

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр
Сибирского отделения Российской академии наук»
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»
БАЗОВОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1 «ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ)
ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ
ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЕ
ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В
ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.55 КОЛОПРОКТОЛОГИЯ

Составитель:

Д.М.Н., доцент

Аверченко Е.А.

Красноярск
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Общественное здоровье и здравоохранение	УК-1 УК-2 ПК-4 ПК-9 ПК-10 ПК-11	тестовые задания	120
		контрольные вопросы	72
		ситуационные задачи	25

Перечень вопросов для собеседования:

1. Перечислите основные виды заболеваемости населения.
2. Как вычисляются показатели общей и первичной заболеваемости?
3. Какими методами изучается заболеваемость населения?
4. Назовите преимущества и недостатки методов изучения заболеваемости.
5. От чего зависит полнота учета заболеваемости, смертности, рождаемости?
6. Что такое охрана здоровья граждан?
7. Каковы основные принципы охраны здоровья в РФ?
8. Чем обеспечивается право на здоровье граждан?
9. Дайте определение медицинской деятельности. Дайте определение медицинской помощи, назовите ее виды и формы.
10. Перечислите права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
11. В каких случаях допускается оказание медицинской помощи без согласия пациента?
12. Перечислите права семьи в области охраны здоровья.
13. Перечислите законодательные акты, направленные на обеспечение охраны материнства и детства в РФ.
14. Что обозначает понятие «репродуктивное здоровье»?
15. Назовите социальные и медицинские показания к искусственному аборту.
16. Назовите современные репродуктивные технологии.
17. Кто такой лечащий врач, его права?
18. Что такое врачебная тайна?
19. Дайте определение охране материнства. 13. Раскройте системный подход к решению проблем ОМД.
20. Укажите принципы организации медицинской помощи женщинам и детям.
21. Перечислите основные причины материнской смертности.
22. Назовите основные факторы, оказывающие негативное влияние на здоровье детей.
23. Как провести развернутый анализ деятельности учреждения: характеристику учреждения здравоохранения (организация, нормативно – правовая база, штаты, анализ деятельности).
24. Чем обусловлена необходимость реформирования здравоохранения в России?
25. Какие принципы заложены в основу реформирования здравоохранения?
26. Назовите главные критерии оценки эффективности системы здравоохранения
27. В чем состоят основные причины неудовлетворенности качеством медицинской помощи
28. Назовите основные цели Концепции развития здравоохранения РФ
29. Назовите системообразующие факторы эффективного функционирования системы здравоохранения

30. Основные направления развития здравоохранения
31. Какие основные 10 факторов определяют общую смертность населения в РФ?
32. Каковы основные принципы формирования программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи?
33. Какие виды стандартов оказания медицинской помощи Вы знаете?
34. Назовите характеристики качества медицинской помощи.
35. Какие бывают экспертизы?
36. Что такое доступность медицинской помощи?
37. В чем заключается непрерывность медицинской помощи?
38. Что включает в себя механизм контроля качества медицинской помощи?
39. Влияет ли расширение и усовершенствование методов диагностики на рост данных о заболеваемости?
39. На основании каких принципов построена классификация болезней?
40. Можно ли делать соответствующие выводы о динамике заболеваемости на основе количественных сравнений по абсолютным цифрам?
41. В чем предназначение Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем?
42. Какие 5 болезней и поражений являются основными причинами смертей в России
43. Назовите виды медицинских осмотров?
44. Назовите структуру заболеваемости в Красноярском крае.
45. Перечислите основные принципы работы АПУ.
46. Перечислите функции участкового врача.
47. Опишите структуру типовой поликлиники.
48. Какие факторы влияют на изменение организации медицинской помощи в современных условиях.
49. В чем заключается организация диспансерного обслуживания в поликлинике?
50. Критерии оценки диспансеризации.
51. Какова структура стационара?
52. Каковы задачи стационара?
53. Каковы функции врача в стационаре?
54. Назовите альтернативные формы стационарной помощи.
55. В чем заключается санитарно-противоэпидемический режим больницы?
56. Приведите классификацию больничных учреждений в РФ.
57. Какова структура стационара?
58. По каким группам показателей проводится анализ деятельности стационара?
59. Перечислите основные показатели, оценивающие уровень преемственности в деятельности поликлиники и стационара.
60. Каковы особенности организации медицинской помощи сельскому населению?
61. Перечислите этапы организации врачебной помощи на селе и основные учреждения поэтапного обслуживания сельского населения.
62. Какова структура, функции и задачи сельского врачебного участка?
63. Как организована амбулаторная и стационарная помощь участковой больницы?
64. Каковы задачи фельдшерско-акушерского пункта (ФАП)?
65. Каковы направления реорганизации сельского врачебного участка в современных условиях?
66. Какую медицинскую помощь оказывает районное звено сельского здравоохранения?
67. Каковы структура, функции и задачи центральной районной больницы (ЦРБ) и ее структурных подразделений?
68. Как организована скорая помощь в сельской местности?

69. В чем заключается санитарно-противоэпидемическая работа в медицинских организациях сельской местности?

70. В чем заключается третий этап оказания медицинской помощи на селе?

Перечень ситуационных задач:

Задача 1:

Больной запретил врачу передавать информацию о состоянии его здоровья жене. Врач не выполнил данный запрет, решив, что жена должна знать все о состоянии своего мужа. Какие сведения составляют врачебную тайну? Какие основания для их передачи без согласия больного? Прав ли врач?

Задача 2

Пациентка 42 года. В анамнезе повышения АД (диагноз не уточнен), остеохондроз поясничного отдела позвоночника, дискинезия желчевыводящих путей.

Анкетирование – жалоб нет, курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Объективно - АД 130/80 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, индекс массы тела 35,2 кг/м². Лабораторные показатели в пределах нормы. Рентгенологические исследования без патологии.

Суммарный сердечно-сосудистый риск - менее 1% (низкий)

Группа здоровья - 1

Диагноз: Ожирение I степени, остеохондроз позвоночника, дискинезия желчевыводящих путей.

Факторы риска – курение, гиперхолестеринемия, ожирение 1 степени, нерациональное питание, низкая физическая активность

Тактика

- Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия);

- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики или центре здоровья по здоровому образу жизни (отказу от курения), рациональному питанию, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.

Комментарий. Установление 1 группы здоровья обосновано низким сердечно-сосудистым риском и отсутствием заболеваний, требующих диспансерного наблюдения. За рамками диспансеризации рекомендуется уточнение диагноза артериальной гипертензии (контроль, самоконтроль, обследование). При уточнении диагноза группа здоровья может быть изменена.

Задача 3.

Пациент 51 год. В анамнезе гипертоническая болезнь (документированная), гастрит (неуточненная форма).

Анкетирование – жалобы на боли в области сердца (подозрение на стенокардию), не курит, нерациональное питание, риск пагубного потребления алкоголя.

Объективно - АД 138/88 мм рт.ст. (принимает антигипертензивные препараты). ОХС 4,8 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 27,0 кг/м². ЭКГ без изменений. Лабораторные показатели в пределах нормы

Суммарный сердечно-сосудистый риск - менее 2% (низкий)

Группа здоровья - 3

Диагноз: артериальная гипертензия контролируемая, хронический гастрит (неуточненный), избыточная масса тела

Факторы риска – избыточная масса тела, нерациональное питание, риск пагубного потребления алкоголя.

Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача (законченный случай Д на 1 этапе).

Показаний на 2 этап нет.

Рекомендуется *за рамками Д* уточнение диагноза стенокардии (проведение нагрузочного теста), диспансерное наблюдение по поводу артериальной гипертензии (контроль, самоконтроль, обследование), уточнение диагноза гастрита. Проведение углубленного профилактического консультирования (индивидуальное или групповое) в отделении, медпрофилактики по рациональному питанию, контролю потребления алкоголя, снижение избыточной массы тела

Комментарий. Установление 3 группы здоровья обосновано наличием контролируемой артериальной гипертензии, требующей диспансерного наблюдения 2 раза в год. В случае изменения диагноза группа здоровья может быть изменена.

Задача 4. Пациент 27 лет. В анамнезе хронические заболевания отсутствуют.

Анкетирование – жалоб нет. Курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Объективно - АД 160/90 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 32,0 кг/м². ЭКГ при первой диспансеризации (в 21 год) без изменений. Анализ мочи в норме.

Суммарный сердечно-сосудистый риск (*определяется относительный суммарный риск для лиц моложе 40 лет*) - в 2 раза выше по сравнению с отсутствием факторов риска. Риск обусловлен повышенным артериальным давлением, курением, гиперхолестеринемией, ожирением.

Группа здоровья - 3

Диагноз: Артериальная гипертензия 2 степени, ожирение 1 степени

Подозрение на заболевания: требуется исключить наличие вторичной артериальной гипертензии, степень поражения органов-мишеней.

Факторы риска – повышенное артериальное давление, курение, гиперхолестеринемия, ожирение, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия);
- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, рациональному питанию, дислипидемии, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.

Рекомендуется *за рамками Д* снятие ЭКГ-покоя, уточнение диагноза артериальной гипертензии (контроль, самоконтроль, обследование)

Комментарий. Установление 3 группы здоровья обосновано наличием артериальной гипертензии 2 степени, требующей диспансерного наблюдения 2 раза в год. В случае изменения диагноза группа здоровья может быть изменена.

Задача 5.

Пациент 48 лет. В анамнезе хронические заболевания отсутствуют.

Анкетирование – жалоб нет. Курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Объективно - АД 162/94 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 5,2 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 32,0 кг/м². ЭКГ без изменений.

Суммарный сердечно-сосудистый риск – 2% (низкий)

Группа здоровья - 3

Диагноз: Артериальная гипертензия 2 степени, ожирение

Факторы риска – повышенное артериальное давление, курение, гиперхолестеринемия, ожирение, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия) и проведение дуплексного сканирования брахицефальных артерий

- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, рациональному питанию, дислипидемии, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.

Рекомендуется *за рамками Д* проведение полного обследования в связи с наличием артериальной гипертензии; дополнительные обследования по результатам оценки субклинических проявлений атеросклероза.

Диспансерное наблюдение в отделении (кабинете) медпрофилактики.

Комментарий. Установление 3 группы здоровья обосновано наличием артериальной гипертензии, требующей диспансерного наблюдения 2 раза год. Показание для дуплексного сканирования – наличие сочетания трех факторов риска (повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия, ожирение).

Задача 6.

Пациентка 63 лет. В анамнезе артериальная гипертензия, остеопороз первичный (документирован выпиской), холецистэктомия 15 лет назад.

Анкетирование – жалоб нет. Не курит, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Объективно - АД 132/78 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты). ОХС 7,6 ммоль/л, глюкоза 4,6 ммоль/л, индекс массы тела 38,0 кг/м². ЭКГ без изменений.

Суммарный сердечно-сосудистый риск – 3% (умеренный)

Группа здоровья - 3

Диагноз: Остеопороз первичный, ожирение 2 степени

Факторы риска – гиперхолестеринемия, ожирение, нерациональное питание, низкая физическая активность.

Тактика - Краткое профилактическое консультирование участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия)
- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, рациональному питанию, дислипидемии, снижению избыточной массы тела, низкой физической активности.

Диспансерное наблюдение по поводу остеопороза и коррекция факторов риска (нерационального питания, ожирения) в отделении (кабинете) медпрофилактики.

Рекомендуется *за рамками Д* проведение контроля и уточнения диагноза артериальной гипертензии, причины высокой гиперхолестеринемии (дислипидемии) для исключения семейной дислипидемии..

Комментарий. Установление 3 группы здоровья обосновано наличием остеопороза первичного, документированного выпиской и требующего пожизненного диспансерного ежегодного наблюдения. Уровень общего холестерина повышен значительно, требуется коррекция гиперхолестеринемии (дислипидемии). При обнаружении семейной дислипидемии, уровень риска оценивается как высокий (или очень высокий), что требует диспансерного наблюдения, *в т.ч. и в отделении (кабинете) медицинской профилактики*

Задача 7.

Пациент 51 год. В анамнезе артериальная гипертензия.

Анкетирование – жалобы на боли в области сердца, подозрительные на стенокардию напряжения, длительный кашель с отделением мокроты. Курит, низкая физическая активность.

Объективно - АД 118/70 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты). ОХС 7,4 ммоль/л, глюкоза 5,0 ммоль/л, индекс массы тела 22,0 кг/м². ЭКГ без изменений.

Суммарный сердечно-сосудистый риск – 5% (высокий)

Группа здоровья - 2

Диагноз: высокий сердечно-сосудистый риск

Подозрение на наличие стенокардии напряжения, хронической обструктивной болезни легких

Факторы риска: Высокая гиперхолестеринемия, курение, низкая физическая активность

Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия)
- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, дислипидемии, низкой физической активности.

Рекомендуется *за рамками Д* – уточнение диагноза артериальной гипертензии (контроль, самоконтроль, обследование), хронической обструктивной болезни легких. Обследование для исключения семейной дислипидемии.

Диспансерное наблюдение по поводу высокого сердечно-сосудистого риска в отделении (кабинете) медпрофилактики.

Комментарий. Установление 2 группы здоровья обосновано наличием высокого сердечно-сосудистого риска при отсутствии заболеваний, требующих диспансерного наблюдения. В случае уточнения диагноза артериальной гипертензии возможно изменение группы здоровья на 3.

Уровень общего холестерина повышен значительно, требуется коррекция гиперхолестеринемии (дислипидемии)

Задача 8.

Пациент 42 года. В анамнезе язвенная болезнь желудка, последнее обострение 7 лет назад.

Анкетирование – жалобы на длительный кашель с отделением мокроты. Курит.

Объективно - АД 124/80 мм рт.ст. ОХС 6,0 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, индекс массы тела 18,0 кг/м². ЭКГ без изменений.

Суммарный сердечно-сосудистый риск – 1% (низкий)

Группа здоровья - 1

Диагноз: язвенная болезнь желудка вне обострения с длительной ремиссией

Подозрение на наличие хронической обструктивной болезни легких

Факторы риска: Гиперхолестеринемия, курение

Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – липидный спектр крови (гиперхолестеринемия)
- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики по отказу от курения, дислипидемии.

Рекомендуется *за рамками Д* – уточнение диагноза хронической обструктивной болезни легких

Комментарий. Установление 1 группы здоровья обосновано отсутствием заболеваний, требующих диспансерного наблюдения и низким сердечно-сосудистым риском. Язвенная болезнь протекает с длительной ремиссией, без осложнений (более 5 лет). В случае уточнения диагноза хронической обструктивной болезни легких (или хронического бронхита) возможно изменение группы здоровья.

Задача 9.

Пациент 65 года. В анамнезе язвенная болезнь желудка, последнее обострение 7 лет назад. Черепно-мозговая травма легкой степени со стабильным течением, не сопровождавшаяся нейрохирургическим вмешательством 3 месяца назад.

Анкетирование – жалобы на головные боли, дизурические расстройства (по данным анкетирования), не курит.

Объективно - АД 148/80 мм рт.ст. ОХС 7,2 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, индекс массы тела 30,0 кг/м². ЭКГ без изменений.

Суммарный сердечно-сосудистый риск – 20% (очень высокий)

Группа здоровья - 3

Диагноз: Артериальная гипертония 1 степени. Последствия черепно-мозговой травмы легкой степени со стабильным течением 3 месяца назад. Язвенная болезнь желудка вне обострения с длительной ремиссией.

Ожирение 1 степени.

Подозрение на наличие урологической патологии.

Факторы риска: повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия, ожирение

Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – консультация невролога, уролога, липидный спектр крови (гиперхолестеринемия)

- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики (повышенное артериальное давление, дислипидемия, ожирение).

Рекомендуется *за рамками Д* – уточнение диагноза артериальной гипертонии (повторные измерения артериального давления, самоконтроль, контроль, обследование)

Комментарий. Установление 3 группы здоровья обосновано наличием недавней черепно-мозговой травмы, требующей наблюдения врача-невролога, а по истечении 6 месяцев, требующей диспансерного наблюдения врача-терапевта (группа здоровья 3 будет сохранена). По поводу очень высокого сердечно-сосудистого риска и имеющихся факторов риска необходимо наблюдение в отделении (кабинете) медицинской профилактики).

Задача 10.

Пациент 57 лет. В анамнезе язвенная болезнь желудка, последнее обострение 2 года назад. Остеохондроз шейного отдела позвоночника вне обострения

Анкетирование – жалобы на боли в области живота, похудание, курит.

Объективно - АД 128/70 мм рт.ст. ОХС 3,8 ммоль/л, глюкоза 4,0 ммоль/л, индекс массы тела 17,5 кг/м². ЭКГ без изменений.

Суммарный сердечно-сосудистый риск – 4% (умеренный)

Группа здоровья - 3

Диагноз: Язвенная болезнь желудка, последнее обострение 2 года назад. Остеохондроз шейного отдела позвоночника

Подозрение на наличие новообразования в желудке (боли, снижение массы тела)

Факторы риска: курение

Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – эзофагогастроскопия

- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики (курение, умеренно повышенный сердечно-сосудистый риск).

Рекомендуется *за рамками Д* – уточнение диагноза патологии желудочно-кишечного тракта

Комментарий. Установление 3 группы здоровья обосновано наличием язвенной болезни с обострением в последние 2 года, требующей диспансерного наблюдения врача-терапевта в течении 5 лет после последнего обострения. По поводу подозрения на новообразование желудочно-кишечного тракта – полное обследование.

Задача 11.

Пациентка 39 лет. В анамнезе нет хронических заболеваний и травм.

Анкетирование – наличие неврологических жалоб, нерациональное питание, курит.

Объективно - АД 132/84 мм рт.ст. (не принимает антигипертензивные препараты) ОХС 6,4 ммоль/л, глюкоза 6,5 ммоль/л, индекс массы тела 34,2 кг/м². ЭКГ без изменений.

Суммарный сердечно-сосудистый риск – менее 1% (низкий)

Группа здоровья - 1

Диагноз: ожирение 1 степени

Подозрение на наличие неврологической патологии, сахарного диабета

Факторы риска: гиперхолестеринемия, гипергликемия, ожирение, курение

Тактика - Краткое профилактическое консультированием участкового врача и направление на:

- 2 этап диспансеризации – консультация врача-невролога, липидный спектр, гликированный гемоглобин (или тест на толерантность к глюкозе)

- углубленное профилактическое консультирование (индивидуальное или групповое) в отделении медпрофилактики (курение, ожирение, гиперхолестеринемия, гипергликемия).

Рекомендуется *за рамками Д* – уточнение диагноза сахарного диабета и неврологической патологии

Комментарий. Установление 1 группы здоровья обосновано отсутствием заболеваний, требующих диспансерного наблюдения врача-терапевта.

Наличие гипергликемии при наличии ожирения требует настороженности для исключения сахарного диабета и определения необходимости диспансерного наблюдения. При уточнении диагноза возможно изменение группы здоровья.

Задача 12.

В городской больнице в 2009 году число среднегодовых коек составило 430. В отчетном году поступило всего на госпитализацию 8406 человек; выписано больных – 8352 человека, умерло 10. Проведено больными койко-дней – 134350. Рассчитайте показатели числа госпитализированных (пользованных больных), среднее число дней занятости койки в году, оборот койки, средней длительности пребывания больного на койке.

Задача 13.

На основании разработки учетной документации – карты выбывшего из стационара (форма 066/у) в 2012 году в городской больнице кардиологическими больными было всего проведено койко-дней – 24870, поступило больных – 1680, выписано больных – 1620, умерло 25. Клинический диагноз не подтвердился в 1 случае. Рассчитайте показатель средней длительности пребывания больного на кардиологической койке, показатель летальности, показатель частоты расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов.

Задача 14.

Рассчитайте и сравните показатели уровня госпитализации, средней длительности пребывания больного и показатель летальности в возрастной группе 40-49 лет мужчин и женщин в кардиологическом отделении городской больницы в 2013г., если известно, что число зарегистрированных больных женщин составило 360, поступило больных 56, выписано 41, умерло 1, проведено больными койко-дней – 1100; число зарегистрированных больных мужчин составило 810, поступило больных – 165, выписано – 126, умерло – 12, проведено больными койко-дней – 3939.

Задача 15.

В городе А численность населения 60000 человек. В ЦРБ коечный фонд составил 460 коек, в том числе хирургического профиля 45 коек, число койко-дней, проведенных больными в хирургическом отделении составило 12939, среднегодовое число занятых хирургических должностей врачей составило 2,0, число пролеченных больных за год по отделению составило 954. Рассчитайте и оцените показатель обеспеченности населения хирургической помощью, уровень госпитализации населения по хирургическому отделению, число койко-дней госпитализации хирургических больных на 1000 жителей в год, нагрузку медицинского персонала.

Задача 16.

В ЦРБ в 1998г. число среднегодовых коек составило 440, проведено больными койко-дней 144880. Поступило больных 10363, выписано 10394, умерло – 100. Рассчитайте показатели выполнения плана койко-дней, средней длительности пребывания больного на койке, среднего числа дней работы койки в году, оборот койки.

атрических – 67, психиатрических – 20, дерматовенерологических – 20, инфекционных – 10. Всеми больными проведено койко-дней – 144884, число выбывших больных составило – 10363. Рассчитайте показатель обеспеченности населения койками, структуру коечного фонда, уровень госпитализации населения, среднее число дней занятости койки в году.

Задача 17.

В городе А численность населения 60000 человек. В ЦРБ коечный фонд составил 460 коек, в том числе хирургического профиля 45 коек, число койко-дней, проведенных больными в хирургическом отделении составило 12939, среднегодовое число занятых хирургических должностей врачей составило 2,0, число пролеченных больных за год по отделению составило 954. Рассчитайте и оцените показатель обеспеченности населения хирургической помощью, уровень госпитализации населения по хирургическому отделению, число койко-дней госпитализации хирургических больных на 1000 жителей в год, нагрузку медицинского персонала.

Задача 18.

В ЦРБ в 1998г. число среднегодовых коек составило 440, проведено больными койко-дней 144880. Поступило больных 10363, выписано 10394, умерло – 100. Рассчитайте показатели выполнения плана койко-дней, средней длительности пребывания больного на койке, среднего числа дней работы койки в году, оборот койки.

Задача 19

Оценить уровень заболеваемости с ВУТ на промышленном предприятии, если известно, что на нем работают 3800 человек. Число случаев временной утраты трудоспособности 1700. Число дней ВУТ 32000.

Эталон ответа:

Число дней ВУТ на 100 _ Число дней ВУТ_ работающих x 100 средняя численность работающих

Число дней ВУТ работающих 3200

$3800 \times 100 = 842$

Число случаев ВУТ работающих = _ Число случаев ВУТ___ средняя численность работающих x 100

Число случаев ВУТ на 100 1700

работающих = $3800 \times 100 = 44,7$

Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности = Число дней ВУТ___

Число случаев ВУТ

Средняя продолжительность одного случая нетрудоспособности = $32000 / 1700 = 18,8$

Задача. 20

Частота всех имеющихся заболеваний у населения Красноярского края составляет 3951300. Численность населения 3000000 человек. Рассчитать и оценить общую заболеваемость в текущем году и пять лет назад, когда общая заболеваемость была ниже на 15,4%.

Эталон ответа:

Общая заболеваемость = 3951300

$3000000 \times 1000 = 1317,1$

$1317,1 - 100\% \times = 202,8$

$x - 15,4\%$

$1317,1 - 202,8 = 1114,3$

Общая заболеваемость пять лет назад составляла 1114,3 на тысячу населения.

Общая заболеваемость в прошлом году составила 1317,1 на тысячу населения.

Задача 21

Число вновь возникших заболеваний органов дыхания в Красноярском крае составило 108600. Численность населения 3000000 человек. Рассчитать первичную заболеваемость населения болезнями органов дыхания и сравнить с прошлым годом, когда первичная заболеваемость составляла 37,4.

Эталон ответа:

Первичная заболеваемость = $\frac{108600}{3000000 \times 1000} = 36,2$

$3000000 \times 1000 = 36,2$

Первичная заболеваемость стала ниже.

Задача 22

Рассчитать заболеваемость населения края гепатитом, если известно, что число случаев заболеваемости гепатитом составило 8458 случаев; численность населения края составляет 3 млн. человек.

Эталон ответа:

Частота выявленных инфекционных заболеваний

Число выявленных инфекционных заболеваний на данной территории $\times 100000$
средняя численность населения данной территории $\frac{8458}{3 \text{ млн.} \times 100000} = 281,94$ (на 100000 населения)

Задача 23

Рассчитать госпитализированную заболеваемость, если известно, что число госпитализаций составило за год 573000, численность населения края 3 млн. человек.

Эталон ответа:

госпитализированная заболеваемость = $\frac{\text{число госпитализированных по поводу заболевания} \times 1000}{\text{численность населения}}$

$\frac{573000}{3 \text{ млн.} \times 1000} = 191$

$= 3 \text{ млн.} \times 1000 = 191$

Задача 24

А) Исходные данные

Среднегодовая численность населения некоторого субъекта РФ составляет 713 365 человек. В течение года в лечебно-профилактических учреждениях всего зарегистрировано 1 378 078 случаев заболеваний, из которых 440 645 зарегистрированы с диагнозом, выявленным впервые в жизни.

При проведении выборочных медицинских осмотров 35 670 человек (5% всего населения) выявлено 55 600 случаев заболеваний.

Среди всех зарегистрированных заболеваний выявлено 330 738 случаев, связанных с болезнями органов дыхания, 184 662 - системы кровообращения, 101 978 - костно-мышечной системы и соединительной ткани, 88 197 - органов пищеварения. В течение года было выявлено 28 335 случаев инфекционных заболеваний.

Б) Задание

На основании представленных исходных данных рассчитать и проанализировать показатели:

- 1) первичной заболеваемости;
- 2) общей заболеваемости;
- 3) патологической пораженности;
- 4) структуры общей заболеваемости;
- 5) инфекционной заболеваемости.

В) Решение

Для изучения заболеваемости населения данного субъекта РФ рассчитаем следующие показатели:

1. Первичная заболеваемость =

$$= \frac{\text{Число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000 = \frac{440\,645}{713\,365} \cdot 1000 = 617,7\text{‰}.$$

2. Общая заболеваемость =

$$= \frac{\text{Число всех заболеваний, выявленных в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000 = \frac{1\,378\,078}{713\,365} \cdot 1000 = 1931,8\text{‰}.$$

3. Патологическая пораженность =

$$= \frac{\text{Число заболеваний, выявленных на медицинских осмотрах}}{\text{Число осмотренных лиц}} \cdot 1000 = \frac{55\,600}{35\,670} \cdot 1000 = 1560,0\text{‰}.$$

4. Структура общей заболеваемости

4.1. Удельный вес болезней органов дыхания =

$$= \frac{\text{Число случаев заболеваний органов дыхания}}{\text{Общее число всех выявленных заболеваний}} \cdot 100 = \frac{330\,738}{1\,378\,078} \cdot 100 = 24,0\%.$$

4.2. Удельный вес болезней системы кровообращения =

$$= \frac{\text{Число случаев заболеваний системы кровообращения}}{\text{Общее число всех выявленных заболеваний}} \cdot 100 = \frac{184\,662}{1\,378\,078} \cdot 100 = 13,4\%.$$

4.3. Удельный вес болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани =

$$= \frac{\text{Число случаев заболеваний костно-мышечной системы}}{\text{Общее число всех выявленных заболеваний}} \cdot 100 = \frac{101\,978}{1\,378\,078} \cdot 100 = 7,4\%.$$

4.4. Удельный вес болезней органов пищеварения =

$$= \frac{\text{Число случаев заболеваний органов пищеварения}}{\text{Общее число всех выявленных заболеваний}} \cdot 100 = \frac{88\,197}{1\,378\,078} \cdot 100 = 6,4\%.$$

5. Инфекционная заболеваемость =

$$= \frac{\text{Число выявленных инфекционных заболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 1000 = \frac{28\,335}{713\,365} \cdot 1000 = 39,7\text{‰}.$$

Г) Вывод

При сравнении полученных показателей со среднестатистическими установлено, что и показатель первичной заболеваемости $617,7\text{‰}$, и показатель общей заболеваемости $1931,8\text{‰}$ - выше среднестатистических. Структура общей заболеваемости всего населения соответствует структуре, сложившейся в РФ: 1-е место занимают болезни

органов дыхания - 24,0%, 2-е - болезни системы кровообращения - 13,4%, 3-е - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани - 7,4%. Показатель патологической пораженности достаточно высокий - 1560,0⁰/₀₀.

Показатель инфекционной заболеваемости - 39,7⁰/₀₀ - выше среднестатистического уровня по РФ.

Задача 25.

Гражданин России И., житель г. Владивостока, застрахованный по ОМС по месту регистрации (г. Владивосток), находясь в командировке в г. Москве, обратился за медицинской помощью по поводу обострившейся язвенной болезни в городскую больницу. Помощь ему не была оказана дежурным врачом по причине того, что он не имеет постоянной регистрации в г. Москве. Законно ли это?

Перечень тестовых заданий с эталонами ответов:

1. Укажите основные направления приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 гг.:

- а) Развитие первичной медицинской помощи
- б) Развитие профилактического направления МП
- в) Доступность высокотехнологичной помощи
- г) Введение родовых сертификатов
- д) Увеличение пособий по материнству и детству
- *е) Всё перечисленное верно**

2. Основная задача демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года является:

- а) Сокращение уровня смертности в 1,6 раза, особенно в трудоспособном возрасте от внешних причин;
- б) Сокращение уровня материнской и младенческой смертности в 2 раза;
- в) Укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;
- г) Увеличение продолжительности активной жизни;
- д) Существенное снижение уровня заболеваемости социально-значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями;
- е) Повышение уровня рождаемости в 1,5 раза, за счёт рождения в семьях второго ребёнка и последующих детей;
- ж) Привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического развития
- з) Верно всё.**

3. Задача по повышению уровня рождаемости согласно демографической политики РФ до 2025 года включает в себя:

- а) Поддержка семей, имеющих детей;
- б) Предоставление пособий в связи с рождением и воспитанием детей;
- в) Усиление стимулирующей роли господдержки семей, имеющих детей в форме предоставления материнского (семейного) капитала с расширением образованием услуг для тетей, масштабное строительство доступного жилья для семей с детьми;
- г) Развитие ипотечного кредитования;
- д) Реализация региональных программ, обеспечение жильём молодых семей.
- *е) Верно всё**

4. К понятию эффективности здравоохранения относятся следующие составляющие: 1) медицинская эффективность, социальная эффективность, статистическая эффективность; 2) социальная эффективность, морально-

психологическая эффективность, наглядная эффективность; 3) медицинская эффективность, социальная эффективность, экономическая эффективность

- а) 1
- б) 2
- *в) 3**

5. Социальная эффективность здравоохранения выражается в: 1) достижении поставленных целей в области профилактики заболевания и улучшении состояния пациента; 2) улучшении состояния пациента и снижении уровня заболеваемости; 3) снижении уровня заболеваемости и увеличении продолжительности жизни; 4) увеличении продолжительности жизни и оцененном вкладе в рост производительности труда

- а) 1
- б) 2
- *в) 3**
- г) 4

6. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются все нижеперечисленные, кроме:

- а) Недопущения снижения объемов медицинской и лекарственной помощи
- б) Использования финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях
- в) Сохранения общественного сектора здравоохранения
- *г) Увеличения кадрового потенциала**
- д) Повышения эффективности использования ресурсов системы здравоохранения

7. Какова наиболее ярко выраженная тенденция происходящих структурных преобразований в здравоохранении:

- а) Сокращение средней продолжительности лечения
- б) Снижение обеспеченности населения медицинскими кадрами
- *в) Сокращение коечного фонда**
- г) Сокращение среднего числа посещений на одного жителя в год

8. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий: 1) улучшении технологии оказания лечебно-профилактической помощи; 2) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях; 3) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества

- а) 1
- б) 2
- в) 3
- *г) Всех вышеперечисленных**

9. Для чего используются результаты контроля качества медицинской помощи?

- 1) Улучшения оказания медицинской помощи
- 2) Перспективного планирования
- 3) Управления качеством медицинской помощи
- 4) Составления статистического отчета
- 5) Обеспечения качественной медицинской помощи
- *а) верно 1, 2, 4;**
- б) верно 2, 3, 4;

- в) верно 1, 3, 4;
- г) верно 2, 3, 5;
- д) верно 1,3,5

10. Стандартизация в здравоохранении - это ...

а) Совокупность нормативных документов и организационно-технических мероприятий, охватывающая все стадии жизненного цикла нормативного документа, содержащего требования к объектам стандартизации в сфере здравоохранения

***б) Деятельность, направленная на достижение оптимальной степени упорядочивания в здравоохранении путем разработки и установления требований, норм, правил, характеристик условий, продукции, технологий, работ, услуг, применяемых в здравоохранении**

в) Деятельность по применению стандарта в своей научно-технической, опытно-конструкторской, технологической, проектной, производственной, управленческой, учебно-педагогической и других видах деятельности в здравоохранении

г) Процесс, устанавливающий 'правила, общие принципы или характеристики, касающиеся объектов стандартизации, различных видов деятельности или их результатов

11. К объектам стандартизации в здравоохранении относятся:

- а) Медицинские услуги
- б) Технологии выполнения медицинских услуг
- в) Техническое обеспечение выполнения медицинских услуг
- г) Качество медицинских услуг
- *д) Все перечисленное**

12. Основными объектами стандартизации в здравоохранении являются:

- а) Организационные технологии
- б) Медицинские услуги
- в) Технологии выполнения медицинских услуг
- г) Техническое обеспечение выполнения медицинских услуг
- д) Качество медицинских услуг.
- е) Квалификация медицинского, фармацевтического, вспомогательного персонала
- ж) Производство, условия реализации, качество лекарственных средств и изделий медицинской техники
- з) Учетно-отчетная документация, используемая в системе здравоохранения и медицинского страхования
- и) Информационные технологии
- к) Экономические аспекты здравоохранения
- л) Получение, переработка и введение в организм органов и тканей, полученных от донора
- м) Обеспечение этических правил в здравоохранении
- *н) Все перечислено, верно**
- о) Нет правильного ответа

13. Медико-экономический стандарт - это документ определяющий

***а) Механизм ценообразования в системе медицинского страхования для лиц, учреждений и их подразделений и основываются на диагностических и лечебно-технологических стандартах.**

- б) Объем лечебно-диагностических процедур и технологию их выполнения
- в) Результативность лечения и стоимостные показатели

14. Стандарт должен:

1)Объективно отражать действительность и содержать оптимальное решение задачи

2) Быть одновременно стабильным и динамичным и устанавливать правила, общие принципы и характеристики

3)Быть практически выполнимым и обладать организующей ролью

4)Обеспечивать преемственность при организации процесса производства

а) верно 1,2,3;

***б) верно 1,2,4;**

в) верно 2,3,4;

г) верно 1,3,4

15. Что входит в понятие «информатизация здравоохранения»?

А) Использование компьютерной техники в подразделениях здравоохранения для автоматизации производственных процессов;

***Б) Комплекс мер по обеспечению полного и своевременного использования достоверных знаний во всех областях медицинской деятельности;**

В) Интенсификация перемещения и потребления информации;

Г) Все перечисленное выше.

16. Укажите предельную численность населения на городском терапевтическом участке:

***а) 1700 человек взрослого населения;**

б) 1800 человек взрослого населения;

в) 1955 человек взрослого населения;

г) 2200 человек взрослого населения;

д) 2500 человек взрослого населения;

17. Каковы главные особенности деятельности врача общей практики:

***а) владение знаниями и практическими навыками по терапии и смежным специальностям;**

б) владение знаниями и практическими навыками по акушерству, гинекологии и педиатрии;

в) владение знаниями и практическими навыками по хирургии;

г) владение знаниями и практическими навыками по педиатрии.

18. Что определяет максимальную доступность врача общей (семейной) практики для населения?

а) продолжительный амбулаторный прием и вызов врача на дом к больному;

б) универсальность знаний и практических навыков и высокая техническая оснащенность;

в) развитая система медицинского страхования;

***г) все вышеперечисленное.**

19. Все следующие учреждения относятся к лечебно-профилактическим, кроме:

а) амбулаторно-поликлинические, диспансеры;

б) больничные, скорой и неотложной медицинской помощи;

в) санаторно-курортные и охраны материнства и детства;

***г) судебно-медицинской экспертизы и аптечные.**

20. Организация диспансерного наблюдения включает, КРОМЕ

а) активное выявление и взятие на учет больных и лиц с факторами риска

б) активное динамическое наблюдение и лечение

- в) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий
- *г) регулирование потока посетителей поликлиники
- д) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения

19. Каковы главные особенности врача семейной практики?

- а) владение знаниями и практическими навыками по терапии;
- *б) владение знаниями и практическими навыками по терапии, педиатрии и смежным специальностям;**
- в) владение знаниями и практическими навыками по педиатрии;
- г) владение знаниями и практическими навыками по стоматологии и гинекологии.

21. Принципами организации медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях являются:

- а) индивидуальное отношение к пациентам
- б) участковость
- в) диспансерный метод
- г) профилактическое направление
- д) единство науки и практики
- *е) все перечисленное верно**

22. В задачи оказания амбулаторно-поликлинической помощи входит:

- а) повышение качества медицинской помощи
- б) повышение качества деятельности медицинских учреждений
- в) интеграция профилактической и лечебной работы
- г) осуществление мероприятий по первичной профилактике
- д) осуществление мероприятий по вторичной профилактике
- *е) все перечисленное верно**

23. Целью диспансеризации населения является:

- а) оценка здоровья населения на момент обследования
- б) наблюдение за прикрепленным контингентом
- в) сохранение здоровья пациентов конкретного ЛПУ
- г) оказание специальной медицинской помощи
- *д) улучшение здоровья населения**
- е) своевременная госпитализация пациентов
- ж) все перечисленное верно

24. Основными направлениями совершенствования стационарной помощи являются

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

25. Основные направления развития специализированной стационарной помощи предусматривают

- а) создание межрайонных специализированных центров и больниц

б) специализацию коечного фонда
в) дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса

г) этапность в оказании медицинской помощи

д) нет правильного ответа

***е) все вышеперечисленное**

26. Приемное отделение не осуществляет

а) круглосуточную госпитализацию больных по профилям заболеваний

б) оказание первой медицинской помощи нуждающимся

в) анализ расхождений диагнозов "скорой" и приемного отделения

г) анализ причин отказа в госпитализации

***д) выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность**

27. Не осуществляется в отделении интенсивной терапии и реанимации

а) оказание помощи наиболее тяжелому контингенту больных

б) интенсивное наблюдение за послеоперационными больными

***в) оказание медицинской помощи амбулаторным больным**

г) интенсивное наблюдение за больными инфарктом миокарда в острой стадии

28. Преимущество в работе стационара и поликлиники не предусматривает

а) подготовку больного к госпитализации

б) анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара

в) анализ обоснованности направления на госпитализацию

***г) централизацию плановой госпитализации**

29. Каналами госпитализации являются

а) направление поликлиники

б) направление "скорой"

в) "самотек"

***г) все вышеперечисленное**

30. При изучении отказов в госпитализации используется следующая медицинская документация:

а) статистический талон на прием (25-2/у);

б) карта вышедшего из стационара (066/у);

в) учетная форма 007/у;

г) учетная форма 016/у;

***д) учетная форма 001/у.**

31. Оценка работы стационара включает в себя следующие показатели:

а) среднее число дней работы койки за год;

б) среднегодовое число занятых и свободных коек;

в) оборот койки;

г) средние сроки пребывания больного в стационаре.

***д) все выше перечисленное**

32. В состав сельского врачебного участка входят перечисленные, кроме:

а) фельдшерско-акушерских пунктов;

б) участковой больницы;

***в) санаториев, располагающихся на территориях сельских населенных пунктов.**

33. Основными задачами и функциями сельской участковой больницы являются все, кроме:

- а) оказание лечебно-профилактической помощи;
- б) проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка;
- в) организация диспансерного наблюдения;
- *г) проведение медико-социальной экспертизы.**

34. На первом этапе оказания медицинской помощи сельскому населению находятся следующие медицинские учреждения: а) центральная районная больница б) ФАП в) сельская участковая больница г) детская больница д) врачебная амбулатория е) районная больница ж) объединенная районная больница з) стационар родильного дома и) детская областная больница

- 1) верно а), б), з)
- 2) верно а) в) д)
- *3) верно б) в) д)**

35. На втором этапе медицинской помощи сельскому населению находятся следующие медицинские учреждения:

- *а) центральная районная больница**
- б) ФАП
- в) сельская участковая больница
- г) детская больница
- д) врачебная амбулатория
- е) объединенная областная больница
- з) детская областная больница

36. На третьем этапе медицинской помощи сельскому населению находятся следующие медицинские учреждения:

- а) центральная районная больница
- б) ФАП
- в) сельская участковая больница
- г) детская больница
- д) врачебная амбулатория
- е) номерная районная больница
- *ж) стационар родильного дома**
- з) детская областная больница

37. Охрана здоровья граждан – это совокупность мер, направленных на, КРОМЕ:

- а) сохранение и укрепление физического и психического здоровья каждого человека;
- б) поддержание долголетней активной жизни человека;
- в) предоставление медпомощи в случае утраты здоровья;
- *г) обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия территории;**

38. Принципами охраны здоровья граждан являются, КРОМЕ:

- а) доступность медико-социальной помощи;
- б) соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья;
- в) приоритет профилактических мер;
- г) социальная защищенность граждан;
- *д) ответственность граждан за сохранение и укрепление своего здоровья.**

39. ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ об охране здоровья граждан» регулируют отношения, КРОМЕ:

- а) граждан;
- б) органов государственной власти и управления;
- в) хозяйствующих субъектов, субъектов государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения;
- * г) РФ и других государств в области охраны здоровья граждан;

40. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья в зависимости от:

- а) пола;
- б) социального положения; в) национальности;
- г) места жительства;
- * д) независимо от всего вышеперечисленного.

41. Право на охрану здоровья обеспечивается, КРОМЕ:

- а) создание благоприятных условий труда и быта;
- б) производство и реализации доброкачественных продуктов питания;
- * в) загрязнением окружающей природной среды;
- г) предоставлением доступной медико-социальной помощи;

42. Информация о факторах, влияющих на здоровье предоставляется, КРОМЕ:

- а) местной администрацией;
- * б) правительством РФ;
- в) через средства массовой информации;
- г) непосредственно гражданам по их запросам;

43. Медико-социальная помощь включает в себя:

- а) профилактическую;
- б) лечебно-диагностическую;
- в) выплату пособия по временной нетрудоспособности;
- г) зубопротезную;
- * д) все вышеперечисленное.

44. Лечащий врач имеет право:

- а) приглашать консультантов и организовывать консилиум;**
- б) проводит сеансы массового целительства;
- в) единолично выдавать листок нетрудоспособности сроком до 60 дней;
- г) отказаться от наблюдения и лечения пациента при определенных условиях;**
- д) предоставлять информацию о состоянии здоровья пациента другим лицам.

Верно:

- 1) а) и б);
- 2) а) и д);
- * 3) а) и г).

45. За нарушение клятвы врач несет ответственность:

- а) предусмотренную законодательством РФ;**
- б) предусмотренную нормами международного права;
- в) моральную;**
- г) ответственности не несет;
- д) предусмотренную трудовым договором.

Верно:

- 1) а) и б);
- 2) б) и в);
- 3) а) и в)*

46. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

- а) в целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю;**
- б) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений;**
- в) по запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда;**
- г) в случае оказания помощи несовершеннолетнему в возрасте до 15 лет для информирования его родителей или законных представителей;**
- д) при наличии оснований, позволяющих полагать, что вред здоровью гражданина причинен в результате противоправных действий.**

*е) все ответы верны

ж) все ответы не верны

47. Медицинские работники имеют право на:

***а) обеспечение условий деятельности в соответствии с требованиями охраны труда;**

б) страхование профессиональной ошибки, связанной с небрежным выполнением профессиональных обязанностей;

в) бесплатный проезд на общественном транспорте на работу и с работы;

г) все вышеперечисленное.

48. Документами, дающими право заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью в РФ, являются

а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) учебного заведения

***б) сертификат специалиста**

в) свидетельство об окончании интернатуры

г) свидетельство об окончании курсов повышения квалификации

49. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является:

а) информированное добровольное согласие пациента, не достигшего 15-летнего возраста

***б) информированное добровольное согласие взрослого пациента**

в) информированное добровольное согласие пациента, признанного судом недееспособным

50. Основные принципы охраны здоровья населения России:

а) соблюдение прав человека в области охраны здоровья

б) приоритет профилактических мероприятий

в) доступность медицинской помощи

г) ответственность государства и органов управления за здоровье граждан

***д) все перечисленное верно**

51. Согласно определению ВОЗ, репродуктивное здоровье - это:

а) гармония психосексуальных отношений в семье

б) состояние физического и психического благополучия в вопросах, касающихся репродуктивной семьи

в) благополучие воспроизводства потомства
***г) состояния полного физического, психического и социального благополучия в вопросах, касающихся репродуктивной семьи**

52. Назовите основные причины нарушения репродуктивного здоровья:

- а) беременность и роды
- * б) искусственные аборт и заболевания, передающиеся половым путем**
- в) хронические заболевания
- г) все перечисленное

53.. Планирование семьи - это:

- а) программа, направленная на регулирование рождаемости
- б) программа по сохранению репродуктивного здоровья населения
- в) мероприятия по профилактике абортов
- * г) совокупность социально-экономических, правовых, медицинских мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного здоровья, профилактику абортов и рождение желанных детей**

54. Назовите основные направления медицинской деятельности центра планирования семьи и репродукции:

- * а) подбор методов и средств контрацепции, профилактические гинекологические осмотры**
- б) профилактические гинекологические осмотры
- в) прерывание беременности при сроке более 12 недель
- г) специализированное лечение у онкогинеколога

55. Живорождение регистрируется при наличии всех перечисленных признаков жизни, кроме:

- а) самостоятельное дыхание
- б) сердцебиение
- * в) крик ребенка**
- г) пульсация пуповины
- д) произвольные движения мускулатуры

56. Что подразумевается под термином “младенческая смертность”?

- а) смертность детей 1-ого месяца жизни
- * б) смертность детей 1-ого года жизни**
- в) смертность детей в 1-ю неделю жизни
- г) смертность детей в 1-е сутки после рождения
- д) смертность детей в 1-е 28 дней жизни

57. Ранняя неонатальная смертность - это...

- * а) смертность на первой неделе жизни**
 - б) смертность в первый год жизни
 - в) смертность в первый месяц жизни
 - г) смертность в первые 28 дней жизни
 - д) смертность в первые сутки после рождения
- Правильный ответ а

58. Неонатальная смертность - это...

- * а) смертность на первом месяце жизни**
- б) смертность в первые сутки жизни
- в) смертность на первой неделе жизни

г) смертность в первый год жизни

д) смертность детей до 1,5 лет

59. Перинатальная смертность - это...

* а) **суммарная характеристика мертворождаемости, и смертности во время родов и на первой неделе жизни**

б) суммарная характеристика мертворождаемости и смертности во время родов

в) суммарная характеристика мертворождаемости и смертности на первой неделе жизни

г) суммарная характеристика смертности во время родов и на первой неделе жизни

д) суммарная характеристика мертворождаемости и смертности во время родов и в первый месяц жизни

60. Материнская смертность-это...

а) смертность женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности

б) смертность женщин во время родов

в) смертность женщин во время родов и в течение 42-х дней после родов

г) смертность женщин в течение 42 дней после родов

*д) **смерть женщин, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею, либо ее ведением**

61. Укажите информацию, которая не составляет врачебную тайну:

а) информация о состоянии здоровья гражданина;

б) информация о диагнозе заболевания гражданина;

*в) **информация о служебных обязанностях медицинского работника.**

62. Как рассчитать раннюю неонатальную смертность

а) (число детей, умерших в возрасте 0-6 дней(168 часов) x 1000)/ число родившихся живыми и мертвыми

* б) **(число детей, умерших в возрасте 0-6 дней(168 часов) x 1000)/ число родившихся живыми**

в) (число детей, умерших в первый месяц жизни x 1000)/ число родившихся живыми

г) (число детей умерших, в первые сутки жизни x 1000)/ число родившихся живыми

д) (число детей, умерших в первую неделю жизни x 1000)/число родившихся живыми и мертвыми

63. Основные причины материнской смертности в Российской Федерации?

а) аборт, кровотечения, ранние токсикозы

* б) **аборт, кровотечения, сепсис**

в) кровотечения, экстрагенитальная патология

г) сепсис, экстрагенитальная патология

д) экстрагенитальная патология, аборт

29. Основные причины перинатальной смерти:

* а) **асфиксия, родовая травма, врожденные аномалии развития**

б) асфиксия, болезни органов дыхания, гемолитическая болезнь

в) родовая травма, пиелонефрит, врожденные аномалии

г) врожденные аномалии, несчастные случаи, отравления, асфиксия

д) инфекции плода, пневмонии, гемолитическая болезнь, асфиксии, ОРЗ

64. Показатель материнской смертности характеризует:
- * а) **качество медицинской помощи женщинам и состояние их здоровья**
 - б) качество медицинской помощи женщинам и детям
 - в) качество работы женских консультаций
 - г) качество работы родильных домов
 - д) качество работы родильных домов и детских поликлиник
65. Для чего нужны данные о заболеваемости населения?
- * а) **для оценки качества работы органов здравоохранения, мед. учреждений и отдельных врачей**
 - б) для начисления зар. платы мед. работников
 - в) для планирования организации лечебно-профилактических мероприятий в целях снижения заболеваемости и смертности населения
 - г) для накопления статистического материала
 - д) для отчета перед вышестоящими органами здравоохранения
66. Распространенность различных болезней зависит:
- а) от санитарной культуры населения
 - б) от обеспечения населения мед. помощью
 - в) от доступности мед. помощи
 - г) от условий труда и быта
 - * д) **все перечисленное**
67. Изучением заболеваемости занимаются:
- а) только участковые терапевты
 - б) главные врачи ЛПУ
 - в) старшие мед. сестры
 - * г) **все мед. работники**
 - д) только зав. отделением
68. Учету при изучении заболеваемости подлежат:
- а) осложнения
 - * б) **основные заболевания**
 - в) жалобы больного
 - г) остаточные явления
 - д) симптомы основного заболевания
69. На сколько классов распределены болезни в международной классификации болезней 10-го пересмотра?
- а) 10
 - б) 15
 - в) 19
 - * г) **21**
 - д) 40
70. При изучении неэпидемических заболеваний оценивают:
- а) частоту распространения
 - б) тяжесть исходов
 - в) эпидемиологическую значимость
 - г) социальную характеристику
 - * д) **все перечисленное**

71. Как рассчитывается неэпидемическая заболеваемость?

- * а) $(\text{число зарегистрированных важнейших неэпидемических заболеваний} \times 100\,000) / \text{среднегодовая численность населения}$
- б) $(\text{число зарегистрированных важнейших неэпид. заболеваний} \times 100\,000) / \text{число всех заболеваний}$
- в) $(\text{число всех заболеваний} \times 100\,000) / \text{число зарегистрир важнейш. неэпид. заболеев.}$
- г) $(\text{число зарегистрированных важнейших неэпид. заболеваний} \times 100\,000) / \text{число инфекционных заболеваний}$
- д) $(\text{число зарегистрированных важнейших неэпид. заболеваний} \times 1000) / \text{среднегодовая численность населения}$

8. Какой статистический документ заполняется на каждого госпитализированного больного?

- а) стат. талон № 025-2/у
- б) медицинская карта амбулаторного больного № 025/у
- в) карта учета диспансеризации № 131/у
- * г) карта выбывшего из стационара № 066/у

72. Статистическими показателями госпитализированной заболеваемости являются:

- а) больничная летальность
- б) смертность
- * в) структура госпитализированных по заболеванию
- г) стоимость лечебного питания в стационаре

73. Как рассчитать показатель госпитализированной заболеваемости?

- а) $(\text{число госпитализированных больных} \times 1000) / \text{число всех заболевших}$
- * б) $(\text{абсолютн. число случ. госпитализации} \times 1000) / \text{средняя численность населения}$
- в) $(\text{число всех заболевших} \times 1000) / \text{число госпитализированных больных}$
- г) $(\text{средняя численность населения} \times 1000) / \text{абсолютное число случаев госпитализации}$
- д) $(\text{число госпитализированных больных} \times 1000) / \text{число всех заболевших -- число умерших}$

74. Сведения о госпитализированной заболеваемости позволяют судить о:

- * а) характере и объеме мед. Помощи, продолжительности лечения
- б) диспансеризации
- в) затратах на лечение
- г) патологической пораженности

75. Показатели госпитализированной заболеваемости дают представление:

- а) об общей смертности
- б) об организации диспансеризации
- * в) о наиболее тяжелой патологии
- г) о патологической пораженности населения
- д) о первичной заболеваемости

76. Показатели госпитализированной заболеваемости определяют:

- * а) отбор на госпитализацию
- б) отбор на диспансеризацию
- в) отбор на амбулаторное лечение

- г) общую смертность населения
- д) первичную заболеваемость

77. Показатели госпитализированной заболеваемости связаны:

- а) с обеспеченностью лекарствен. препаратами
- * б) с обеспеченностью больничными койками
- в) с профилактическими мед. осмотрами
- г) с распространенностью болезней
- д) с заболеваниями с ВУТ

78. Показатели госпитализированной заболеваемости отражают:

- а) связь между заболеваемостью и смертностью
- б) преемственность работы всех ЛПУ
- * в) преемственность больничной и внебольничной помощи
- г) связь между общей заболеваемостью и больничной летальностью
- д) связь между общей заболеваемостью и патологической пораженностью

79. Как рассчитывается первичная заболеваемость?

- а) $(\text{средняя численность населения} \times 1000) / \text{число случаев заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни за год}$
- б) $(\text{число случаев заболеваний, зарегистрир-х впервые в жизни за год} \times 1000) / \text{число всех заболеваний}$
- в) $(\text{число всех имеющ-ся у насел-я заболев.} \times 1000) / \text{число случаев заболеваний, зарегистрированных впервые в жизни за год}$
- * г) $(\text{число случаев заболеваний, зарегистрир. впервые в жизни за год} \times 1000) / \text{средняя численность населения}$
- д) $(\text{число случаев заболеваний, зарегистрир. впервые в жизни за год} \times 100000) / \text{средняя численность населения}$

80. Как рассчитывается общая заболеваемость?

- а) $(\text{число имевшихся заболев. у населения за год}) / \text{средняя численность населения}$
- б) $(\text{число имевш. заболев. насел-я за год} \times 1000) / \text{число случаев заболев., зарегистрированных впервые в жизни за год}$
- в) $(\text{средняя численность населения} \times 1000) / \text{число имевшихся заболев. населения за год}$
- * г) $(\text{число имевш. заболев. насел-я за год} \times 1000) / \text{средняя численность населения}$
- д) $(\text{число имевш. заболев. насел-я за год} \times 100000) / \text{средняя численность населения}$

81. Назовите основные методы изучения заболеваемости:

- а) на основании международной классификации болезней, травм и причин смерти
- * б) по данным обращаемости и по данным мед. осмотров
- в) по возрасту
- г) по полу

82. Из какой первичной документации можно получить информацию для расчета показателя болезненности (распространенности):

- а) история болезни (ф 003/ у)
- * б) амбулаторная карта (ф 025/ у), стат. талон (ф 025-2/ у)
- в) контрольной карте диспансерного наблюдения (ф. 1390/у)
- г) карта выбывшего из стационара (ф 066/ у)

83. При изучении заболеваемости группировка основных нозологических форм осуществляется на основании:

- а) клинического диагноза
- * б) международной классификации болезней
- в) указаний органов здравоохранения
- г) рекомендаций отдела мед. статистики

84. О какой заболеваемости можно получить сведения при полной и точной регистрации всех заболеваний?

- а) патологической пораженности
- б) госпитализированной
- в) инфекционной
- г) неэпидемической
- * д) общей

85. К важнейшим неэпидемическим заболеваниям относятся:

- * а) заболевания ИБС
- б) пиелонефрит
- в) гастрит
- г) микозы

86. При изучении заболеваемости населения выделяют следующие ее виды:

- а) инфекционная заболеваемость, первичная заболеваемость
- * б) первичная заболеваемость, болезненность (распространенность, патологическая пораженность)
- в) госпитализированная заболеваемость
- г) заболеваемость с ВУТ

87. Первичная заболеваемость это:

- а) частота возникновения заболеваний среди населения в единицу времени
- * б) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных в данном году заболеваний среди населения
- в) заболеваемость возникшая у человека впервые в жизни

88. Эпидемиологическая заболеваемость это:

- а) частота возникновения острых инфекционных или острозаразных заболеваний среди населения в единицу времени
 - б) совокупность инфекционных или паразитарных заболеваний, имеющих среди населения
 - в) частота возникновения эпидемий инфекционных заболеваний среди населения
- Правильный ответ а

89. Полнота данных о заболеваемости зависит:

- а) от объема и характера медицинской помощи
 - б) от доступности медицинской помощи
 - в) от качества и уровня мед. помощи
 - г) обращаемости пациентов за мед. Помощью
- Правильный ответ г

90. Укажите предельную численность населения на городском терапевтическом участке:

- а) **1700 человек взрослого населения;**
- б) 1800 человек взрослого населения;

- в) 1955 человек взрослого населения;
- г) 2200 человек взрослого населения;
- д) 2500 человек взрослого населения;

91. Каковы главные особенности деятельности врача общей практики:

а) владение знаниями и практическими навыками по терапии и смежным специальностям;

б) владение знаниями и практическими навыками по акушерству, гинекологии и педиатрии;

в) владение знаниями и практическими навыками по хирургии;

г) владение знаниями и практическими навыками по педиатрии.

92. Что определяет максимальную доступность врача общей (семейной) практики для населения?

а) продолжительный амбулаторный прием и вызов врача на дом к больному;

б) универсальность знаний и практических навыков и высокая техническая оснащенность;

в) развитая система медицинского страхования;

г) все вышеперечисленное.

93. Каковы главные особенности врача семейной практики?

а) владение знаниями и практическими навыками по терапии;

б) владение знаниями и практическими навыками по терапии, педиатрии и смежным специальностям;

в) владение знаниями и практическими навыками по педиатрии;

г) владение знаниями и практическими навыками по стоматологии и гинекологии.

94. Все следующие учреждения относятся к лечебно-профилактическим, кроме:

а) амбулаторно-поликлинические, диспансеры;

б) больничные, скорой и неотложной медицинской помощи;

в) санаторно-курортные и охраны материнства и детства;

г) судебно-медицинской экспертизы и аптечные.

95. Организация диспансерного наблюдения включает все, кроме:

а) активное выявление и взятие на учет больных и лиц с факторами риска

б) активное динамическое наблюдение и лечение

в) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий

г) регулирование потока посетителей поликлиники

д) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения

96. Принципами организации медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлинических учреждениях являются:

а) индивидуальное отношение к пациентам

б) участковость

в) диспансерный метод

г) профилактическое направление

д) единство науки и практики

е) все перечисленное верно

97. В задачи оказания амбулаторно-поликлинической помощи входит:

а) повышение качества медицинской помощи

б) повышение качества деятельности медицинских учреждений

- в) интеграция профилактической и лечебной работы
- г) осуществление мероприятий по первичной профилактике
- д) осуществление мероприятий по вторичной профилактике
- е) все перечисленное верно**

98. Целью диспансеризации населения является:

- а) оценка здоровья населения на момент обследования
- б) наблюдение за прикрепленным контингентом
- в) сохранение здоровья пациентов конкретного ЛПУ
- г) оказание специальной медицинской помощи
- д) улучшение здоровья населения**
- е) своевременная госпитализация пациентов
- ж) все перечисленное верно

99. Основными направлениями совершенствования стационарной помощи являются

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

100. Основные направления развития специализированной стационарной помощи предусматривают

- а) создание межрайонных специализированных центров и больниц
- б) специализацию коечного фонда
- в) дифференциацию коечного фонда по интенсивности лечебно-диагностического процесса
- г) этапность в оказании медицинской помощи
- д) нет правильного ответа
- е) все вышеперечисленное**

101. Приемное отделение не осуществляет

- а) круглосуточную госпитализацию больных по профилям заболеваний
- б) оказание первой медицинской помощи нуждающимся
- в) анализ расхождений диагнозов "скорой" и приемного отделения
- г) анализ причин отказа в госпитализации
- д) выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность**

102. Не осуществляется в отделении интенсивной терапии и реанимации

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

103. Преемственность в работе стационара и поликлиники не предусматривает

- а) подготовку больного к госпитализации
- б) анализ совпадения диагнозов поликлиники и стационара

- в) анализ обоснованности направления на госпитализацию
- г) централизацию плановой госпитализации**

104. Каналами госпитализации являются

- а) направление поликлиники
- б) направление "скорой"
- в) "самотек"
- г) все вышеперечисленное**

105. При изучении отказов в госпитализации используется следующая медицинская документация:

- а) статистический талон на прием (25-2/у);
- б) карта выбывшего из стационара (066/у);
- в) учетная форма 007/у;
- г) учетная форма 016/у;
- д) учетная форма 001/у.**

106. Оценка работы стационара включает в себя следующие показатели:

- а) среднее число дней работы койки за год;
- б) среднегодовое число занятых и свободных коек;
- в) оборот койки;
- г) средние сроки пребывания больного в стационаре.
- д) все выше перечисленное**

107. В состав сельского врачебного участка входят перечисленные, кроме:

- а) фельдшерско-акушерских пунктов;
- б) участковой больницы;
- в) санаториев, располагающихся на территориях сельских населенных пунктов.**

108. Основными задачами и функциями сельской участковой больницы являются все,

кроме:

- а) оказание лечебно-профилактической помощи;
- б) проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка;
- в) организация диспансерного наблюдения;
- г) проведение медико-социальной экспертизы.**

109. На первом этапе оказания медицинской помощи сельскому населению находятся

следующие медицинские учреждения:

- а) центральная районная больница
- б) детская больница
- в) врачебная амбулатория**
- е) районная больница
- ж) объединенная районная больница
- з) стационар родильного дома
- и) детская областная больница

110. На втором этапе медицинской помощи сельскому населению находятся следующие

медицинские учреждения:

- а) центральная районная больница**
- б) ФАП
- в) сельская участковая больница
- г) детская больница
- д) врачебная амбулатория
- е) объединенная областная больница
- ж) детская областная больница

111. На третьем этапе медицинской помощи сельскому населению находятся следующие медицинские учреждения:

- а) центральная районная больница
- б) ФАП
- в) сельская участковая больница
- г) детская больница
- д) врачебная амбулатория
- е) номерная районная больница
- ж) объединенная районная больница**
- и) детская областная больница

112. Укажите основные направления приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2006-2007 гг.:

- а) Развитие первичной медицинской помощи
- б) Развитие профилактического направления МП
- в) Доступность высокотехнологичной помощи
- г) Введение родовых сертификатов
- д) Увеличение пособий по материнству и детству
- е) Всё перечисленное верно**

113. Основная задача демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года является:

- а) Сокращение уровня смертности в 1,6 раза, особенно в трудоспособном возрасте от внешних причин;
- б) Сокращение уровня материнской и младенческой смертности в 2 раза;
- в) Укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков;
- г) Увеличение продолжительности активной жизни;
- д) Существенное снижение уровня заболеваемости социально-значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями;
- е) Повышение уровня рождаемости в 1,5 раза, за счёт рождения в семьях второго ребёнка и последующих детей;
- ж) Привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического развития
- з) Верно всё.**

114. Задача по повышению уровня рождаемости согласно демографической политики РФ до 2025 года включает в себя:

- а) Поддержка семей, имеющих детей;
- б) Предоставление пособий в связи с рождением и воспитанием детей;
- в) Усиление стимулирующей роли господдержки семей, имеющих детей в форме предоставления материнского (семейного) капитала с расширением образованием услуг для тетей, масштабное строительство доступного жилья для семей с детьми;
- г) Развитие ипотечного кредитования;

д) Реализация региональных программ, обеспечение жильём молодых семей.

е) Верно всё

115. К понятию эффективности здравоохранения относятся следующие составляющие: 1) медицинская эффективность, социальная эффективность, статистическая эффективность; 2) социальная эффективность, морально-психологическая эффективность, наглядная эффективность; 3) медицинская эффективность, социальная эффективность, экономическая эффективность

а) 1

б) 2

в) 3

116. Социальная эффективность здравоохранения выражается в: 1) достижении поставленных целей в области профилактики заболевания и улучшении состояния пациента; 2) улучшении состояния пациента и снижении уровня заболеваемости; 3) снижении уровня заболеваемости и увеличении продолжительности жизни; 4) увеличении продолжительности жизни и оцененном вкладе в рост производительности труда

а) 1

б) 2

в) 3

г) 4

117. Основными задачами здравоохранения на современном этапе являются все нижеперечисленные, кроме:

а) Недопущения снижения объемов медицинской и лекарственной помощи

б) Использования финансовых и иных ресурсов на приоритетных направлениях

в) Сохранения общественного сектора здравоохранения

г) Увеличения кадрового потенциала

д) Повышения эффективности использования ресурсов системы здравоохранения

118. Какова наиболее ярко выраженная тенденция происходящих структурных преобразований в здравоохранении:

а) Сокращение средней продолжительности лечения

б) Снижение обеспеченности населения медицинскими кадрами

в) Сокращение коечного фонда

г) Сокращение среднего числа посещений на одного жителя в год

119. Повышение качества медицинской помощи населению возможно при выполнении следующих мероприятий: 1) улучшении технологии оказания лечебно-профилактической помощи; 2) обучении методам контроля качества всех работающих в медицинских учреждениях; 3) участии всех специалистов в мероприятиях по контролю качества

а) 1

б) 2

в) 3

г) Всех вышеперечисленных

120. Для чего используются результаты контроля качества медицинской помощи?

1) Улучшения оказания медицинской помощи

2) Перспективного планирования

5) Управления качеством медицинской помощи

- б) Составления статистического отчета
5) Обеспечения качественной медицинской помощи
а) верно 1, 2, 4; б) верно 2, 3, 4; в) верно 1, 3, 4;
г) верно 2, 3, 5; д) верно 1, 3, 5