицензию на последипломное образование;
- Д. аттестационные медицинские комиссии.

69.Квалификационный экзамен на сертификат специалиста включает:

- А. оценку практических навыков для выпускников интернатуры, ординатуры;
- Б. оценку практических навыков для лиц, имеющих стаж практической работы, представленную в характеристике с места работы;
- В. тестовый контроль с перечнем вопросов по специальности;
- Г.собеседование;
- Д. все вышеперечисленное верно.

70.Каковы требования при прохождении аттестации на квалификационную категорию:

- А. аттестация является обязательной для всех;
- Б. требуется определенный стаж работы по специальности;
- В. обязательное повышение квалификации 1 раз в 5 лет;
- Г. все вышеперечисленное верно.

71.Для того, чтобы медицинский работник мог претендовать на получение квалификационной категории, требуется:

- А. необходимый стаж по специальности;
- Б. необходимый стаж работы в данном лечебно-профилактическом учреждении;
- В. необходимый общий медицинский стаж;
- Г. все вышеперечисленное неверно.

72.Аттестационные комиссии создаются:

- А. при органе управления здравоохранением;
- Б. в самом медицинском учреждении;
- В. в медицинских вузах;
- Г. все в вышеперечисленное неверно.

73.К методам получения объективных данных относят:

- А. Опрос целевых групп.
- Б. Наблюдение.
- В. Эксперимент.
- Г. Достижение консенсуса между экспертами.
- Д.Опрос больших масс населения.

74.Информационные системы строятся исходя из принципов:

- А. Иерархичность.
- Б. Наличие обратной связи.
- В. Самоокупаемость.
- Г. Системность.
- Д. Динамичность.

75.Разработка и внедрение ИС в здравоохранении, согласно рекомендациям ВОЗ, включает все, кроме:

- А. Ситуационного анализа.
- Б.Оценки потребностей учреждения (территории) в информации.
- В.Компьютеризации.
- Г.Оценка эффективности системы, ее поддержания и развития.

76.По целевой направленности выделяют медицинскую информацию следующих типов:

- А. Библиографическую.
- Б. Статистическую.
- В. Прогностическую.
- Г.Лечебно-профилактическую.
- Д. Управленческую.

77.К наиболее высокому уровню по степени сложности относят информационные системы:

- А. Информационно-поисковые.
- Б. Экспертные.
- В. Автоматизированные системы управления.
- Г. Прогностические.
- Д. Системы поддержки принятия клинических решений.

78.К приоритетным направлениям информатизации здравоохранения можно отнести:

- А. Мониторинг здоровья населения России.
- Б. Программное обеспечение взаиморасчетов между субъектами системы ОМС.
- В. Создание единого информационного пространства отрасли.
- Г. Внедрение электронных историй болезни.
- Д. Развитие единой телекоммуникационной сети.

79.Провести анализ рынка, это значит проанализировать:

- А. маркетинговую среду, в которой находится конкретное лечебно-профилактическое учреждение;
- Б. провести сегментацию рынка;
- В. установить цену на медицинскую услугу;
- Г. все вышеперечисленное верно.

80.Для оценки качества медицинских технологий в повседневной практике поликлиник наиболее часто применяются методы:

- А. статистический,
- Б. экспертных оценок,
- В. медико-экономического анализа,
- Г. анкетирование.

81.Для экспертной оценки качества медицинской помощи при проведении внутреннего контроля должностные лица (зам. по КЭР и по лечебной работе, заведующие отделением), стационара применяют критерии:

- А. объем проведенных технологий,
- Б. стоимость,
- В. своевременность,
- Г. удовлетворенность пациентов,
- Д. достижение результата.

82.Укажите пути (способы) оценки объемов и качества работы ЛПУ для улучшения качества медицинской помощи населению:

- А. лицензирование,
- Б. аккредитация,
- В. оценка и анализ при контроле,
- Г. социологические опросы населения.

83.Информация статистики здравоохранения включает в себя:

- А. обеспеченность населения медицинскими кадрами
- Б. показания заболеваемости населения
- В. анализ деятельности ЛПУ
- Г. показатели общей смертности
- Д. обеспеченность населения койками

84.Информация статистики здоровья включает в себя:

- А. младенческой и рождаемости
- Б. показатели заболеваемости и общей смертности
- В. обеспеченность населения койками и мед. персоналом
- Г. ожидаемая продолжительность жизни при рождении, физическое развитие
- Д. все вышеперечисленное

85.Единство, полнота и достоверность медицинской отчетности обеспечиваются:

- А. единой номенклатурой учреждений здравоохранения
- Б. едиными принципами и методами лечебно-профилактической и санаторно-профилактической деятельности учреждений здравоохранения

В. единой системой первичной медицинской документации, стандартным порядком ее ведения и достоверности информации

Г. единой программой отчетов для всех типов лечебно-профилактических учреждений

Д. все перечисленное верно

86. Финансовые средства бюджетов здравоохранения разного уровня не используются для:

А. Разработки и реализации целевых территориальных программ здравоохранения.

Б. Обеспечение профессиональной подготовки медицинских кадров.

В. Организации и проведения научных исследований в области здравоохранения.

Г. Обеспечения амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощи, оказываемой территориальных учреждениях здравоохранения (по базовой программе).

Д. Компенсация стоимости платных медицинских услуг в частном секторе здравоохранения.

87. За счет федерального бюджета здравоохранения на территории РФ обеспечивается:

А. Скорая и неотложная медицинская помощь.

Б. Медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях.

В. Дорогостоящие виды медицинской помощи (по перечню, утвержденному МЗ).

Г. Амбулаторно-поликлиническая помощь, оказываемая в специализированных диспансерах (больницах, отделениях, кабинетах) при социально-значимых болезнях.

Д. Стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах (больницах, отделениях, кабинетах) при социально-значимых болезнях.

88. За счет средств бюджетов здравоохранения субъектов Российской Федерации муниципальных организаций обеспечивается:

А. Скорая и неотложная медицинская помощь.

Б. Медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях.

В. Дорогостоящие виды медицинской помощи (по перечню, утвержденному МЗ).

Г. Амбулаторно-поликлиническая помощь, оказываемая в специализированных диспансерах (больницах, отделениях, кабинетах) при социально-значимых болезнях.

Д. Стационарная помощь, оказываемая в специализированных диспансерах (больницах, отделениях, кабинетах) при социально-значимых болезнях.

89. Чем покрывается дефицит средств для реализации территориальной программы ОМС:

А. Субвенциями ФФ ОМС

Б. Местным бюджетом

В. Доходом от платных медицинских услуг.

90. К медико-демографическим показателям относятся:

А. Показатели механического движения населения

Б. Показатели естественного движения населения

В. Показатели рождаемости

Г. Показатели смертности.

Д. Все вышеперечисленное.

91. Показатель перинатальной смертности рассчитывается как:

А. (Число родившихся мертвыми + число умерших в первую неделю (168 часов) жизни/число родившихся живыми и мертвыми) * 1000.

Б. (Число детей, умерших в первые четыре недели (28 дней) жизни/число родившихся живыми)* 1000.

В. (Число детей, умерших в первую неделю (168 часов) жизни/число родившихся живыми)* 1000.

92. Первичная заболеваемость по данным обращаемости в ЛПУ это:

А. (Число первичных обращений по поводу заболеваний, впервые выявленных в данном году/средняя численность населения)* 1000.

Б. (Число первичных обращений по поводу заболеваний, выявленных в данном и в предыдущие годы/средняя численность населения)* 1000

С. (Число первичных обращений по поводу определенного заболевания, впервые выявленного в данном году/число первичных обращений по поводу всех заболеваний, впервые выявленных в данном году)* 100%.

93. Распространенность заболеваний по данным обращаемости в ЛПУ это:

А. (Число первичных обращений по поводу заболеваний, впервые выявленных в данном году/средняя численность населения)* 1000.

Б. (Число первичных обращений по поводу заболеваний, выявленных в данном и в предыдущие годы/средняя численность населения)* 1000

В. (Число первичных обращений по поводу определенного заболевания, впервые выявленного в данном году/число первичных обращений по поводу всех заболеваний, впервые выявленных в данном году)* 100%

94. К показателям деятельности службы скорой медицинской помощи относятся:

А. Показатель частоты вызовов скорой медицинской помощи

Б. Частота вызовов, обслуженных врачебными (фельдшерскими, специализированными) выездными бригадами.

В. Удельный вес необоснованных вызовов скорой медицинской помощи.

Г. Удельный вес лиц, обслуженных амбулаторно.

Д. Все вышеперечисленное

94. Оборот койки это:

А. Число проведенных больными койко-дней/число выбывших больных.

Б. Число пролеченных больных (полусумма поступивших и выбывших)/среднегодовое число коек.

95. К методам управления относятся все, кроме:

А. Экономического

Б. Статистического

В. Вербального

96. Стиль руководства ЛПУ может быть:

А. Социально-психологический

Б. Демократический

В. Информационный

Г. Верно все 3 пункта

Д. Верно только А. и Б.

Е. Верно только Б.

Ж. верно только В.

97. Норматив числа койко-дней на 1000 населения по Федеральной программе госгарантий составляет:

А. 1812,5

Б. 2812,5

В. 3812,5

98. Норматив уровня госпитализаций на 1000 населения по Федеральной программе Госгарантий составляет:

А. 96 случаев

Б. 196 случаев

В. 206 случаев

Г. 296 случаев

99. Обеспечивающие подсистемы социально-гигиенического исследования

А. математическое, техническое, организационное,

Б. организационное, информационное, техническое, финансовое,

В. организационное, информационное, математическое, техническое, финансовое.

100. Компоненты результативного признака в социально-гигиеническом исследовании

А. деятельность системы здравоохранения,

Б. демографические показатели,

В. заболеваемость, инвалидность.

Перечень вопросов для зачета

1. Общественное здоровье и здравоохранение, как наука и предмет преподавания: история, основные разделы, методы исследования, значение.
2. Общественное здоровье и здравоохранение, как предмет практической деятельности.
3. Первые формы организации медицинской помощи в древности.
4. Медицинский персонал, подготовка, регламентация и оформление деятельности в средние века.
5. Организационные формы медицинской помощи в новое время.
6. Санитарная статистика, ее разделы, значение для оценки деятельности организаций здравоохранения и научных исследований.
7. Организация и этапы статистического исследования.
8. Здоровье населения и его составляющие. Формула здоровья.
9. Предмет и разделы демографии, ее значение в практике здравоохранения.
10. Статистика населения. Использование результатов переписи населения в практике здравоохранения.
11. Возрастно-половая структура населения, типы, социальное значение.
12. Воспроизводство населения, типы, показатели.
13. Основные закономерности естественного и механического движения населения, их обусловленность.
14. Рождаемость, уровни, методика расчета, анализ и медико-социальные аспекты ее регулирования.
15. Общий и возрастные показатели смертности, уровни, методика расчета, анализ, оценка, основные причины.
16. Младенческая, перинатальная смертность, причины, возрастные особенности, методика расчета, медико-социальная значимость.
17. Средняя продолжительность предстоящей жизни. Таблицы смертности, принципы построения и значение.
18. Заболеваемость (первичная, общая, накопленная, патологическая пораженность). Методы изучения.
19. Возрастно-половые особенности уровней и структуры заболеваемости.
20. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, значение, принципы построения.
21. Специальный учет отдельных видов заболеваний.
22. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности, причины, показатели.
23. Физическое развитие, изучение и значение в оценке здоровья населения.
24. Инвалидность, медицинские причины, показатели.
25. Болезни системы кровообращения, их медико-социальная значимость и обусловленность.
26. Организация кардиологической службы. Первичная профилактика.
27. Злокачественные новообразования, их медико-социальная значимость и обусловленность. Организация онкологической службы. Первичная профилактика.
28. Травматизм, его виды, медико-социальная значимость и обусловленность. Организация травматологической помощи. Первичная профилактика.
29. Болезни органов дыхания, их медико-социальная значимость и обусловленность. Организация пульмонологической помощи. Первичная профилактика.
30. Туберкулез, его медико-социальная значимость и обусловленность. Организация фтизиатрической службы. Первичная профилактика. Особенности ВТЭ.
31. Нервно-психические заболевания, их медико-социальная значимость и обусловленность. Организация психоневрологической помощи. Первичная профилактика.
32. Алкоголизм и наркомания, их медико-социальная значимость и обусловленность. Организация наркологической помощи. Первичная профилактика.
33. Понятие о типах и номенклатуре организаций здравоохранения.
34. Понятие о типах медицинских должностей и специальностей.
35. Подготовка медицинских кадров, исторические аспекты, уровни, проблемы и пути развития.

36. Лечебно-профилактическая помощь: принципы, организационная структура и значение. Понятие о минимальных социальных стандартах в здравоохранении.
37. Профилактика - важнейшая направленность здравоохранения, ее формы и уровни.
38. Диспансерный метод, его содержание и медико-социальное значение, группы наблюдения.
39. Показатели организации и эффективности диспансеризации.
40. Диспансеры, их виды, основные функции.
41. Территориально-медицинское объединение (ТМО), структура, задачи.
42. Первичная медико-санитарная помощь; принципы, организационная структура, значение, перспективы развития.
43. Поликлиника, ее типы, структура и значение.
44. Регистратура, ее функции. Формы записи на прием к врачу.
45. Отделение профилактики, его структура и организация работы.
46. Участковый принцип. Основные функции участкового врача (терапевта). Понятие об акушерско-педиатрическом и терапевтическом комплексе.
47. Врач общей практики, подготовка, содержание работы, особенности ВТЭ.
48. Санитарно-противоэпидемическая работа поликлиники.
49. Основная медицинская документация поликлиники. Качественные показатели работы поликлиники,
50. Стационар замещающие технологии, виды, принципы работы, значение.
51. Стационарная медицинская помощь: принципы, организационная структура, значение, перспективы развития.
52. Стационар, его типы, структура, организация работы. Задачи приемного отделения.
53. Основная медицинская документация стационара. Качественные показатели работы стационара. Показатели коечного фонда, значение, оценка.
54. Нетрудоспособность, ее виды.
55. Экспертиза временной нетрудоспособности, основные медико-социальные факторы, влияющие на ее организацию и проведение.
56. Лица и организации, имеющие право на выдачу листков нетрудоспособности. Лица и организации, не имеющие права выдачи листков нетрудоспособности.
57. Врачебно-консультативная комиссия, ее состав и функции.
58. Документация при оформлении временной нетрудоспособности.
59. Экспертиза временной нетрудоспособности при амбулаторном лечении по поводу заболеваний и травм.
60. Временная нетрудоспособность при стационарном лечении и после него.
61. Выдача листка нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации, в том числе ребенка.
62. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больными детьми и взрослыми.
63. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при болезни матери по уходу за здоровым ребенком.
64. Временная нетрудоспособность при беременности, родах, усыновлении.
65. Временная нетрудоспособность при карантине, протезировании.
66. Временная нетрудоспособность при алкогольном и наркотическом опьянении.
67. Временная нетрудоспособность при искусственном оплодотворении, аборте, стерилизации.
68. Случаи выдачи листка нетрудоспособности «задним» числом.
69. Инвалидность, порядок установления причин и групп. Документы при ее оформлении.
70. Медико-реабилитационная экспертная комиссия, ее состав и функции.
71. Медицинская, социальная и трудовая реабилитация инвалидов.
72. Медицинская реабилитация, потребность, этапы, принципы, организационные формы.
73. Организация медицинской помощи сельскому населению, принципы, особенности, перспективы развития.
74. Организация первичной медико-санитарной помощи сельскому населению.

75. Районные медицинские организации, их роль в оказании помощи населению.
76. Областные медицинские организации, их роль в обеспечении медицинской помощи.
77. Организация медицинской помощи работающим на промышленных предприятиях. Функции цехового терапевта.
78. Медицинские осмотры, виды, порядок проведения.
79. Методика изучения заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Полицевой учет заболеваемости.
80. Единый комплексный план оздоровительных мероприятий на промышленных предприятиях и его значение.
81. Организация санитарно-эпидемиологического благополучия населения, ее межведомственный характер.
82. Основные отрасли санитарного дела. Предупредительный и текущий санитарный надзор.
83. Эпидемиологический надзор, значение, порядок проведения.
84. Центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья, его структура и функции.
85. Здоровый образ жизни, его компоненты. Факторы риска.
86. Формирование здорового образа жизни, исторические типы организаций, задачи. Методы и средства медико-гигиенического обучения и воспитания населения.
87. Охрана материнства и детства, ее социальное значение. Государственные мероприятия.
88. Организация медицинской помощи детскому населению. Детская поликлиника, ее структура и функции.
89. Принципы и порядок проведения диспансеризации детей.
90. Качественные показатели работы детской поликлиники.
91. Основная медицинская документация детской поликлиники и детской больницы.
92. Детская больница, особенности госпитализации, структуры, организация работы.
93. Женская консультация, ее структура и функции. Задачи консультации (отделения) «Семья и брак».
94. Основная медицинская документация и показатели работы женской консультации и родильного дома.
95. Родильный дом, организация работы, особенности структуры.
96. Медико-социальная проблема заболеваемости детей. Распределение детей по группам здоровья. Индекс здоровья.
97. Материнская смертность как медико-социальная проблема.
98. Аборт, как медико-социальная проблема.
99. Медико-социальная проблема репродуктивного здоровья женщин.
100. Медико-социальная проблема врожденной и наследственной патологии, профилактика.
101. Гинекологическая заболеваемость как медико-социальная проблема. Организация гинекологической помощи.
102. Основы законодательства о здравоохранении.
103. Реформирование здравоохранения: причины, уровни, категории «участников». Факторы, условия, группы реформ.
104. Концепция развития здравоохранения.
105. Понятие о территориальных программах гарантированной медицинской помощи.
106. Планирование здравоохранения: задачи, методы, виды планов, особенности в современных условиях.
107. Методика расчета потребности населения в амбулаторно-поликлинической помощи.
108. Методика расчета потребности населения в стационарной помощи.
109. Сущность, уровни и субъекты управления. Органы управления здравоохранением.
110. Планирование и организация как функции управления.
111. Мотивация и контроль как функции управления.
112. Основы информатизации здравоохранения. Типы АСУ.

113. Маркетинг здравоохранения, его виды.
114. Основные формы финансирования здравоохранения.
115. Смета лечебно-профилактической организации.
116. Формы оплаты труда медицинского персонала.
117. Экономика здравоохранения. Понятие об экономической, социальной, медицинской эффективности здравоохранения.
118. Экономический ущерб в связи с заболеваемостью.
119. Система контроля за качеством медицинской помощи. Понятие о моделях конечных результатов.
120. Понятие о клинико-статистических группах и стандартах качества.
121. Правовые основы организации страхования.
122. Добровольное и обязательное медицинское страхование, их отличия.
123. Система взаимодействия субъектов медицинского страхования.
124. ВОЗ, история создания, деятельность, цели, задачи, участие РФ.
125. Биоэтика, исторические этапы, аспекты, актуальные проблемы.