

ТЕСТЫ ГЛАВА 1
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДИСЦИПЛИНЫ.
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ
ЗДОРОВЬЕ

1. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), общественное здоровье – это система

- практических знаний и умений, направленных на охрану и улучшение здоровья населения с помощью организованных общественных усилий, профилактической медицины, санитарии и социологии;
- мероприятий, направленных на охрану и улучшение здоровья населения с помощью профилактической медицины;
- обеспечивающая охрану и улучшение здоровья населения на основе экономики здравоохранения.

2. Общественное здоровье – это важнейший

- экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасности жизни;
- экономический потенциал страны, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества жизни;
- потенциал страны, обусловленный воздействием различных факторов окружающей среды и образа жизни населения, определяющий экономический статус государства.

3. Здравоохранение представляет систему

- предупреждения и лечения болезней, посредством изучения труда и быта населения, повышения трудовой активности общества;
- государственных и общественных мероприятий, направленных на предупреждение и лечение болезней, на изучение труда и быта населения, на укрепление здоровья подрастающего поколения и повышение продолжительности активной жизни;
- общегосударственных мероприятий, направленных на укрепление здоровья и повышение продолжительности творческой жизни.

4. Ваше представление о медицине:

- деятельность, целью которой являются лечение заболеваний, продление жизни людей, предупреждение и реабилитация инвалидности;
- профилактика, диагностика, лечение заболеваний и травматизма в целях создания комфортных условий проживания населения;
- медицина – система научных знаний и практической деятельности, целью которой являются укрепление и сохранение здоровья, продление жизни людей, предупреждение и лечение болезней человека.

5. Охрана здоровья граждан – это

- совокупность мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и

противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья;

- предоставление медицинской помощи с учётом совокупности мер политического, экономического, правового, социального, культурного, научного, медицинского, санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление здоровья человека;

- совокупность мер санитарно-гигиенического и противоэпидемического характера, направленных на сохранение и укрепление общественного здоровья гражданина, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему медицинской помощи в случае утраты здоровья.

6. Основные принципы отечественного здравоохранения, провозглашенные в 1919 г. на VIII съезде РКП (б):

- государственный характер, единство и плановость; бесплатность и общедоступность квалифицированной медицинской помощи; профилактическое направление здравоохранения; широкое участие общественных организаций и населения в строительстве здравоохранения; санитарное просвещение и гигиеническое воспитание; единство медицинской науки и практики.

- государственный характер; бесплатность медицинского обслуживания; профилактика болезней на основе доказательной медицины; участие общественности в строительстве здравоохранения; единство медицинской науки и практики.

- государственный характер, единство и плановость; общедоступность различных видов медицинской помощи; пропаганда здорового образа жизни; гигиеническое воспитание населения; единство медицинской науки и практики.

7. «Организация здравоохранения и общественное здоровье» – наука о стратегии и тактике здравоохранения, способствующая

- увеличению воспроизводства численности населения;
- улучшению экономического потенциала страны;
- улучшению общественного здоровья.

Методология и методы изучения организации здравоохранения и общественного здоровья

8. Методология дисциплины «Организация здравоохранения и общественное здоровье» – это учение о научном познании в области:

- статистики здравоохранения и общественного здоровья;
- организации здравоохранения и общественного здоровья;
- управления, экономики здравоохранения и общественного здоровья.

9. Объект исследования дисциплины «Организация здравоохранения и общественное здоровье» представлен системой

- организации здравоохранения и общественным здоровьем населения.
- организации медицинской помощи и общественным здоровьем населения.
- обязательного и добровольного медицинского страхования; показателями общественного здоровья населения.

10. Предмет дисциплины «Организация здравоохранения и общественное здоровье» – это

- система стандартов в области организации здравоохранения и общественного здоровья.
- круг знаний в области организации здравоохранения и общественного здоровья
- совокупность нормативно-правовых актов в области организации здравоохранения и общественного здоровья

11. К объектам социально-гигиенических исследований в области организации здравоохранения и общественного здоровья относятся:

- здоровье населения;
- органы управления;
- различные организации всех форм собственности.
- здоровье граждан Российской Федерации;
- медицинские организации;
- окружающая среда.
- здоровье населения и формирующих его контингентов;
- органы управления здравоохранением;
- медицинские организации;
- окружающая среда.

12. Основные методы изучения предмета «Организация здравоохранения и общественное здоровье»:

- исторический, статистический, экспертных оценок, системного анализа и моделирования, экспериментальный, экономический, метод наблюдения и опроса.
- экспертных оценок, математический, системного анализа и моделирования, экономический, метод клинического наблюдения и опроса.
- исторический, статистический, экспертных оценок, экономический, метод основного массива и опроса.

Врачебная этика и медицинская деонтология

13. Врачебная этика определяет

- нравственные начала в поведении врача;
- компетентность врача и его отношение к окружающим;
- нравственные начала в деятельности врача.

14. Медицинская деонтология – учение о

- профессиональных обязательствах врача;
- должном в поведении медицинских работников;

- должностных обязанностях в поведении медицинских работников.

15. К основным постулатам врачебной этики и медицинской деонтологии относятся:

- взаимоотношения врача и больного;
- взаимоотношения врача с родственниками и близкими больного;
- взаимоотношения с коллегами по работе;
- врачебная тайна;
- врачебная ошибка.
- доказательная медицина;
- профессионализм;
- уважительные взаимоотношения с коллегами по работе;
- врачебная принципиальность;
- отсутствие врачебных ошибок.
- профессиональная компетентность;
- здоровый образ жизни;
- доброта;
- врачебная тайна;
- трудолюбие.

16. Врачебная ошибка –

- плохой результат лечения при добросовестном выполнении профессиональных обязанностей;
- добросовестное заблуждение врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества;
- добросовестное заблуждение врача при выполнении протоколов и стандартов лечения пациента.

**ГЛАВА 2 ТЕСТЫ
ОСНОВЫ СТАТИСТИКИ И ОРГАНИЗАЦИИ
СТАТИСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Статистика как самостоятельная общественная наука

1. Статистика – самостоятельная общественная наука, изучающая:

- закономерности общественных явлений на достаточном объеме наблюдений;
- количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной;
- закономерности общественных явлений на основе принципов доказательной медицины.

2. Применительно к медицине, биологии, здравоохранению предметом статистики являются:

- теоретические и методологические основы статистики;
- количественная характеристика общественного здоровья и здравоохранения;
- закономерности результатов научно-практических исследований;
- статистические исследования;
- комплексная оценка системы здравоохранения;

- научные основы организации здравоохранения; показатели, позволяющие определить темпы развития системы здравоохранения.

Теоретические основы медико-биологической статистики

3. Для изучения любого явления необходимо выбрать

- источник информации, виды выборочного наблюдения, единицу наблюдения, и необходимый объем исследований;
- статистические способы сбора и обработки полученной информации, макеты статистических таблиц;
- объект исследования, единицу наблюдения, определить статистическую совокупность и необходимый объем наблюдений.

3. Теоретическое обоснование выборочного метода строится на основе

- доказательной медицины и закона больших чисел;
- теории вероятностей и закона больших чисел;
- теории вероятностей и доказательной медицины.

5. Суть теории вероятности заключается в том, что появление любого признака рассматривается как

- случайное событие;
- закономерное явление;
- нулевая гипотеза.

6. Вероятность – это мера возможности возникновения

- случайных событий в конкретных условиях;
- репрезентативных событий в конкретных условиях;
- альтернативных событий в конкретных условиях.

7. Вероятность наступления события находится в пределах:

- от 0 до 1;
- от 0 до 0,5;
- от 0 до 99.

8. Закон больших чисел позволяет утверждать, что с увеличением числа наблюдений результаты выборочного исследования:

- соответствуют параметрам доказательной медицины;
- стремятся воспроизвести закономерности генеральной совокупности;
- позволяют оценить актуальность цели исследования.

Распределение признака в статистической совокупности

9. Величина, свидетельствующая о количестве единиц наблюдения с одинаковой величиной признака в вариационном ряду, называется:

- частотой;
- параметром;
- вариантой.

10. Знание характера распределения признака в совокупности способствует рациональному выбору статистических критериев для оценки:

- последовательности этапов исследования;
- результатов исследования;
- актуальности и новизны исследования.

11. Укажите основные типы распределений данных в статистической совокупности:

- альтернативное, нормальное и репрезентативное;
- нормальное, симметричное и асимметричное;
- альтернативное, нормальное и асимметричное.

Подготовка и проведение научного исследования

12. Подготовительный этап научного исследования включает:

- определение проблемы, темы, рабочей гипотезы, цели, задач, научной новизны, теоретической и практической значимости исследования;
- определение этапов исследования и оценку эффективности;
- определение проблемы, темы, объемов и сроков исследования, оценку эффективности работы.

13. Сколько этапов включает научное исследование:

- два;
- три;
- четыре.

14. На первом этапе научного исследования необходимо:

- составить план и программу исследования;
- собрать материал для исследования;
- определить методы статистической обработки данных;
- определить источник информации.

15. Второй этап научного исследования включает:

- сбор материала;
- шифровку и группировку данных;
- проверку учетных признаков;
- проверку правильности сбора информации.

16. Третий этап научного исследования предполагает

- оценку эффективности исследования;
- определение новизны и практической значимости работы;
- группировку, сводку и статистическую обработку собранного материала.

17. На четвертом этапе научного исследования:

- анализируются полученные данные, делаются выводы и рекомендации, результаты исследования внедряются в практику;
- определяется новизна исследования и результаты внедряются в практику;
- определяется экономическая эффективность работы в целях внедрения результатов исследования в практику здравоохранения.

18. Программа исследования представляет:

- последовательность решения возникающих в процессе исследования проблем;

- общий стратегический замысел исследования, то есть перечень основных вопросов в определённой последовательности, требующих решения;
- осуществление мониторинга решения основных вопросов, требующих решения

19. План научного исследования включает

- перечень вопросов организационно-методического характера;
- сетевой график проведения сбора и обработки информации;
- разработку учетно-отчетных документов и их утверждение.

20. Средний уровень признаков описывается средними величинами

- мода, медиана, средняя геометрическая, средняя арифметическая;
- коэффициент корреляции, коэффициент ассоциации, среднее квадратическое отклонение;
- критерий соответствия, критерий асимметрии, критерий эксцесса.

21. Репрезентативность – представительность признаков:

- выборочная совокупность, обладает всеми свойствами генеральной совокупности;
- выборочная совокупность имеет достаточный объем наблюдений;
- выборочная совокупность, сформированная на основе метода основного массива;

22. Измерителями репрезентативности являются

- ошибка показателя и доверительные интервалы;
- показатели наглядности и доверительные интервалы;
- ошибка показателя и критерии его оценки.

23. Назовите коэффициент который, при изучении связи между явлениями, покажет, что изменение значения одного признака сопровождается изменением значения другого признака:

- критерий знаков;
- коэффициент корреляции;
- критерий Стьюдента.

24. Под объектом наблюдения понимается статистическая совокупность, состоящая

- из условных единиц, взятых в достаточном количестве для проведения исследования;
- из отдельных предметов или явлений (единиц наблюдения), взятых вместе в единых границах времени и пространства;
- из случайных единиц, взятых для исследования на основе рандомизации;

25. Предмет исследования – это

- особенности, объекта которые следует изучить;
- свойства, особенности, процессы объекта исследования, которые следует изучить;
- явления и процессы, которые следует изучить.

26. Единица наблюдения – это

- первичный элемент статистической совокупности, наделенный всеми признаками, подлежащими учету и регистрации;
- все элементы статистической совокупности, которые можно учесть в процессе исследования;
- выборочные элементы статистической совокупности, которые интересуют исследователя.

27. Под рандомизацией понимают возможность единиц генеральной совокупности попасть в состав выборочной совокупности на основе

- теории вероятности;
- равных шансов для всех единиц генеральной совокупности;
- метода направленного отбора.

**Доверительные интервалы, доверительная вероятность,
уровень статистической значимости**

28. Доверительный интервал с определенной долей уверенности (95% или 99%) показывает:

- насколько изучаемый показатель соответствует статистической значимости;
- в каких пределах находится изучаемый показатель в генеральной совокупности;
- насколько показатель характеризует распространенность изучаемого явления.

29. Для медицинских и биологических исследований допустимой является доверительная вероятность

- не менее 95%, соответственно уровень значимости не более 0,05;
- не менее 99%, соответственно уровень значимости не более 0,01;
- не менее 99,9%, соответственно уровень значимости не более 0,001.

Описание качественных признаков

30. Интенсивный показатель, или показатель частоты, вычисляется на **100, 1000, 10000**

- в любой среде, представляющей интерес для исследователя;
- в среде, где требуется определить закономерности происходящих процессов;
- в однородной среде, то есть среде, «продуцирующей» это явление;

31. Экстенсивный показатель, или показатель структуры характеризует:

- распределения частей в целом;
- динамику явления в развитии;
- темп прироста показателей.

32. Показатель соотношения вычисляется на **100, 1000 и 10000** в разнородной среде; характеризует:

- отношение между самостоятельными совокупностями;
- различия между совокупностями;
- наличие связи между совокупностями.

33. Показатель наглядности используется для изучения

- структурных изменений и вычисляется в % к итоговой величине;

- динамики изучаемого явления во времени, вычисляется в % к начальному уровню или к средней величине числового ряда, принятым за 100 %;
- темпов прироста явления во времени, вычисляется в %.

Описание количественных признаков

34. Средняя величина (M) – это

- сжатая числовая характеристика изучаемого явления;
- качественная оценка изучаемого явления;
- комплексная оценка изучаемого явления.

35 Медиана (Me) величина, которая

- делит вариационный ряд на две равные части;
- определяет характер распределения вариационного ряда;
- свидетельствует о нормальном распределении числовых значений ряда.

36. Мода (Mo) величина, которая

- характеризует качественный характер распределения;
- наиболее часто встречается в данном вариационном ряду;
- свидетельствует о достаточном объеме наблюдений.

37. Размах (или амплитуда) вариационного ряда – это

- разница между максимальным и минимальным значением;
- сумма максимального и минимального значений;
- производное от максимального и минимального значений.

38. Среднее квадратическое отклонение – это абсолютная мера разброса значений признака вокруг

- средней величины;
- медианы;
- моды.

39. Ошибка средней величины (m) – мера отличия выборки от

- репрезентативной выборки;
- генеральной совокупности;
- альтернативной выборки;

Методы статистического анализа

Динамические ряды

40. Как называется совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления во времени, расположенных в хронологическом порядке через определенные промежутки времени:

- динамический ряд;
- вариационный ряд;
- сгруппированный ряд.

41. Числовые значения динамического ряда принято называть:

- частотами;

- уровнями;
- вариантами.

42. С какой целью проводят выравнивание динамического ряда используя метод укрупнения интервала, сглаживания ряда при помощи групповой и скользящей средней:

- вычисления статистической значимости уровней ряда;
- определения тенденции изучаемого явления;
- наглядности графического изображения.

Графические методы анализа в статистических исследованиях

43. Для изображения сезонных колебаний изучаемых явлений, имеющих циклический характер, необходимо использовать:

- столбиковую диаграмму;
- радиальную диаграмму (лепестковую);
- картограмму.

44. Какой вид диаграмм принято использовать для изображения экстенсивного показателя:

- круговую диаграмму;
- линейную диаграмму;
- картодиаграмму.

Стандартизация

45. Метод расчета условных показателей, позволяющий исключить количественную диспропорцию элементов (единиц наблюдения) сопоставляемых совокупностей называется:

- стандартизацией;
- рандомизацией;
- репрезентативностью.

46. Существует три метода расчета стандартизованных показателей:

- укрупнения интервала, вычисления групповой и скользящей средней;
- прямой, косвенный и обратный;
- определение интенсивных показателей, нахождение стандарта и вычисление стандартизованных показателей.

Корреляция и ассоциация

47. По направлению корреляционная связь может быть:

- прямой и обратной;
- равнонаправленной и неопределённой;
- многополярной и прямолинейной.

48. В каких пределах может находиться коэффициент корреляции:

- от 1 до 5
- от 0 до 1
- от 0 до 0,5

49. Коэффициент корреляции равный 0,9 свидетельствует о наличии

- слабой зависимости между совокупностями;
- сильной зависимости между совокупностями;

- высокой статистической значимости показателя корреляции.

Регрессионный анализ

50. Функция, позволяющая по средней величине одного признака определить среднюю величину другого, корреляционно с ним связанного называется:

- регрессией;
- корреляционным отношением;
- стандартизацией.

51. Абсолютная величина, на которую в среднем изменяется величина одного признака при изменении другого, на установленную единицу измерения называется коэффициентом:

- ассоциации;
- регрессии;
- правдоподобия.

ТЕСТЫ ГЛАВА 3 ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ФАКТОРЫ ЕГО ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

Здоровье населения.

1. Здоровье населения, обусловленное комплексным воздействием биологических и социальных факторов окружающей среды при определяющем значении общественно-политического и экономического строя и зависящих от него условий жизни общества называется:

- общественным здоровьем;
- здоровым образом жизни;
- охраной здоровья.

2. По определению ВОЗ, состояние полного физического, духовного и социального благополучия, когда органы и системы организма человека уравновешены с природной и социальной средой, отсутствуют какие-либо заболевания, болезненные состояния и физические дефекты характеризует

- благополучие государства;
- здоровье человека;
- стабильность политического строя.

Демография. Медико-социальные аспекты

3. Наука о народонаселении в его общественном развитии – это

- демография;
- экономика народонаселения;
- антропология.

4. Коэффициент естественного прироста населения соответствует разности между коэффициентами:

- рождаемости и летальности;
- рождаемости и смертности;
- плодовитости и летальности.

5. Общий коэффициент рождаемости – это отношение годового числа

- родившихся и умерших на первом году жизни к средней численности населения (на 1000 населения);
- родившихся к средней численности населения (на 1000 населения);
- родившихся к численности населения на конец отчетного года в расчете на 1000 населения.

6. Число рождений на 1000 женщин плодovитого (фертильного) возраста (от 15 до 49 лет) называется коэффициентом:

- плодovитости;
- повозрастной плодovитости;
- суммарной плодovитости.

7. Повозрастной показатель плодovитости – это количество родившихся детей у женщин:

- фертильного возраста, выраженное в ‰;
- определенного возраста, выраженное в ‰;
- брачного возраста.

8. Отношение годового числа умерших к средней численности населения (на 1000 населения) называется общим коэффициентом:

- смертности;
- летальности;
- естественной убыли населения.

9. Отношение случаев смертей от данного заболевания ко всем зарегистрированным случаям этих заболеваний (обычно вычисляется на 100) и называется коэффициентом:

- общей смертности;
- общей летальности;
- естественной убыли населения.

10. Показатель младенческой смертности вычисляется по формуле (Ратса):

$$\text{- Младенческая смертность} = \frac{\text{Число детей, умерших на первом году жизни за данный год} \times 1000}{\frac{2}{3} \text{ детей, родившихся живыми в данном году} + \frac{1}{3} \text{ детей, родившихся живыми в предыдущем году}}$$

$$\text{- Младенческая смертность} = \frac{\text{Число детей, умерших на первом году жизни за данный год} \times 1000}{\text{Количество родившихся живыми}}$$

$$\text{- Младенческая смертность} = \frac{\text{Число детей, умерших на первом году жизни за данный год} \times 1000}{\text{Количество родившихся живыми и мёртвыми}}$$

11. Показатель материнской смертности вычисляется по формуле:

$$\text{- Материнская смертность} = \frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 дней после родов} \times 100\,000}{\text{Число живорожденных и умерших на первой недели жизни}}$$

$$\text{- Материнская смертность} = \frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 дней после родов} \times 100\,000}{\text{Число живорожденных}}$$

$$\text{- Материнская смертность} = \frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение 42 дней после родов} \times 100\,000}{\text{Число живорожденных и умерших на первом году жизни}}$$

12. Число лет, которое в среднем предстоит прожить поколению родившихся в данном году при условии, что на всем протяжении их жизни показатели рождаемости, заболеваемости и смертности будут такими же, как и в год их рождения характеризует:

- среднюю продолжительность предстоящей жизни;
- среднюю продолжительность жизни;
- естественное движение населения.

Заболеваемость населения

13. Различают три основных метода изучения заболеваемости:

- по годовым отчётам медицинских организаций; на основании материалов медицинских осмотров; по причинам смерти.
- по обращаемости в медицинские организации; по данным медицинских осмотров; на основании причин смерти.

- по обращаемости в медицинские организации;
- по данным научных исследований;
- по причинам летальности.

14. Совокупность впервые регистрируемых заболеваний, отнесенная к определенной группе населения (число вновь возникших заболеваний/средняя численность населения x 1000) характеризует:

- первичную заболеваемость;
- общую заболеваемость;
- заболеваемость населения по обращаемости.

15. Какая из ниже приведённых формул позволяет вычислить коэффициент общей заболеваемости населения:

- $$\frac{\text{Число обратившихся в медицинские организации за год} \times 1000}{\text{Средняя численность населения}}$$
- $$\frac{\text{Число имевшихся заболеваний у населения за год} \times 1000}{\text{Средняя численность населения}}$$
- $$\frac{\text{Число обратившихся в медицинские организации и число умерших за год}}{\text{Средняя численность населения} \times 1000}$$

16. система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки называется:

- Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- Классификатором болезней;
- Международной классификация болезней (МКБ).

Инвалидность

17. Инвалидность – это

- выраженное нарушение трудоспособности, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием;
- состояние организма, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическими проявлениями;
- стойкое длительное нарушение трудоспособности или ее значительное ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием.

18. Первичная инвалидность – это

- число лиц трудоспособного возраста, впервые признанных инвалидами в данном году;
- число лиц, впервые признанных инвалидами в данном году;
- число лиц, впервые взятых на учёт в данном году.

19. Укажите форму для определения показателя общей инвалидности:

$$\text{Показатель общей инвалидности} = \frac{\text{Количество лиц, имеющих инвалидность} \times 10000}{\text{Среднегодовая численность населения территории}}$$

$$\text{- Показатель общей инвалидности} = \frac{\text{Количество лиц трудоспособного возраста} \times 10000}{\text{Среднегодовая численность населения территории}}$$

$$\text{- Показатель общей инвалидности} = \frac{\text{Число лиц, получающих пенсии и пособия по инвалидности} \times 10000}{\text{Среднегодовая численность населения территории}}$$

Физическое развитие

20. Под физическим развитием понимают

- соответствие между возрастом, ростом и весом человеческого организма;
- комплекс морфологических и функциональных свойств организма, определяющих массу, плотность, форму тела, структурно-механические качества и выражающийся запасом его физических сил;
- соответствие уровня психологического, интеллектуального, физического развития организма человека установленным стандартам.

22. К основным признакам физического развития относят:

- интеллект;
- антропоскопические;
- морфологические.
- антропометрические;
- антропоскопические;
- физиометрические.
- антропометрические;
- психологические;
- физиометрические.

23. Укажите пределы, характеризующие средний уровень индивидуального развития ребёнка, с использованием антропометрического показателя и сигмальных отклонений:

- $M \pm 0,5\sigma$;
- $M \pm 2\sigma$;
- $M \pm 1\sigma$.

ТЕСТЫ ГЛАВА 4 ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

1. Деятельность, направленная на укрепление и сохранение здоровья населения, оказание медицинской и лекарственной помощи, проведение государственного санитарно-эпидемиологического надзора называется:

- здравоохранением;
- общественным здоровьем;
- системой здравоохранения.

2. Совокупность организаций, учреждений, предприятий, ассоциаций, научных обществ, специалистов и иных хозяйственных субъектов, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы деятельности, призванных сохранять и укреплять здоровье граждан, оказывать медицинскую и лекарственную помощь, осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор носит название:

- федерации здравоохранения;
- системы здравоохранения;
- общественного здравоохранения.

3. Укажите виды медицинской помощи, оказываемые населению, в соответствии с Федеральным законом № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»:

- первичная медико-санитарная;
специализированная, в том числе высокотехнологичная;
скорая, в том числе скорая специализированная;
реабилитационная медицинская помощь.

- первичная медико-санитарная;
специализированная, в том числе высокотехнологичная;
скорая, в том числе скорая специализированная;
паллиативная медицинская помощь.

- первичная медико-санитарная;
специализированная, в том числе высокотехнологичная;
скорая, в том числе скорая специализированная;
психологическая медицинская помощь.

4. В рамках действующего законодательства оказание медицинской помощи населению осуществляется:

- вне медицинской организации;
амбулаторно;
стационарно.

- амбулаторно;
в дневном стационаре;
стационарно.

- вне медицинской организации;
амбулаторно;
в дневном стационаре;
стационарно.

5. Укажите форму медицинской помощи, которая оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента:

- экстренная;

- неотложная;
- скорая.

6. При внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациенту предоставляется:

- плановая;

- экстренная;
- неотложная медицинская помощь.

7. Назовите форму оказания медицинской помощи, которая реализуется при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни пациента, не требующих экстренной и неотложной медицинской помощи, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью:

- первичная доврачебная;
- плановая;
- паллиативная.

8. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается:

- фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием;
- фельдшерами и акушерами;
- фельдшерами и медицинскими сёстрами.

9. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается:

- врачами первичного звена;
- врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами);
- врачами общей практики (семейными врачами).

10. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях:

- медицинскими сёстрами и врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;
- фельдшерами и врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь;
- врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

11. СМП оказывается гражданам:

- при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих медицинского вмешательства;

- при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

- при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях по вызову бригады СМП.

12. СМП оказывается в экстренной или неотложной форме:

- исключительно вне медицинской организации;

- в амбулаторных и стационарных условиях;

- вне медицинской организации, в амбулаторных и стационарных условиях.

13. Паллиативная медицинская помощь представляет комплекс медицинских вмешательств

- обеспечивающих улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан;

- направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан;

- направленных на формирование адаптации к условиям окружающей среды в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

14. Паллиативная медицинская помощь может оказываться:

- в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение;

- в домашних и стационарных условиях медицинскими сестрами;

- в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими сестрами.

15. Медицинская помощь на территории Российской Федерации организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, являющимися:

- необязательными для исполнения;

- обязательными для исполнения;

- рекомендательными для исполнения.

16. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает:

- этапы оказания медицинской помощи;

правила организации деятельности медицинской организации;

стандарт медицинской помощи;

структуру медицинской организации.

- этапы оказания медицинской помощи;

правила организации деятельности медицинской организации;

стандарт оснащения медицинской организации;

рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации.

- виды и формы оказания медицинской помощи;
правила внутреннего трудового распорядка медицинской организации;
стандарт оснащения медицинской организации;
установленные штаты медицинской организации.

17. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает:

- обязательные для исполнения показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг; лекарственных препаратов; медицинских изделий; компонентов крови; видов лечебного питания;
- усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг; лекарственных препаратов; медицинских изделий; компонентов крови; видов лечебного питания;
- утверждённые показатели частоты предоставления и кратности применения: медицинских услуг; лекарственных препаратов; медицинских изделий; компонентов крови; видов лечебного питания.

18. Любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и др., применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой называются:

- медицинскими изделиями;
- медицинским инвентарём;
- аппаратурой медицинского назначения.

19. Лечебное питание включает пищевые рационы, которые имеют установленный химический состав, энергетическую ценность, состоят из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, подвергаемых соответствующей технологической обработке и считаются:

- рекомендательным компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий;
- неотъемлемым компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий;
- необязательным компонентом лечебного процесса и профилактических мероприятий.

20. Комплекс мероприятий медицинского и психологического характера, направленных на полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций пораженного органа либо системы организма; поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме; предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций поврежденных органов либо систем организма; предупреждение и снижение степени возможной инвалидности; улучшение качества жизни; сохранение работоспособности пациента и его социальную интеграцию в общество называется

- медицинской реабилитацией;
- социально-трудовой реабилитацией;
- физиологической реабилитацией.

21. Санаторно-курортное лечение предполагает:

- лечение острых и хронических заболеваний организма в целях профилактики и оздоровления; восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний; уменьшение количества обострений; удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации;
- активацию защитно-приспособительных реакций организма в целях профилактики заболеваний и оздоровления; восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний; уменьшение количества обострений; удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации;
- лечение хронических заболеваний организма в целях оздоровления; восстановление и (или) компенсацию функций организма, нарушенных вследствие травм, операций и хронических заболеваний; уменьшение количества обострений; удлинение периода ремиссии, замедление развития заболеваний и предупреждение инвалидности в качестве одного из этапов медицинской реабилитации.

22. Редкими (орфанными) являются заболевания, которые имеют распространенность не более:

- 5 случаев на 100 тысяч населения;
- 10 случаев на 100 тысяч населения;
- 100 случаев на 100 тысяч населения.

23. Комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития называется:

- медицинским осмотром;
- диспансеризацией;
- диспансерным наблюдением.

24. Комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения именуется:

- диспансеризацией;
- углублённым медицинским осмотром;
- диспансерным наблюдением.

25. Динамическое обследование, состояния здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации, проводимой в установленном порядке называется:

- социально-трудовой реабилитацией;
- диспансерным наблюдением;
- диспансеризацией.

26. Вопросами совершенствования организации оказания медицинской помощи; принятия решений в наиболее сложных и конфликтных случаях по вопросам профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации; определения трудоспособности граждан и профессиональной пригодности некоторых категорий работников; осуществления оценки качества; обоснованности и эффективности лечебно-диагностических мероприятий; обеспечения назначения и коррекции лечения в целях учета данных пациентов при обеспечении лекарственными препаратами; трансплантации (пересадки) органов и тканей человека; медицинской реабилитации на уровне больницы занимается:

- врачебная комиссия;
- консилиум врачей;
- общественный совет больницы по качеству оказания медицинской помощи.

27. Совещание нескольких врачей одной или нескольких специальностей, необходимое для установления состояния здоровья пациента, диагноза, определения прогноза и тактики медицинского обследования и лечения, целесообразности направления в специализированные отделения медицинской организации или другую медицинскую организацию и для решения иных вопросов в случаях, предусмотренных законодательством называется:

- врачебной комиссией;
- административной комиссией;
- консилиумом врачей.

27. Укажите какое количество классов медицинских отходов по степени их эпидемиологической, токсикологической, радиационной опасности, а также негативного воздействия на среду обитания в соответствии с критериями, установлено Правительством Российской Федерации:

- три класса («А», «Б», «В»);
- четыре класса («А», «Б», «В», «Г»);
- пять классов («А», «Б», «В», «Г», «Д»).

28. В целях эффективного использования ресурсов здравоохранения, повышения качества и доступности медицинской помощи, согласно

Федеральному закону Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ, рекомендациям Министерства здравоохранения на территории Российской Федерации сформирована:

- трехуровневая система оказания медицинской помощи населению;
- многоуровневая система оказания медицинской помощи населению;
- многоканальная система оказания медицинской помощи населению.

30. Анализ деятельности медицинской организации, оказывающей помощь в амбулаторных условиях, предполагает изучение общей характеристики поликлиники и района обслуживания с использованием специальных показателей:

- укомплектованность штатами;
- объем оказания амбулаторно-поликлинической помощи;
- объем медицинских осмотров;
- показатели здоровья населения.

- нагрузка персонала;
- объем оказания амбулаторно-поликлинической помощи;
- диспансеризация;
- показатели здоровья населения.

- нагрузка персонала;
- объем выполнения плана-задания;
- диспансеризация;
- демографические показатели здоровья населения.

31. Укажите показатели, необходимые для определения нагрузки врачебного персонала:

- коэффициент совместительства;
- функция врачебной должности (плановая и фактическая);
- показатель фактической часовой нагрузки врача на приеме в поликлинике.

- укомплектованность кадрами (штатная, физическая);
- и фактическая);
- показатель фактической часовой нагрузки врача на приеме в поликлинике

- укомплектованность кадрами (штатная, физическая);
- коэффициент совместительства;
- функция врачебной должности (плановая и фактическая);
- показатель фактической часовой нагрузки врача на приеме в поликлинике.

32. Показатели объема оказания амбулаторно-поликлинической помощи:

- обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической помощью;
- выполнение плана-задания посещений;
- структура посещений в поликлинику.

- обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической помощью;
- выполнение плана-задания посещений;
- доля населения, обратившегося в поликлинику в течение года;

структура посещений в поликлинику.

- выполнение плана-задания посещений;

доля населения, обратившегося в поликлинику в течение года;

структура посещений в поликлинику.

33. Граждане, прошедшие диспансеризацию, относятся к:

- трём группам диспансерного наблюдения;

- четырём группам диспансерного наблюдения;

- пяти группам диспансерного наблюдения.

34. Для анализа работы по диспансерному наблюдению используют три группы показателей:

- охват (частота) диспансерного наблюдения;

своевременность диспансерного наблюдения;

эффективность диспансерного наблюдения.

- охват (частота) диспансерного наблюдения;

качество диспансерного наблюдения;

эффективность диспансерного наблюдения.

- охват (частота) диспансерного наблюдения;

своевременность диспансерного наблюдения;

эффективность диспансерного наблюдения.

35. Назовите показатели, характеризующие обеспеченность населения больничными койками:

- число коек на 1000 населения;

структура коечного фонда;

уровень госпитализации;

удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям.

- структура коечного фонда;

уровень госпитализации;

удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям.

- число коек на 1000 населения;

структура коечного фонда;

удельный вес больных, госпитализированных по экстренным показаниям.

36. Показатели использования коечного фонда включают:

- среднее число дней занятости (работы) койки в году;

средняя длительность пребывания больного на койке;

степень выполнения плана койко-дней;

уровень хирургической активности;

среднее время простоя койки.

- среднее число дней занятости (работы) койки в году;

средняя длительность пребывания больного на койке;

степень выполнения плана койко-дней;

оборот больничной койки;

уровень хирургической активности;

частота отказов в госпитализации;

среднее время простоя койки.

- средняя длительность пребывания больного на койке;
- степень выполнения плана койко-дней;
- оборот больничной койки;
- уровень хирургической активности;
- среднее время простоя койки.

37. Укажите показатели нагрузки персонала в стационаре:

- коэффициент совместительства;
- уровень укомплектованности кадрами (штатная, физическая);
- среднее число операций на врача-хирурга (диагностических процедур на врача специалиста) и др.
- уровень укомплектованности кадрами (штатная, физическая);
- среднее число операций на врача-хирурга (диагностических процедур на врача специалиста) и др.
- коэффициент совместительства;
- среднее число операций на врача-хирурга (диагностических процедур на врача специалиста) и др.

38. К показателям качества работы стационара относят:

- летальность;
- частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных);
- своевременность госпитализации;
- частота осложнений.
- летальность;
- частота расхождения диагнозов (клинических и патологоанатомических; амбулаторно-поликлинических и стационарных);
- частота повторных госпитализаций;
- своевременность госпитализации;
- частота осложнений;
- удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств.
- летальность;
- частота повторных госпитализаций;
- частота осложнений;
- удельный вес эндоскопических (малоинвазивных) вмешательств.

ТЕСТЫ ГЛАВА 5

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ

1. Как называется целенаправленный поступательный процесс, обеспечивающий эффективное функционирование и развитие системы в конкретных условиях с учетом имеющихся ресурсов:

- управлением;
- планированием;

- мониторингом.

2. Управление социально-экономическими системами, направленное на достижение поставленных целей на основе учета, использования и развития преимущественно внутренних факторов, т.е. кадрового, научно-технического и производственного потенциала называется:

- менеджментом;
- маркетингом;
- бизнес-планированием.

3. Управление системой (организацией, фирмой) путем учета преимущественно внешних факторов (рынка), обеспечивающих производство товаров и услуг на основе изучения потребительского спроса населения носит название:

- менеджмента;
- маркетинга;
- факторинга.

4. Управленческий цикл предполагает решение задач:

- формирование стратегического видения и миссии социально-экономической системы (организации);
- определение целей;
- разработку стратегии достижения целей;
- внедрение и реализацию стратегии;
- оценку работы и осуществление корректирующих действий.
- формирование целей деятельности организации;
- разработку стратегии достижения целей;
- контроль за достижением цели;
- осуществление корректирующих действий.
- формирование цели социально-экономической системы (организации);
- разработку стратегии достижения целей;
- оценку работы и осуществление корректирующих действий.

5. С точки зрения оценки эффективности работы организации, используются преимущественно два основных критерия:

- достижение финансовых и стратегических целей;
- выполнение плана-задания медицинской организации, снижение себестоимости услуг;
- увеличение заработной платы сотрудников и увеличение величины предотвращённого ущерба.

6. Процесс разработки научно-обоснованной системы мероприятий, осуществляемых органами государственного и местного самоуправления, позволяющих наиболее полно сочетать потребность населения в медицинской помощи, лекарственном обеспечении и санитарно-противоэпидемическом обслуживании с экономическими возможностями ее удовлетворения называется:

- управлением здравоохранения;
- планированием здравоохранения;
- экономикой здравоохранения.

7. Потребность населения для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях на 1000 населения характеризуется числом:

- врачебных посещений;
- заболеваемостью (обращаемостью);
- диспансерных посещений в связи с заболеваемостью;

8. Потребность населения в стационарной помощи на 1000 населения характеризуется:

- количеством госпитализированных от числа обратившихся (в %);
- необходимым количеством среднегодовых коек;
- уровнем обращаемости (заболеваемости).

9. Функция врачебной должности для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях соответствует:

- нагрузке врача по специальности на 1 час работы в поликлинике и на дому;
- среднему количеству посещений, обслуживаемых врачом за день;
- количеству посещений, обслуживаемых врачом в течение года.

10. Для определения потребности во врачебных должностях для обеспечения оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях необходимо иметь данные характеризующие:

- количество острых и хронических заболеваний на одного жителя в год;
- численность населения территории;
- функцию врачебной должности.
- норму поликлинических посещений на одного жителя в год;
- численность населения территории;
- функцию врачебной должности.
- норму поликлинических посещений на одного жителя в год;
- численность населения территории;
- штатную численность врачей.

11. План-задание медицинской организации в системе ОМС – это:

- согласованные объемы и стоимость медицинской помощи, запланированные для оказания медицинской организацией в рамках Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
- согласованные объемы и стоимость медицинской помощи, запланированные для оказания медицинской организацией в соответствии с показателями общественного здоровья населения;
- согласованные объемы и стоимость медицинской помощи, запланированные для оказания медицинской организацией в рамках имеющихся финансовых ресурсов регионального здравоохранения.

12. Нужда, с точки зрения основного понятия маркетинга, – это чувство ощущаемой человеком:

- нехватки чего-либо;
- потребности в чем либо;
- неудовлетворённости чем-либо.

13. Мотив (или побуждение), с точки зрения маркетинга, – это

- потребность, достигшая высокой степени выразительности, заставляющая человека искать пути и способы ее удовлетворения;
- нужда, достигшая высокой степени выразительности, заставляющая человека искать пути и способы ее удовлетворения;
- желание, достигшее высокой степени выразительности, заставляющее человека искать пути и способы удовлетворения.

14. Потребность, с точки зрения маркетинга, – это

- способность человека действовать в целях своих интересов;
- деятельность, направленная на достижение желаемого результата;
- нужда, принявшая форму в соответствии с культурным уровнем и личностью человека, иными словами говоря, это осознанная нужда, требующая действия.

15. Широкое определение логистики трактует ее как науку :

- обеспечивающую ресурсами различные социально-экономические системы;
- о планировании, управлении и контроле движения материальных, информационных и финансовых ресурсов в различных системах;
- ведающую управлением материальными ресурсами в различных системах.

16. Запрос, с точки зрения маркетинга, – это потребность, подкрепленная:

- наличием товаров и услуг на рынке;
- покупательной способностью населения;
- наличием конкурентной среды в условиях сегментации рынка.

17. Товар, с точки зрения маркетинга, – все, что может:

- удовлетворить потребность или нужду и что предлагается рынку с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления;
- предлагаться на рынке с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления;
- продаваться на рынке для удовлетворения потребности населения.

18. Услуга, с точки зрения маркетинга, – это

- неосязаемое мероприятие которое, не приводит к завладению материальными ценностями;
- любое мероприятие или выгода, которые одна сторона может предложить другой и которые, в основном, неосязаемы и не приводят к завладению чем-либо;
- мероприятие, осуществляемое одной из сторон в результате чего одна сторона может предложить другой что либо к завладению.

ТЕСТЫ ГЛАВА 6
ФИНАНСИРОВАНИЕ И ФИНАНСОВЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ
В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1. Обеспечение необходимыми финансовыми ресурсами государства, регионов, предприятий, предпринимателей, граждан, государственных программ и различных видов деятельности называется:

- финансированием;
- управлением;
- планированием.

2. Бюджет – форма:

- предназначенная для финансового обеспечения задач и функций государственного и местного самоуправления;
- образования и расходования денежных средств, предназначенных для финансового обеспечения задач и функций государственного и местного самоуправления;
- предназначенная для экономического обоснования финансового обеспечения задач и функций государственного и местного самоуправления.

3. Бюджет – это финансовое выражение:

- плана развития государства на предстоящий год;
- экономического роста государства на предстоящий год;
- затрат на развитие перспективных направлений развития государства на предстоящий год.

4. Государственный бюджет состоит из:

- плановой и фактической частей;
- доходной и расходной частей;
- экономического обоснования и расходования денежных средств.

5. Бюджетный процесс – это деятельность по:

- составлению, рассмотрению, утверждению и исполнению бюджетов. Контроль исполнения;
- установлению тарифов на государственные услуги. Контроль за ценами на услуги.
- формирование доходов и определение расходов на муниципальном, региональном и федеральном уровнях.

6. Письменное распоряжение о перечислении денежных средств со счета плательщика на счет получателя называется:

- платежным требованием;
- платежным поручением;
- расчетным чеком.

7. Каким нормативно-правовым документом определяется перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатной медицинской помощи населению:

- Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

- Государственным (муниципальным) заданием в разрезе территорий;
- Бюджетом субъектов Российской Федерации.

8. Назовите основополагающий документ финансовой политики государства:

- Конституция Российской Федерации;
- Бюджетный кодекс Российской Федерации;

- Бюджет Российской Федерации.

9. Бюджетная система Российской Федерации включает уровни бюджетов:

- два;
- три;
- множество.

10. Бюджетная классификация Российской Федерации включает классификации:

- доходов бюджетов;
расходов бюджетов;
источников финансирования дефицитов бюджетов.

- доходов бюджетов;
расходов бюджетов;
операций публично-правовых образований, то есть операций сектора государственного управления.

- доходов бюджетов;
расходов бюджетов;
источников финансирования дефицитов бюджетов;
операций публично-правовых образований, то есть операций сектора государственного управления.

11. Количество кодов Классификации бюджетов Российской Федерации соответствует:

- десяти;
- пятнадцати;
- двадцати.

12. Классификация бюджетов Российской Федерации состоит из кодов:

- главного администратора доходов бюджета; вида и подвида доходов; операций сектора государственного управления;

- вида и подвида доходов; операций сектора государственного управления;

- главного администратора доходов бюджета; операций сектора государственного управления.

13. Код вида доходов включает:

- группу, статью, подстатью и элемент дохода;
- группу, подгруппу, статью, подстатью дохода;
- группу, подгруппу, статью, подстатью и элемент дохода.

14. Код классификации расходов состоит из трех составных частей:

- главного распорядителя бюджетных средств;
вида расходов бюджета;
классификации операций сектора государственного управления.

- главного распорядителя бюджетных средств;
раздела, подраздела, целевой статьи и вида расходов бюджета;
классификации операций сектора государственного управления.

- главного распорядителя бюджетных средств;
целевых статей расходов бюджета;
классификации сектора государственного управления.

15. Классификация бюджетов состоит из кодов:

- группы, подгруппы, статьи и вида источника;
- главного администратора, статьи и вида источника;
- главного администратора, группы, подгруппы, статьи и вида источника.

16. Единый для бюджетов бюджетной системы Российской Федерации перечень статей и подстатей классификации операций сектора государственного управления устанавливается:

- Министерством финансов Российской Федерации;
- Конституцией Российской Федерации;
- законодательством субъектов Российской Федерации;

17. Государственные внебюджетные фонды состоят из бюджетов:

- дорожного фонда Российской Федерации;
фонда социального страхования Российской Федерации;
федерального фонда обязательного медицинского страхования.

- пенсионного фонда Российской Федерации;
фонда социального страхования Российской Федерации;
федерального фонда обязательного медицинского страхования;
дорожного фонда Российской Федерации;

- пенсионного фонда Российской Федерации;
фонда социального страхования Российской Федерации;
федерального фонда обязательного медицинского страхования.

18. Порядок составления и ведения сводной бюджетной росписи устанавливается:

- Министерством финансов Российской Федерации;
- счетной палатой Российской Федерации;
- соответствующим финансовым органом.

19. Порядок составления и ведения сводной бюджетной росписи бюджетов государственных внебюджетных фондов устанавливается:

- Министерством финансов Российской Федерации;
- органом управления государственного внебюджетного фонда;
- счетной палатой Российской Федерации.

20. Учет операций по исполнению бюджета, осуществляемых участниками бюджетного процесса в рамках их бюджетных полномочий,

производится на лицевых счетах, открываемых в соответствии с положениями Бюджетного кодекса в:

- Федеральном казначействе;
сберегательном банке Российской Федерации;
органе управления государственным внебюджетным фондом Российской Федерации.

- Федеральном казначействе;
финансовом органе субъекта Российской Федерации (муниципального образования);
органе управления государственным внебюджетным фондом Российской Федерации;
банках Российской Федерации.

- Федеральном казначействе;
финансовом органе субъекта Российской Федерации (муниципального образования);
органе управления государственным внебюджетным фондом Российской Федерации.

21. План финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации включает:

- сведения о деятельности организации;
показатели финансового состояния;
движимое и недвижимое имущество;
дебиторскую и кредиторскую задолженность;
показатели по поступлениям и выплатам организации.

- показатели финансового состояния;
движимое и недвижимое имущество;
показатели по поступлениям и выплатам организации.

- сведения о деятельности организации;
показатели финансового состояния;
дебиторскую и кредиторскую задолженность.

22. Лицевые счета федеральным учреждениям, учреждениям субъектов Российской Федерации, муниципальным учреждениям для учета операций со средствами, открываются и ведутся соответственно в:

- территориальных банках субъектов Российской Федерации, имеющих лицензии;

финансовых органах субъектов Российской Федерации;
финансовых органах муниципальных образований.

- территориальных органах Федерального казначейства;
финансовых органах субъектов Российской Федерации;
финансовых органах муниципальных образований.

- территориальных органах Федерального казначейства;
финансовых органах субъектов Российской Федерации;
сберегательных банках муниципальных образований.

23. Финансовое обеспечение деятельности казенного учреждения реализуется за счет средств соответствующего бюджета на основании:

- бюджетной сметы;
- плана финансово-хозяйственной деятельности;
- бизнес-плана.

24. Казенное учреждение может осуществлять приносящую доходы деятельность:

- с согласия учредителя;
- при условии, если такое право предусмотрено в его учредительном документе;
- по решению трудового коллектива.

25. Поступления финансовых средств, полученных от приносящей доходы деятельности, на счета казенных учреждений:

- перечисляются в соответствующий бюджет Российской Федерации;
- используются по решению трудового коллектива на нужды учреждения;
- с согласия учредителя расходуются на реализацию плана финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации.

26. Бюджетным медицинским учреждением признается некоммерческая организация, осуществляющая деятельность, связанную с выполнением работ, оказанием услуг, относящихся к его основным видам деятельности, созданная:

- субъектом Российской Федерации;
- муниципальным образованием;
- субъектом Российской Федерации или муниципальным образованием.

27. Имущество бюджетного учреждения закрепляется за ним на праве:

- собственности;
- оперативного управления;
- аренды.

28. Бюджетное учреждение:

- вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом для граждан и юридических лиц за плату;
- не вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, предусмотренным его учредительным документом для граждан и юридических лиц за плату;
- вправе сверх установленного государственного (муниципального) задания выполнять работы, оказывать услуги, относящиеся к его основным видам деятельности, с согласия учредителя, гражданам и юридическим лицам за плату.

29. Назовите наиболее часто встречающийся способ оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- сметное финансирование; глобальный бюджет;
- оплата за посещение; оплата отдельных медицинских услуг; балльная оплата отдельных медицинских услуг; оплата законченных случаев лечения (за больного);
- подушевое финансирование.

30. Назовите наиболее часто встречающийся способ оплаты медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях:

- в расчете на 1 больного, на 1 услугу, на 1 койко-день;
- по смете расходов; в соответствии с глобальным бюджетом;
- по клинико-статистическим группам (КСГ).

31. Управление движением финансовых ресурсов объекта здравоохранения и финансовыми отношениями, возникающими в процессе движения финансовых ресурсов, называется:

- финансовым менеджментом;
- бизнес-планированием;
- бюджетированием.

32. Стратегия финансового менеджмента – это:

- выполнение плана финансово-хозяйственной деятельности;
- общее направление и способ использования финансовых средств для достижения поставленной цели;
- реализация бизнес-плана.

33. Тактика финансового менеджмента – это:

- обоснование плана финансово-хозяйственной деятельности;
- деятельность по достижению поставленной цели;
- выбор конкретных методов, приемов, инструментов, необходимых для достижения поставленной цели в реальных условиях.

34. Функции финансового менеджмента в здравоохранении:

- стратегическое и тактическое планирование расходов и доходов финансовых ресурсов;
- мобилизация финансовых ресурсов;
- распределение финансовых ресурсов;
- аудит использования финансовых ресурсов.
- мобилизация финансовых ресурсов;
- распределение финансовых ресурсов;
- аудит использования финансовых ресурсов.
- стратегическое и тактическое планирование расходов и доходов финансовых ресурсов;
- аудит использования финансовых ресурсов.

ТЕСТЫ ГЛАВА 7 ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Наука о разработке методов наиболее рационального использования общественных ресурсов по медицинскому обслуживанию и охране здоровья населения называется:

- экономикой здравоохранения;
- управлением здравоохранения;
- маркетингом здравоохранения.

2. Экономика здравоохранения – наука о (об):

- рациональном использовании ресурсов здравоохранения;
- экономии ресурсов здравоохранения;
- ценах и тарифах на медицинские услуги.

3. Себестоимость продукции (услуг):

- сумма денежных средств на производство продукции (услуг);
- сумма денежных средств на производство продукции (услуг) и её доставку;
- сумма денежных средств на производство продукции (услуг) и её реализацию.

4. Постоянные издержки –

- зависят от объема производства продукции и услуг;
- не зависят от объема производства продукции и услуг;
- частично зависят от объема производства продукции и услуг.

5. Переменные издержки –

- зависят от объема производства продукции и услуг;
- не зависят от объема производства продукции и услуг;
- частично зависят от объема производства продукции и услуг.

6. Показатель средних валовых издержек –

- сумма постоянных издержек в расчета на единицу продукции или услуг;
- сумма постоянных и переменных издержек в расчета на единицу продукции или услуг;
- сумма переменных издержек в расчета на единицу продукции или услуг.

7. При определении себестоимости любого вида медицинских услуг используется группировка затрат по экономическим элементам:

- расходы на оплату труда;
- прямые материальные затраты;
- накладные расходы;
- расходы на оплату труда;
- начисления на заработную плату;
- прямые материальные затраты.
- расходы на оплату труда;
- начисления на заработную плату;
- прямые материальные затраты;
- накладные расходы.

8. Под медицинской эффективностью следует понимать:

- степень (эффект) достижения поставленных задач в области охраны здоровья и организации здравоохранения;
- степень (эффект) достижения поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний с учетом критериев качества, адекватности и результативности;
- степень (эффект) достижения поставленных задач в области улучшения показателей общественного здоровья.

9. Социальная эффективность здравоохранения заключается в

- экономии затрат на организацию медицинской помощи;
- повышении удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи;
- предотвращении заболеваний, уменьшении числа инвалидизированных, преждевременно умерших, а также в экономии времени пациентов при различных организационных формах медицинского обслуживания.

10. Назовите методы экономического анализа, использование которых позволяет определить экономическую эффективность мероприятий в сфере здравоохранения:

- минимизация затрат;
- затраты-результативность;
- затраты-полезность;
- затраты-результативность;
- затраты-выгода;
- затраты-полезность;
- минимизация затрат;
- затраты-результативность;
- затраты-выгода;
- затраты-полезность.

ТЕСТЫ ГЛАВА 8

**КАЧЕСТВО И БЕЗОПАСНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.
ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

1. Совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата соответствует определению:

- качества медицинской помощи;
- адекватности медицинской помощи;
- доступности медицинской помощи в рамках программы госгарантий.

2. Знаменитая триада Дона Бедиана, с точки зрения качества медицинской помощи, включает:

- «ресурсы – технологии – наличие жалоб пациента»;
- «ресурсы – технологии – результаты»;

- «финансирование – технологии – результаты».

3. В мировой практике наиболее объективным подходом в оценке качества медицинской помощи считается:

- использование стандарта-эталона;
- мнение пациента;
- комиссия оценка специалистами результатов медицинской помощи.

4. В рамках действующего законодательства, порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи утверждаются:

- уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
- общественными профессиональными медицинскими организациями;
- главными специалистами органов управления здравоохранения.

5. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям, включает:

- источники финансирования и стоимость медицинской помощи;
- правила организации деятельности медицинской организации;
- стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- этапы оказания медицинской помощи;
- правила организации деятельности медицинской организации;
- стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- технологии планирования медицинской помощи;
- правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений.

6. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- профилактических мероприятий;
- лекарственных препаратов;
- медицинских изделий;
- компонентов крови;
- видов лечебного питания;

- медицинских осмотров, профилактических прививок;
лекарственных препаратов;
медицинских изделий;
компонентов крови;
видов лечебного питания;
- медицинских услуг;
лекарственных препаратов;
медицинских изделий;
компонентов крови;
видов лечебного питания.

7. Доступность медицинской помощи обеспечивается:

- наличием информации и уровнем культуры населения;
наличием необходимых материальных ресурсов;
достаточностью финансовых ресурсов;
транспортной доступностью;
возможностью выбора медицинской организации и медицинского работника;
стандартизацией медицинской помощи;
- наличием и уровнем квалификации медицинских кадров;
наличием необходимых материальных ресурсов;
достаточностью финансовых ресурсов;
транспортной доступностью;
возможностью выбора медицинской организации и медицинского работника;
стандартизацией медицинской помощи;
- наличием необходимых материальных ресурсов;
достаточностью финансовых ресурсов;
транспортной доступностью;
возможностью выбора медицинской организации и медицинского работника;
стандартизацией медицинской помощи.

8. Предлагаемый основоположником теории управления качеством У.Э. Демингом управленческий цикл состоит из трех стадий:

- разработка спецификации – технического задания, условий и допусков;
производство продукции, удовлетворяющей спецификации;
контроль соответствия продукции спецификации;
- определение объёмов финансирования;
производство продукции;
контроль качества продукции;
- планирование объёмов выпускаемой продукции;
производство продукции;
контроль качества выпускаемой продукции.

9. Деятельность по предоставлению, переоформлению, продлению, прекращению срока действия, приостановлению, возобновлению лицензий, формированию, ведению реестра лицензий и государственного информационного ресурса называется:

- информатизацией процесса управления качеством медицинской помощи;
- лицензированием;
- управлением организации медицинской помощи.

10. Лицензирование медицинской деятельности осуществляют:

- Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации; независимые, негосударственные аккредитованные организации;
- Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации; общественные профессиональные медицинские организации.

- Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения; уполномоченные органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации;

11. Ведение сводного реестра лицензий, в том числе лицензий, выданных органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с переданными полномочиями, осуществляется:

- федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения;
- организациями, выдавшими лицензии;
- региональными органами управления здравоохранения.

12. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется:

- общественными профессиональными медицинскими организациями;
- органами государственного контроля;
- органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

13. Предупреждение, выявление и пресечение нарушения органами государственной власти и органами местного самоуправления, государственными внебюджетными фондами, а также осуществляющими медицинскую и фармацевтическую деятельность организациями и индивидуальными предпринимателями требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности являются задачами:

- государственного контроля;
- ведомственного;
- внутреннего контроля.

14. Контролем какого уровня обеспечивается проведение проверок применения медицинскими организациями порядков оказания и стандартов медицинской помощи; соблюдения медицинскими организациями безопасных условий труда, требований по безопасному

применению и эксплуатации медицинских изделий и их утилизации (уничтожению):

- государственным контролем;
- ведомственным;
- внутренним контролем.

15. Проверки проводимые в рамках рассмотрения конкретного случая оказания (неоказания) гражданину медицинской помощи, обращения, жалобы, факта, отдельных показателей деятельности подведомственного органа или организации называются:

- целевыми;
- плановыми;
- комплексными.

16. проверки проводимые в целях исследования совокупности показателей, случаев, обращений, жалоб, фактов, обобщенных по однородному признаку, а также деятельности подведомственного органа или организации в целом называются:

- целевыми;
- плановыми;
- комплексными.

17. При проведении проверок их продолжительность не должна превышать:

- 20 рабочих дней;
- 15 рабочих дней;
- 10 рабочих дней.

18. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в порядке установленном:

- руководителями медицинских организаций;
- профсоюзными организациями медицинских учреждений;
- общественными профессиональными медицинскими организациями.

19. Основная задача внутреннего контроля качества:

- изучение мнения пациентов о качестве оказания медицинской помощи;
- выявление дефектов медицинской помощи, установление их причин;
- контроль за соблюдением стандартов оказания медицинской помощи.

20. Некачественное оказание медицинской помощи, в результате которого причиненный вред здоровью пациента может быть вызван как ненадлежащими так и неосторожными действиями врача называется:

- дефектом оказания медицинской помощи;
- врачебной ошибкой;
- халатностью медицинского работника.

ТЕСТЫ ГЛАВА 9

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО

БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ И ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

1. Состояние здоровья населения и среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека, и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности называется:

- санитарно-эпидемиологическим благополучием населения;
- качеством жизни населения;
- общественным здоровьем населения.

2. Совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека именуется:

- качеством жизни населения;
- средой обитания человека;
- условиями жизни населения.

3. Государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализ, оценка и прогноз, определение причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания называется:

- управлением здравоохранения;
- диспансеризацией населения;
- социально-гигиеническим мониторингом.

4. Деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания именуется:

- государственным санитарно-эпидемиологическим надзором;
- охраной здоровья населения;
- здравоохранением.

5. Назовите основные функции Роспотребнадзора:

- контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- защита прав потребителей на потребительском рынке;
- контроль за показателями общественного здоровья населения;
- контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- защита прав потребителей на потребительском рынке;
- контроль и надзор в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- защита прав потребителей на потребительском рынке;
- контроль за реализацией региональных профилактических программ.

6. Основные функции центров гигиены и эпидемиологии:

- проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз;

осуществление государственного учета заболеваемости;
проведение социально-гигиенического мониторинга;
осуществление статистического наблюдения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз;
осуществление государственного учета инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний, отравлений и других заболеваний, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека;
проведение социально-гигиенического мониторинга;
осуществление статистического наблюдения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;
- проведение необходимых исследований, испытаний, экспертиз;
осуществление государственного учета инфекционных, паразитарных, профессиональных заболеваний, отравлений и других заболеваний, связанных с воздействием неблагоприятных факторов среды обитания человека;
осуществление статистического наблюдения в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия;

ТЕСТЫ ГЛАВА 10

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ ВРЕМЕННОЙ И СТОЙКОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

1. Временная нетрудоспособность – это:

- невозможность осуществления работником трудовых обязанностей, обусловленных медицинскими причинами, предусмотренными действующим законодательством;
- невозможность осуществления работником трудовых обязанностей, обусловленных медицинскими причинами, а также социальными факторами, предусмотренными действующим законодательством;
- невозможность осуществления работником трудовых обязанностей, обусловленных социальными факторами, предусмотренными действующим законодательством.

2. Укажите медицинские причины и социальные факторы определяющие невозможность осуществления работником трудовых обязанностей:

- болезнь (травма);
- санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация;
- уход за больным членом семьи;
- карантин;
- протезирование в условиях стационара;
- отпуск по беременности и родам;
- болезнь (травма);
- санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация;

протезирование в условиях стационара;
отпуск по беременности и родам;
- болезнь (травма);
санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация;
уход за больным членом семьи;
отпуск по беременности и родам.

3. Полная временная нетрудоспособность характеризуется утратой работником способности к труду:

- на определенный срок;
- и необходимостью в специальном режиме и лечении;
- на определенный срок и необходимостью в специальном режиме и лечении.

4. При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, медицинский работник единолично и одновременно выдает листок нетрудоспособности на срок до:

- 10 календарных дней;
- 15 календарных дней;
- 20 календарных дней.

5. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается по решению:

- врачебной комиссии;
- консилиума врачей;
- главного врача.

6. Фельдшер или зубной врач (назначенный приказом органа исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области здравоохранения) единолично выдает листок нетрудоспособности на срок:

- до 5 календарных дней;
- до 10 календарных дней;
- до 15 календарных дней.

7. По решению врачебной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть выдан в установленном порядке до дня восстановления трудоспособности, но на срок не более:

- 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) – на срок не более 12 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 календарных дней;
- 5 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) – на срок не более 10 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 15 календарных дней;

- 10 месяцев, а в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) – на срок не более 12 месяцев, с периодичностью продления по решению врачебной комиссии не реже чем через 10 календарных дней.

8. На медико-социальную экспертизу (далее - МСЭ) направляются граждане, имеющие стойкие ограничения жизнедеятельности и трудоспособности, нуждающиеся в социальной защите, по заключению врачебной комиссии при:

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;

благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев;

необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам;

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;

благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 4 месяцев;

необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам;

- очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не позднее 4 месяцев от даты ее начала;

благоприятном клиническом и трудовом прогнозе при временной нетрудоспособности, продолжающейся свыше 10 месяцев (в отдельных случаях: состояния после травм и реконструктивных операций, при лечении туберкулеза - свыше 12 месяцев);

необходимости изменения программы профессиональной реабилитации работающим инвалидам в случае ухудшения клинического и трудового прогноза независимо от группы инвалидности и сроков временной нетрудоспособности.

9. При направлении больных на долечивание в специализированные санаторно-курортные учреждения, расположенные на территории Российской Федерации, непосредственно после стационарного лечения листок нетрудоспособности продлевается медицинским работником по решению врачебной комиссии специализированного санаторно-курортного учреждения на весь период долечивания, но не более чем на:

- 21 календарный день;

- 24 календарных дня;

- 30 календарных дней.

10. При направлении медицинскими организациями больных туберкулезом по путевкам в специализированные (противотуберкулезные) санаторно-курортные учреждения листок нетрудоспособности выдается по решению врачебной комиссии противотуберкулезного диспансера на весь период:

- лечения и долечивания;
- лечения и проезда;
- лечения, долечивания и проезда.

11. На какой период выдаётся листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в возрасте до 7 лет (за исключением случаев, включённых в специальный перечень заболеваний согласно приказу МЗ и СР № 84н):

- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет – на весь период его лечения в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях, но не более чем на 50 дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет – на весь период его лечения в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях, но не более чем на 60 дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет – на весь период его лечения в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях, но не более чем на 70 дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.

12. На какой период выдаётся листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет:

- в случае ухода за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в условиях стационара, больничный лист выдаётся – на срок до 10 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока;
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в условиях стационара, больничный лист выдаётся – на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока;
- в случае ухода за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в условиях стационара, больничный лист выдаётся – на срок до 20 дней по каждому

случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока.

13. На какой период выдаётся листок нетрудоспособности по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет:

- больничный лист по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в условиях стационара – на весь период заболевания, но не более чем на 100 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;

- больничный лист по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в условиях стационара – на весь период заболевания, но не более чем на 110 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;

- больничный лист по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 15 лет при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в условиях стационара – на весь период заболевания, но не более чем на 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.

14. Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам:

- листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 25 недель беременности единовременно продолжительностью 130 календарных дней (65 календарных дней до родов и 65 календарных дней после родов);

- листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 30 недель беременности единовременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов);

- листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 35 недель беременности единовременно продолжительностью 150 календарных дней (75 календарных дней до родов и 75 календарных дней после родов).

15. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при многоплодной беременности:

- при многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 26 недель беременности единовременно продолжительностью 192 календарных дня (82 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов);

- при многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 28 недель беременности единовременно продолжительностью 194 календарных дня (84 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов);

- при многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в 30 недель беременности единовременно продолжительностью 196 календарных дня (86 календарных дня до родов и 110 календарных дней после родов).

16. Назовите условия признания гражданина инвалидом:

- нарушение здоровья, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

ограничение жизнедеятельности (утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

необходимость в мерах социальной защиты.

- нарушение здоровья обусловленное заболеваниями;

ограничение жизнедеятельности (частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

необходимость в реабилитации.

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;

ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата гражданином способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);

необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

17. В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается:

- I или II группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид»;

- I, II или III группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид»;

- I, II, III или IV группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

18. Укажите на какой период устанавливаются группы инвалидности:

- инвалидность I, II и III групп устанавливается на 1 год.;

- инвалидность I группы устанавливается на 2 года, II и III групп –на 1 год. Иногда инвалидность может устанавливаться бессрочно;

- инвалидность I группы устанавливается на 3 года, II и III групп –на 1 год. Иногда инвалидность может устанавливаться бессрочно.

19. В случае признания гражданина инвалидом в качестве причины инвалидности указываются:

- трудовое увечье; инвалидность с детства; инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы; инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска;
- заболевание; трудовое увечье; инвалидность с детства; инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы; иные причины, установленные законодательством Российской Федерации;
- общее заболевание; трудовое увечье; профессиональное заболевание; инвалидность с детства; инвалидность вследствие ранения (контузии, увечья), связанная с боевыми действиями в период Великой Отечественной войны, военная травма, заболевание, полученное в период военной службы; инвалидность, связанная с катастрофой на Чернобыльской АЭС, последствиями радиационных воздействий и непосредственным участием в деятельности подразделений особого риска; иные причины, установленные законодательством Российской Федерации.

20. Порядок переосвидетельствования инвалида:

- переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в в год, инвалидов II и III групп – 1 раз в полгода а детей-инвалидов – 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид»;
- переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп – 1 раз в год, а детей-инвалидов – 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид»;
- переосвидетельствование инвалидов I группы проводится 1 раз в 3 года, инвалидов II и III групп – 1 раз в год, а детей-инвалидов – 1 раз в течение срока, на который ребенку установлена категория «ребенок-инвалид».

ТЕСТЫ ГЛАВА 11
МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ:
СИСТЕМЫ И ОПЫТ

1. Назовите существующие в мире системы здравоохранения:

- бюджетная система здравоохранения;
общественная (страховая) система здравоохранения;
здравоохранение, основанное на частной (добровольной) системе страхования.

- национальная (государственная) система здравоохранения;
система социального здравоохранения;
здравоохранение, основанное на частной (добровольной) системе страхования.

- национальная (государственная) система здравоохранения;
общественная (страховая) система здравоохранения;
здравоохранение, основанное на частной (добровольной) системе страхования.

2. Назовите основной источник финансирования национальной (государственной) системы здравоохранения:

- финансируется за счёт налоговых средств с оборота предприятий и организаций;

- финансируется из средств работодателей;

- финансируется из бюджетных средств, собираемых путем налогообложения.

3. Укажите основной источник финансирования общественной (страховой) системы здравоохранения:

- общественная (страховая) система здравоохранения, финансируемая из средств работодателя;

- общественная (страховая) система здравоохранения, финансируемая из средств обязательных страховых взносов;

- общественная (страховая) система здравоохранения, финансируемая из бюджетных средств и средств работодателя.

4. Назовите основной источник финансирования частной (добровольной) системе страхования:

- средства, выделяемые пенсионным фондом и фондом социального страхования;

- средства, собираемые от работодателя, страхующего нанятых работников;

- средства, собираемые от граждан, страхующих самих себя из собственных доходов частным образом.

5. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – это:

- специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, крупнейшая международная медицинская организация, провозгласившая целью своей деятельности «достижение всеми народами возможно высшего уровня благосостояния»;

- специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, крупнейшая международная медицинская организация, провозгласившая целью своей деятельности «достижение всеми народами возможно высшего уровня здоровья»;

- специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, крупнейшая международная медицинская организация, провозгласившая целью своей деятельности «достижение всеми народами возможно высшего уровня экономического благополучия».

6. Основные направления деятельности ВОЗ:

- борьба с травматизмом и заболеваниями;

помощь странам в развитии национальных служб здравоохранения; организация сотрудничества по вопросам, представляющим всеобщий интерес;

содействие проведению научных исследований по наиболее важным проблемам медицины.

- борьба с наркоманией и табакокурением;

помощь в подготовке и усовершенствовании медицинского персонала; организация сотрудничества по вопросам, представляющим всеобщий интерес;

содействие проведению научных исследований по наиболее важным проблемам медицины и их международной координации.

- борьба с инфекционными и неинфекционными заболеваниями;

помощь странам в развитии национальных служб здравоохранения, в подготовке и усовершенствовании медицинского персонала; организация сотрудничества по вопросам, представляющим всеобщий интерес;

содействие проведению научных исследований по наиболее важным проблемам медицины и их международной координации.

7. Сфера компетенции профессиональных медицинских ассоциаций – это:

- регулирование профессиональной медицинской деятельности для обеспечения ее качества и высокой конкурентоспособности;

- регулирование медицинской деятельности для обеспечения интересов медицинских работников;

- регулирование профессиональной медицинской деятельности для обеспечения прав медицинских работников.

8. Всемирная Медицинская Ассоциация (ВМА) – это:

- Всемирный врачебный парламент, международная организация, представляющая врачей мира и устанавливающая международные этические нормы медицинской деятельности, обязательные для исполнения врачами всех стран;

- международная организация, представляющая врачей мира и устанавливающая профессиональные нормы медицинской деятельности, обязательные для исполнения врачами всех стран;
- Всемирный врачебный парламент, международная организация, представляющая врачей мира и устанавливающая международные нормы медицинской деятельности, обязательные для исполнения врачами всех стран

ТЕСТЫ ГЛАВА 12

КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА И СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

1. Процесс управления персоналом предусматривает определение:
 - **видов управленческой деятельности в зависимости от дифференциации медицинских технологий;**
 - **функций, которые формируются с учетом видов управленческой деятельности в зависимости от дифференциации медицинских технологий;**
 - **функций, которые формируются с учетом видов клинико-статистических групп в зависимости от плана-задания медицинских организаций.**
2. Методами управления персоналом называют способы воздействия на коллективы и отдельных работников с целью:
 - **координации их деятельности в процессе организации и оказания медицинской помощи;**
 - **координации их деятельности в процессе организации деятельности медицинской организации;**
 - **координации их деятельности в процессе решения правовых вопросов оказания медицинской помощи.**
3. По характеру воздействия различают три вида методов управления:
 - **авторитарные;**
 - экономические (материальные);**
 - социально-психологические (моральные);**
 - **административные;**
 - демократические;**
 - социально-психологические (моральные);**
 - **административные;**
 - экономические (материальные);**
 - социально-психологические (моральные).**
4. Задачи управления персоналом:
 - **разработка структуры управления персоналом организации;**
 - развитие кадрового потенциала;**
 - оформление и учет движения кадров;**
 - регулирование трудовых отношений в организации;**
 - регулирование условий труда;**
 - оказание юридических услуг персоналу;**
 - **планирование, прогнозирование и маркетинг персонала;**

разработка структуры управления персоналом организации;
развитие кадрового потенциала;
оформление и учет движения кадров;
регулирование трудовых отношений в организации;
мотивация и стимулирование труда;
регулирование условий труда;
оказание юридических услуг персоналу;
развитие социальной инфраструктуры организации;
- планирование, прогнозирование и маркетинг персонала;
разработка структуры управления персоналом организации;
развитие кадрового потенциала;
регулирование условий труда;
оказание юридических услуг персоналу;
развитие социальной инфраструктуры организации.

5. Эффективный контракт – это

- договор с работником, в котором конкретизированы его профессиональные обязанности, условия оплаты труда, выплаты в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки;

- конкретный договор с работником о его должностных обязанностях, условиях оплаты труда, в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки;

- трудовой договор с работником, в котором конкретизированы его должностные обязанности, условия оплаты труда, показатели и критерии оценки эффективности деятельности для назначения стимулирующих выплат в зависимости от результатов труда и качества оказываемых государственных (муниципальных) услуг, а также меры социальной поддержки.

6. Выделяют три составляющие труда руководителя:

- **организационно-этическую;**

производственную;

социально-экономическую;

- **организационно-управленческую;**

производственную;

социально-экономическую;

- **экономико-управленческую;**

производственную;

социально-экономическую.

7. Назовите известные Вам стили руководства трудовыми коллективами:

- **авторитарный;**

ориентированный на задачу;

миролюбивый;
ориентированный на подчиненных;
авральный;
экономический;
правовой;
попустительский;
компромиссный;
непоследовательный (алогичный);
ситуационный;
- авторитарный;
ориентированный на задачу;
демократический;
ориентированный на подчиненных;
этический;
деловой;
либеральный;
популярный;
согласительный;
непоследовательный (алогичный);
ситуационный;
- авторитарный;
ориентированный на задачу;
демократический;
ориентированный на подчиненных;
авральный;
деловой;
либеральный;
попустительский;
компромиссный;
непоследовательный (алогичный);
ситуационный.

ТЕСТЫ ГЛАВА 13
СУЩНОСТЬ, ПРОЦЕСС РАЗВИТИЯ,
КЛАССИФИКАЦИЯ КОНФЛИКТОВ.
УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТНОЙ СИТУАЦИЕЙ

1. Конфликт – это

- острые отрицательные эмоциональные переживания, обусловленные межличностными взаимодействиями или межличностными отношениями индивидов, или групп людей;
- наличие противоположно направленных, несовместимых друг с другом мнений отдельно взятого индивида, в межличностных взаимодействиях или межличностных отношениях индивидов, или групп людей, связанное с острыми отрицательными эмоциональными переживаниями;

- столкновение противоположно направленных, несовместимых друг с другом тенденций в осознании отдельно взятого индивида, в межличностных взаимодействиях или межличностных отношениях индивидов, или групп людей, связанное с острыми отрицательными эмоциональными переживаниями.

2. Структура конфликта и её составляющие:

- наличие конфликта;
причины конфликтной ситуации;
поведение участников конфликта;
исходы конфликт-действий;
- стороны (участники) конфликта;
причины конфликтной ситуации;
возможные действия участников конфликта;
исходы конфликт-действий;
- стороны (участники) конфликта;
наличие конфликтной ситуации;
возможные действия участников конфликта;
последствия конфликт-действий.

3. Перечислите этапы развития конфликта:

- возникновение предконфликтной ситуации;
объективная конфликтная ситуация;
осознание ситуации и переход к конфликтному поведению;
разрешение конфликта;
- возникновение ситуации;
объективная конфликтная ситуация;
осознание ситуации и переход к конфликтному поведению;
угасание конфликта;
- возникновение конфликтной ситуации;
развитие конфликтной ситуации;
переход к конфликтному поведению;
разрешение конфликта.

4. Конфликтная ситуация – это

- основа конфликта, возникшего на основе противоречия интересов и потребностей сторон;
- объективная основа конфликта, фиксирующая возникновение реального противоречия в интересах и потребностях сторон;
- субъективная основа конфликта, фиксирующая возникновение реального противоречия в интересах и потребностях сторон.

5. Инцидент в развитии конфликта – это

- экономическая ситуация, послужившая началом непосредственного столкновения сторон;
- субъективный повод, случай для начала непосредственного столкновения сторон;

- формальный повод, случай для начала непосредственного столкновения сторон.

ТЕСТЫ ГЛАВА 14

ПРАВОВЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1. Назовите основные принципы охраны здоровья:

- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
- ответственность государства за обеспечение прав граждан в сфере охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;
- приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;
- соблюдение врачебной тайны;
- соблюдение прав граждан при получении медицинской помощи;
- приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;
- приоритет охраны здоровья детей;
- ответственность государства за обеспечение охраны здоровья;
- доступность и качество медицинской помощи;
- соблюдение врачебной тайны.

2. В рамках действующего законодательства государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от:

- семейного положения, пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и соблюдение прав отдельных групп населения;
- принадлежности к политическим партиям, пола, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний и травм, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, убеждений, принадлежности к общественным объединениям;
- пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к

общественным объединениям и соблюдение прав отдельных групп населения.

3. Приоритеты интересов пациента при оказании медицинской помощи, в рамках действующего законодательства включают:

- соблюдение этических и моральных норм медицинскими работниками;
оказание медицинской помощи с учетом физического состояния пациента;
обеспечение ухода при оказании медицинской помощи;
организация оказания медицинской помощи пациенту;
создание условий, обеспечивающих посещения пациента родственниками;
- соблюдение этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения со стороны медицинских работников;
оказание медицинской помощи с учетом физического состояния и соблюдения культурных и религиозных традиций пациента;
обеспечение ухода при оказании медицинской помощи;
организация оказания медицинской помощи пациенту с учетом рационального использования его времени;
установление требований к проектированию и размещению медицинских организаций;
создание условий, обеспечивающих возможность посещения пациента и пребывания родственников с ним в медицинской организации;
- соблюдение этических и моральных норм;
оказание медицинской помощи с учетом состояния пациента;
обеспечение ухода при оказании медицинской помощи;
организация оказания медицинской помощи пациенту;
установление требований к медицинским организациям;
создание условий, обеспечивающих посещения пациента родственниками.

4. В чём выражается политика государства в обеспечении приоритета охраны здоровья детей:

- дети, независимо от их семейного и социального благополучия, имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи;
медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья;
органы государственной власти различных уровней разрабатывают и реализуют программы профилактики, раннего выявления и лечения заболеваний, снижения материнской и младенческой смертности, формирования у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни, обеспечения детей лекарственными препаратами, продуктами лечебного питания, изделиями медицинского назначения;
Российское законодательство предписывает органам власти создавать и развивать медицинские организации, обеспечивающие благоприятные условия для пребывания детей;
- дети имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи;
все организации обязаны соблюдать права детей в сфере охраны здоровья;

органы государственной власти различных уровней разрабатывают и реализуют программы профилактики;

Российское законодательство предписывает органам власти создавать и развивать медицинские организации, обеспечивающие благоприятные условия для пребывания детей;

- дети, независимо от их семейного и социального благополучия, имеют приоритетные права при оказании медицинской помощи;

медицинские организации, общественные объединения и иные организации обязаны признавать и соблюдать права детей в сфере охраны здоровья;

Российское законодательство предписывает органам власти создавать и развивать медицинские организации, обеспечивающие благоприятные условия для пребывания детей.

5. Доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:

- организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

возможностью выбора медицинской организации и врача;

оказанием медицинской помощи согласно программы госгарантий;

установлением требований к размещению медицинских организаций;

транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения;

- организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;

необходимым количеством медработников и их квалификацией;

возможностью выбора медицинской организации и врача;

применением порядков и стандартов оказания медицинской помощи;

оказанием медицинской помощи согласно программы госгарантий;

установлением требований к размещению медорганизаций, исходя из потребностей населения;

транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения;

возможностью использования средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;

- необходимым количеством медработников и их квалификацией;

возможностью выбора медицинской организации и врача;

применением порядков и стандартов оказания медицинской помощи;

оказанием медицинской помощи согласно программы госгарантий;

транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения;

возможностью использования средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в медицинскую организацию.

6. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья реализуется посредством:

- разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни; осуществления санитарно-противоэпидемических мероприятий; осуществления мероприятий по предупреждению заболеваний; проведения профилактических и иных медицинских осмотров;
- разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни; проведения медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности;
- разработки и реализации программ формирования здорового образа жизни; осуществления санитарно-противоэпидемических мероприятий; осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний;
- проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- осуществления мероприятий по сохранению жизни и здоровья граждан в процессе их обучения и трудовой деятельности.

7. Какую ответственность несут медицинские организации и медицинские работники за нарушение норм права в области охраны здоровья:

- гражданско-правовую за нарушение договорных обязательств, или за причинение внедоговорного имущественного ущерба;
- административную – за правонарушения;
- уголовную – за преступления;
- гражданско-правовую за нарушение договорных обязательств, или за причинение внедоговорного имущественного ущерба;
- дисциплинарную – за совершение проступков;
- уголовную – за преступления;
- гражданско-правовую за нарушение договорных обязательств, или за причинение внедоговорного имущественного ущерба;
- дисциплинарную – за совершение проступков;
- административную – за правонарушения;
- уголовную – за преступления.

8. Назовите способы возмещения убытков, предусмотренных законом, в рамках гражданско-правовой ответственности медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей (субъектов предоставления медицинской помощи) в современных условиях:

- безвозмездное устранение недостатков оказанной услуги;
- соответствующее уменьшение цены;
- безвозмездное повторное оказание услуги;
- возмещение расходов, связанных с устранением недостатков оказанной услуги;

полное возмещение убытков, причиненных в связи с недостатками оказанной услуги;

- безвозмездное устранение недостатков оказанной услуги;

возмещение расходов, связанных с устранением недостатков оказанной услуги;

полное возмещение убытков, причиненных в связи с недостатками оказанной услуги;

- соответствующее уменьшение цены;

безвозмездное повторное оказание услуги;

полное возмещение убытков, причиненных в связи с недостатками оказанной услуги.

9. Назовите этапы применения дисциплинарного взыскания:

- решение вопроса о применении меры взыскания;

издание приказа о наложении дисциплинарного взыскания;

внесение записи о взыскании в персональные документы (трудовую книжку);

- письменное объяснение работника;

издание приказа о наложении дисциплинарного взыскания;

внесение записи о взыскании в персональные документы (трудовую книжку);

- письменное объяснение работника;

решение вопроса о применении меры взыскания;

издание приказа о наложении дисциплинарного взыскания;

внесение записи о взыскании в персональные документы (трудовую книжку).

10. Среди должностных преступлений в сфере здравоохранения различают:

- получение взятки,

совершение врачебной ошибки,

служебный подлог,

халатность;

- получение взятки,

разглашение врачебной тайны,

служебный подлог,

халатность;

- получение взятки,

служебный подлог,

халатность.

11. Внесение заведомо ложных сведений в официальные письменные документы, а равно подделка официальных документов (история болезни, амбулаторная карта, экспертное заключение, больничный лист) называется:

- врачебной ошибкой;

- служебным подлогом;

- халатностью.

12. Невыполнение должностным лицом своих профессиональных, служебных обязанностей или выполнение их ненадлежащим, небрежным образом называется:

- служебным подлогом;
- халатностью;
- врачебной ошибкой.

ТЕСТЫ ГЛАВА 15

ОРГАНИЗАЦИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

1. Назовите основные принципы повышения доступности лекарственной помощи:

- государственный характер организации лекарственной помощи; максимальное приближение лекарственной помощи к населению; единство фармацевтической науки и практики; единство медицинской и лекарственной помощи; гарантирование качества лекарств;
- государственный характер и плановое развитие лекарственной помощи на научной основе; приближение лекарственной помощи к населению и ее общедоступность; единство медицинской и лекарственной помощи; гарантирование высокого качества лекарств;
- государственный характер организации лекарственной помощи и плановое развитие на научной основе; максимальное приближение лекарственной помощи к населению и ее общедоступность; единство фармацевтической науки и практики; единство медицинской и лекарственной помощи; гарантирование со стороны государства высокого качества лекарств.

2. Принципы работы государственных органов управления в сфере оборота лекарственных средств учитывают:

- изменения в форме собственности аптечных и промышленных предприятий; схемы управления системой лекарственного обеспечения населения и медицинских организаций; возможности кадрового потенциала, задействованного в лекарственном обеспечении;
- экономическую самостоятельность регионов; изменения в форме собственности аптечных и промышленных предприятий; схемы управления системой лекарственного обеспечения населения и медицинских организаций; особенности, присущие российскому фармацевтическому рынку; возможности кадрового потенциала, задействованного в лекарственном обеспечении;
- экономическую самостоятельность регионов;

изменения в форме собственности аптечных и промышленных предприятий; особенности, присущие российскому фармацевтическому рынку; возможности кадрового потенциала, задействованного в лекарственном обеспечении.

3. Что предусматривается государственной политикой России в области лекарственного обеспечения:

- разработка государственной концепции лекарственного обеспечения лечебного процесса и доступности лекарственной помощи населению; решение проблем льготного отпуска лекарств с использованием системы государственных контрактов на поставку медикаментов и медицинских изделий;

- определение механизма взаимодействия субъектов на фармацевтическом рынке России;

- решение проблем льготного отпуска лекарств с использованием системы государственных контрактов на поставку медикаментов и медицинских изделий;

- разработка государственной концепции лекарственного обеспечения лечебного процесса и доступности лекарственной помощи населению; определение механизма взаимодействия субъектов на фармацевтическом рынке России;

- решение проблем льготного отпуска лекарств с использованием системы государственных контрактов на поставку медикаментов и медицинских изделий.

4. Система управления лекарственным обеспечением – это:

- наличие самостоятельного органа управления;
- экономический механизм управления финансовыми потоками;
- управление качеством лекарственных препаратов;

- управление лекарственным обеспечением населения;

- управление фармацевтической промышленностью;

- взаимодействие с субъектами фармацевтического рынка;

- наличие самостоятельного органа управления;

- реорганизация системы государственных и муниципальных аптек;

- экономический механизм управления финансовыми потоками;

- управление качеством лекарственных препаратов;

- управление лекарственным обеспечением населения и медицинских организаций;

- управление информационными потоками;

- управление фармацевтической промышленностью;

- взаимодействие с субъектами фармацевтического рынка;

- экономический механизм управления финансовыми потоками;

- управление качеством лекарственных препаратов;

управление лекарственным обеспечением населения и медицинских организаций;

управление информационными потоками;

управление фармацевтической промышленностью;

взаимодействие с субъектами фармацевтического рынка.

5. Фармацевтическая помощь – это:

- комплексное понятие, которое имеет фармацевтическое (специальное), рыночно-экономическое и социальное содержание;

- комплексное понятие, которое имеет государственное, медицинское, фармацевтическое (специальное), рыночно-экономическое и социальное содержание;

- комплексное понятие, которое имеет рыночно-экономическое и социальное содержание.

6. Составные элементы фармацевтической помощи:

- фармацевтическая этика;

процесс обеспечения населения лекарствами;

фармацевтическая опека и ее составляющие – фармацевтическая диагностика и фармацевтическая профилактика;

- фармацевтическая этика и деонтология;

процесс обеспечения населения лекарствами и изделиями медицинского назначения;

фармацевтическая опека и ее составляющие – фармацевтическая диагностика и фармацевтическая профилактика;

- процесс обеспечения населения изделиями медицинского назначения;

фармацевтическая опека и ее составляющие – фармацевтическая диагностика и фармацевтическая профилактика;

7. Комплекс специальных (фармацевтических) и социальных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и жизни людей, профилактику и лечение с целью устранения физических и, как следствие, моральных страданий людей независимо от их социального и материального статуса в обществе, расовой и национальной принадлежности, вероисповедания, гражданства, возраста, пола, сексуальной ориентации – это:

- фармацевтическая помощь;

- фармацевтический порядок;

- фармацевтическое обеспечение.

8. Перечислите отличительные черты системы фармацевтической помощи:

- новый тип взаимоотношений – «терапевтические взаимоотношения» в цепочке врач – фармацевтический работник – пациент;

достижение клинических результатов при оптимальных экономических затратах;

совершенствование системы распределения лекарственных препаратов (полное управление качеством, социальная фармация и др.);

- новый тип взаимоотношений – «терапевтические взаимоотношения» в цепочке врач – фармацевтический работник – пациент;

участие специалиста с высшим фармацевтическим образованием в управлении лечебным процессом;

оптимизация информации о лекарственных препаратах для населения;

- новый тип взаимоотношений – «терапевтические взаимоотношения» в цепочке врач – фармацевтический работник – пациент;

участие специалиста с высшим фармацевтическим образованием в управлении лечебным процессом;

достижение клинических результатов при оптимальных экономических затратах;

совершенствование системы распределения лекарственных препаратов (полное управление качеством, социальная фармация и др.);

оптимизация информации о лекарственных препаратах для населения.

9. Согласно современной концепции, фармацевтическая помощь – это деятельность, имеющая целью:

- обеспечение населения и конкретно каждого человека всеми товарами аптечного ассортимента;

оказание научно-консультационных услуг по вопросам выбора лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента, способов их хранения, использования, порядка приобретения и т.п;

обеспечение предметами ухода за больным;

- обеспечение населения и конкретно каждого человека товарами аптечного ассортимента;

оказание научно-консультационных услуг медицинскому персоналу и отдельным гражданам по вопросам выбора лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента, способов их хранения и использования;

обеспечение лекарствами;

- обеспечение населения и конкретно каждого человека всеми товарами аптечного ассортимента;

оказание научно-консультационных услуг медицинскому персоналу и отдельным гражданам по вопросам выбора наиболее эффективных и безопасных лекарственных препаратов и других товаров аптечного ассортимента, способов их хранения, использования, порядка приобретения и т.п.

10. Нормы поведения провизора и фармацевта, направленные на максимальное повышение эффективности медикаментозной терапии и создание благоприятного климата во взаимоотношениях с больными, врачом, коллегами по работе изучает:

- фармацевтическая деонтология;

- фармацевтическая этика;
- фармацевтическое право.

11. Отрасль знаний, охватывающая фармацевтические исследования рациональности фармакотерапии, которую получает больной – это:

- фармацевтическая диагностика;
- фармацевтическое обеспечение;
- фармацевтический порядок.

12. Комплекс мероприятий, предусматривающих взаимодействие провизора, пациента и при необходимости врача, направленных на сохранение и укрепление здоровья, улучшение качества жизни, предупреждение возникновения патологических состояний и заболеваний. При их возникновении – устранение прогрессирования и ухудшения состояния пациента, рецидива заболеваний и их перехода в хроническую форму. Предупреждение возможных негативных или нежелательных последствий (побочных эффектов, осложнений) фармакотерапии называется:

- фармацевтическим порядком;
- фармацевтической профилактикой;
- фармацевтической услугой.

13. Оказанная фармацевтическая помощь как результат профессиональной деятельности фармацевтических работников, которая имеет стоимостную оценку, осуществляется на основе договорных цен, просчитывается, анализируется и планируется в соответствующих показателях называется:

- фармацевтической услугой;
- фармацевтической диагностикой;
- фармацевтическим порядком.

14. В условиях медицинского страхования фармацевтическая помощь оказывается на трех уровнях:

- жизнеобеспечивающем;
- здоровьесохраняющем;
- фармакопрофилактическом;
- жизнеобеспечивающем;
- фармакотерапевтическом;
- сервисном;
- жизнеобеспечивающем;
- здоровьесохраняющем;
- сервисном.

15. Разработка, доклинические и клинические исследования, экспертиза, государственная регистрация, стандартизация и контроль качества, производство, изготовление, хранение, перевозка, ввоз на территорию и вывоз с территории Российской Федерации; реклама, отпуск, реализация, передача, применение, уничтожение лекарственных средств

именуется:

- обращением лекарственных средств;
- фармацевтическим порядком;
- лекарственным обеспечением.

16. Фармацевтическая деятельность включает:

- рекламу, перевозку, хранение, оптовую торговлю, изготовление лекарственных препаратов;
- перевозку, хранение, оптовую и розничную торговлю, отпуск и изготовление лекарственных препаратов;
- рекламу, хранение, оптовую и розничную торговлю, отпуск лекарственных препаратов.

17. Укажите лекарственные препараты, которые в соответствии с действующим законодательством, подлежат государственной регистрации:

- оригинальные;
- воспроизведенные;
- новые комбинации зарегистрированных ранее лекарственных препаратов;
- лекарственные препараты, зарегистрированные ранее, но произведенные в других лекарственных формах, в новой дозировке;
- воспроизведенные;
- новые комбинации зарегистрированных ранее лекарственных препаратов;
- лекарственные препараты, зарегистрированные ранее, но произведенные в новой дозировке;
- оригинальные;
- новые комбинации зарегистрированных ранее лекарственных препаратов;
- лекарственные препараты, зарегистрированные ранее, но произведенные в других лекарственных формах.

18. Мониторинг безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения проводится на основании:

- периодических отчетов по безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения;
- информации, полученной при осуществлении контрольных и надзорных функций в сфере здравоохранения;
- сообщений, полученных от лиц по роду их профессиональной деятельности, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, осуществляющих деятельность при обращении лекарственных средств;
- информации, полученной при осуществлении контрольных и надзорных функций в сфере здравоохранения;
- сообщений, полученных от лиц по роду их профессиональной деятельности, физических лиц, в том числе пациентов, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, осуществляющих деятельность при обращении лекарственных средств;

периодических отчетов по безопасности лекарственных препаратов для медицинского применения;
информации, полученной при осуществлении контрольных и надзорных функций в сфере здравоохранения.

19. Государственный контроль деятельности в сфере обращения лекарственных средств предполагает:

- лицензирование производства лекарственных средств и фармацевтической деятельности, проведение проверок соблюдения лицензионных требований; контроль качества лекарственных средств при гражданском обороте; выдача разрешений на ввоз лекарственных средств на территорию Российской Федерации; проведение мониторинга безопасности лекарственных препаратов; получение информации по вопросам установления и применения цен и надбавок к ним;
- проведение проверок соблюдения субъектами обращения лекарственных средств; выдача разрешений на ввоз лекарственных средств на территорию Российской Федерации; проведение мониторинга безопасности лекарственных препаратов; получение информации по вопросам установления и применения цен и надбавок к ним;
- проведение проверок соблюдения субъектами обращения лекарственных средств; лицензирование производства лекарственных средств и фармацевтической деятельности, проведение проверок соблюдения лицензионных требований; контроль качества лекарственных средств при гражданском обороте; выдача разрешений на ввоз лекарственных средств на территорию Российской Федерации; проведение мониторинга безопасности лекарственных препаратов; получение информации по вопросам установления и применения цен и надбавок к ним.

**ТЕСТЫ ГЛАВА 16
МЕДИЦИНСКИЕ ИЗДЕЛИЯ**

1. Любые инструменты, аппараты, приборы, оборудование, материалы и др., применяемые в медицинских целях отдельно или в сочетании между собой носят название:

- медицинских изделий;
- медицинской аппаратуры;
- лекарственных средств.

2. Технические и клинические испытания, токсикологические исследования, экспертиза качества, эффективности и безопасности медицинских изделий, их государственная регистрация, производство, изготовление, ввоз на территорию и вывоз с территории Российской

Федерации, подтверждение соответствия, государственный контроль, хранение, транспортировка, реализация, монтаж, наладка, применение, эксплуатация, в том числе техническое обслуживание, предусмотренное нормативной, технической и (или) эксплуатационной документацией производителя, ремонт, утилизация или уничтожение объединяется в понятие:

- обращение медицинских изделий;
- обращение медицинской аппаратуры;
- обеспечение медицинскими изделиями.

3. Медицинские изделия в зависимости от потенциального риска применения подразделяются на четыре класса:

- с низкой степенью риска;
- со средней степенью риска;
- с повышенной степенью риска;
- с высокой степенью риска.
- с низкой степенью риска;
- со средней степенью риска;
- с повышенной степенью риска;
- с высокой степенью риска.
- с низкой степенью риска;
- со средней степенью риска;
- с повышенной степенью риска;
- с высокой степенью риска.

4. Государственный контроль за обращением медицинских изделий предусматривает:

- проведение проверок соблюдения субъектами обращения медицинских изделий, утверждённых государственных правил в сфере обращения медицинских изделий;
- мониторинг безопасности медицинских изделий в целях выявления и предотвращения побочных действий; фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий;
- проведение проверок соблюдения субъектами обращения медицинских изделий, утверждённых государственных правил в сфере обращения медицинских изделий;
- выдача разрешений на ввоз на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях их государственной регистрации;
- мониторинг безопасности медицинских изделий в целях выявления и предотвращения побочных действий; фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий;
- выдача разрешений на ввоз на территорию Российской Федерации медицинских изделий в целях их государственной регистрации;

мониторинг безопасности медицинских изделий в целях выявления и предотвращения побочных действий; фактов и обстоятельств, создающих угрозу жизни и здоровью граждан, медицинских работников при применении и эксплуатации медицинских изделий.

ТЕСТЫ ГЛАВА 17 ДЕЛОПРОИЗВОДСТВО

1. Делопроизводство – это вид деятельности, обеспечивающий:

- документирование работы с официальными документами;
- документирование и организацию работы с официальными документами;
- организацию работы с официальными документами.

2. Современное делопроизводство включает:

- организацию работы по получению, передаче, обработке, учету, регистрации, контролю, хранению, систематизации, подготовке документов для сдачи в архив и уничтожению;
- создание документов и организацию работы по получению, передаче, обработке, учету, регистрации, систематизации, подготовке документов для сдачи в архив;
- создание документов и организацию работы по получению, передаче, обработке, учету, регистрации, контролю, хранению, систематизации, подготовке документов для сдачи в архив и уничтожению.

3. В рамках современного делопроизводства в медицинских организациях регистрируются:

- входящая корреспонденция: на имя руководства компании, адресованная организации без указания конкретного адресата, правительственная; исходящая корреспонденция: от имени руководителя организации или его заместителей, ответы на запросы, подписанные руководителями структурных подразделений;
- внутренние документы: приказы, распоряжения, инструкции и др;
- входящая корреспонденция: на имя руководства компании, адресованная организации без указания конкретного адресата, правительственная; исходящая корреспонденция: от имени руководителя организации или его заместителей, ответы на запросы, подписанные руководителями структурных подразделений;
- входящая корреспонденция: на имя руководства компании, правительственная; исходящая корреспонденция: от имени руководителя организации или его заместителей;
- внутренние документы: приказы, распоряжения, инструкции и др.

4. Изготовление документов осуществляется на бланках стандартных форматов с угловым или продольным расположением реквизитов. Перечислите виды бланков документов:

- общий бланк; бланк медицинской услуги; бланк конкретного подразделения;
- общий бланк; бланк письма; бланк конкретного вида документа;
- общий бланк; бланк сообщения; бланк конкретного вида деятельности.

5. К организационным документам медицинской организации относятся:

- положение, договор, штатное расписание, должностная инструкция; устав, положение, договор, штатное расписание;
- устав, положение, договор, штатное расписание, должностная инструкция.

6. Структура устава и его содержание включают:

- Общие положения (задачи и цели организации); Организационное единство (структурные подразделения и их взаимосвязи); Регламент деятельности (формы управления, права и обязанности должностных лиц); Финансово-материальная база (источники финансовых ресурсов, порядок распоряжения средствами); Отчетная и ревизионная деятельность;
- Общие положения (задачи и цели организации); Организационное единство (структурные подразделения и их взаимосвязи); Регламент деятельности (формы управления, права и обязанности должностных лиц); Финансово-материальная база (источники финансовых ресурсов, порядок распоряжения средствами); Отчетная и ревизионная деятельность; Порядок ликвидации и ответственность за дела организации;
- Организационное единство (структурные подразделения и их взаимосвязи); Регламент деятельности (формы управления, права и обязанности должностных лиц); Финансово-материальная база (источники финансовых ресурсов, порядок распоряжения средствами); Отчетная и ревизионная деятельность; Порядок ликвидации и ответственность за дела организации.

7. Положение – это документ, определяющий:

- задачи, обязанности, права, ответственность и организацию работы учреждения, предприятия или его подразделения;
- права, ответственность и организацию работы учреждения, предприятия или его подразделения;
- задачи, обязательства, права, ответственность и организацию работы учреждения или предприятия.

8. Текст Положения медицинской организации включает разделы:

- Основные задачи. Функции. Права и обязанности. Руководство. Взаимоотношения и связи. Контроль, проверка и ревизия деятельности. Реорганизация и ликвидация.
- Общие положения. Основные задачи. Функции. Права и обязанности. Руководство. Взаимоотношения и связи. Контроль, проверка и ревизия деятельности. Реорганизация и ликвидация.

- Общие положения. Основные задачи. Права и обязанности.
Взаимоотношения и связи. Контроль, проверка и ревизия деятельности.
Реорганизация и ликвидация.

9. Назовите основные разделы типовой должностной инструкции:

- общие положения; цели; права; ответственность;
- общие положения; цели; функции; права;
- общие положения; цели; функции; права; ответственность.