

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки
кадров высшей квалификации
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговский
Университет)

_____ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Специальность

31.08.42 Неврология

Этап программы ординатуры

Второй этап

Москва, 2026 г.

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Общественное здоровье и здравоохранение» разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.42 Неврология, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. ак. Ю.П. Лисицына ИПМ

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Чемезов Александр Сергеевич	к.м.н.	Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. ак. Ю.П. Лисицына ИПМ
2	Виноградова Любовь Валерьевна	к.м.н., доцент	Доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. ак. Ю.П. Лисицына ИПМ
3	Полунина Наталья Валентиновна	д.м.н., профессор, академик РАН	Почетный заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения им. ак. Ю.П. Лисицына ИПМ
4	Беспалюк Георгий Николаевич	к.м.н., профессор	Доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. ак. Ю.П. Лисицына ИПМ
5	Полунин Валерий Сократович	д.м.н., профессор	Профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения им. ак. Ю.П. Лисицына ИПМ

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Общественное здоровье и здравоохранение» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры, протокол от «20» мая 2026 г. № 19.

Заведующий кафедрой

_____ А.С. Чемезов

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля)	4
2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы.....	6
3. Содержание дисциплины (модуля).....	6
4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)	8
5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся	9
6. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся	10
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)	10
8. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)	13
9. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля).....	14
10. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю).....	14
Приложение 1 к рабочей программе по дисциплине (модулю)	16

1. Цель и задачи изучения дисциплины (модуля), требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Цель изучения дисциплины (модуля)

Совершенствование знаний в области общественного здоровья и здравоохранения, а также формирование умений и навыков использования полученных знаний для самостоятельной профессиональной деятельности в медицинской и организационно-управленческой сферах.

Задачи дисциплины (модуля)

1. Углубление теоретических знаний об основах общественного здоровья и здравоохранения и методах его изучения;
2. Углубление теоретических знаний об основах организации, управления и финансирования учреждений здравоохранения.
3. Углубление знаний об основных принципах организации медицинской помощи населению в стационарных условиях, а также умений и навыков вычисления и анализа показателей деятельности медицинской организации;
4. Совершенствование знаний, умений и навыков в применении методов, моделей управления качеством медицинской помощи и деятельности медицинской организации, использования методов сбора и обработки, анализа и оценки медико-статистической информации;
5. Формирование знаний, умений и навыков в анализе и оценке качества медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;
6. Совершенствование знаний в организационно-правовых основах медицинской экспертизы, а также умений и навыков применения полученных знаний в профессиональной деятельности.

Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Формирование общепрофессиональных компетенций у обучающихся в рамках изучения дисциплины (модуля) предполагает овладение системой теоретических знаний по выбранной специальности, в том числе выбранному профилю (при наличии), и формирование соответствующих умений и (или) владений.

Таблица 1

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать	– Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников, приказы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения; – Основные принципы организации медицинской помощи населению в стационарных условиях, вычисление и анализ показателей деятельности организации; – Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях; – Правила работы в информационно-аналитических системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; – Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; – Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях;

		– Принципы управления, планирования и финансирования в системе здравоохранения; – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; – Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз (в том числе о психиатрическом и наркологическом освидетельствовании несовершеннолетних), выдачи листков временной нетрудоспособности и их продлении, в том числе в форме электронного документа, правила признания лица инвалидом, недееспособным; – Принципы организации и проведения экспертиз; – Роль медико-социальных факторов в формировании здорового образа жизни; – Роль системы здравоохранения в оптимизации здоровья различных возрастно-половых, социальных и профессиональных групп населения; – Основы медицинской статистики; – Методы статистического анализа в медицине; – Медико-статистические показатели, методику вычисления
	Уметь	– Управлять структурными подразделениями медицинской организации; – Оформлять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, и контролировать качество ее ведения; – Использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; – Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей медицинских работников, находящихся в распоряжении; – Рассчитывать показатели, характеризующие деятельность медицинской организации и показатели здоровья населения; – Разрабатывать и оценивать показатели внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; – Проводить анализ основных медицинских показателей (заболеваемости, инвалидности, смертности, в том числе младенческой, детской и др.) населения; – Проводить анализ основных внедренных методов, методик
	Владеть	– Навыками планирования показателей деятельности работников структурного подразделения медицинской организации; – Навыками контроля выполнения должностных обязанностей, находящихся в распоряжении медицинского персонала; – Навыками участия в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (пределах своей компетенции); – Навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документооборота; – Навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;

		– Навыками учёта, полноты регистрации и обеспечения сбора достоверной медико-статической информации; – Навыками проведения анализа основных медицинских показателей (заболеваемости, инвалидности, смертности, в том числе младенческой, детской и др.) населения, обслуживаемой территории
--	--	--

2. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы		Всего, час.	Объем по семестрам	
			1	2
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (КР):		26	26	-
Лекционное занятие (Л)		6	6	-
Семинарское/практическое занятие (СПЗ)		20	20	-
Консультации (К)		-	-	-
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)		10	10	-
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З)		Зачет	-	-
Общий объем	в часах	36	36	-
	в зачетных единицах	1	1	-

3. Содержание дисциплины (модуля)

Раздел 1. Теоретические основы здравоохранения. Важнейшие медико-социальные проблемы.

1.1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания, этапы их исторического развития.

Общественное здоровье и здравоохранение в системе естественных и общественных наук, интеграция общественного здоровья с другими отраслями науки и практики государственного строительства. Место общественного здоровья и здравоохранения как предмета преподавания среди медицинских, гигиенических и общественных наук в системе медицинского образования и в практической деятельности врача.

Задачи общественного здоровья: изучение воздействия социальных условий и факторов образа жизни на здоровье населения, социальные аспекты профилактики, лечения, диагностики, реабилитации.

Предмет изучения дисциплины: общественное здоровье и факторы, определяющие его на современном этапе.

1.2. Роль системы здравоохранения в оптимизации здоровья различных возрастно-половых, социальных и профессиональных групп населения.

Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении, организации труда в здравоохранении.

Роль медико-социальных факторов в формировании здорового образа жизни. Основные медико-социальные факторы: условия труда и быта, уровень образования и культуры, психологический микроклимат, доступность и качество медицинской помощи, государственная политика в сфере здравоохранения, роль семьи и образовательных учреждений.

1.3. Системы здравоохранения в России и за рубежом.

Возникновение и развитие общественного здоровья и здравоохранения (общественной медицины) в России и зарубежных странах. Развитие. Реформирование. Характерные особенности развития современного общественного здоровья и практики здравоохранения в России и за рубежом.

1.4. Социальная защита населения, государственное социальное страхование. Экспертиза нетрудоспособности.

Внедрение принципов страховой медицины. ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Новые подходы к планированию и финансированию здравоохранения. Национальный проект «Здоровье». Программа модернизации.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ). Методика изучения, показатели заболеваемости с ВУТ, их оценка. Экономическое значение заболеваемости с ВУТ.

Экспертиза нетрудоспособности. Организационно-правовые основы медицинской экспертизы. Основные нормативные документы, регламентирующие ЭВН. Уровни экспертизы, обязанности лечащего врача, зав. отделением, руководителя медицинской организации.

Виды медицинской экспертизы. Медицинский критерий трудоспособности. Социальный критерий трудоспособности. Юридический критерий трудоспособности. Цели проведения ЭВН.

Правила проведения ЭВН. Порядок организации и функции врачебной комиссии при проведении ЭВН. Функции медицинских работников при проведении ЭВН. Контроль за организацией экспертизы временной нетрудоспособности. Порядок выдачи и оформления листка нетрудоспособности (ЛН).

Раздел 2. Общественное здоровье и методы его изучения.

2.1. Здоровье населения и методы его изучения.

Вычисление и анализ демографических показателей и показателей заболеваемости.

2.2. Роль социально-гигиенических факторов образа жизни в формировании здоровья.

Основные социально-гигиенические факторы: материальное благосостояние, жилищно-бытовые условия, условия труда, организация быта и досуга, санитарно-культурный уровень, психологический микроклимат. Влияние социально-гигиенических факторов на здоровье. Профилактика.

2.3. Основы медицинской статистики.

Основные разделы медицинской статистики.

Статистическая совокупность и ее основные свойства.

Методика вычисления различных видов показателей, средних величин, оценка их достоверности, определение влияния социально-гигиенических факторов на показатели здоровья.

Наглядные методы представления статистических данных.

Организация выполнения статистического исследования.

Раздел 3. Организация медицинской помощи населению в стационарных условиях.

3.1. Основные принципы организации медицинской помощи отдельным группам населения в медицинских организациях круглосуточного пребывания пациентов.

Основные принципы организации медицинской помощи в стационаре: принцип необходимости круглосуточного наблюдения, принцип профилизации отделений, принцип преемственности, принцип комплексности, принцип доступности, принцип паллиативной и реабилитационной помощи, принцип обоснования направлений.

3.2. Организация медицинской помощи взрослому населению в медицинских организациях круглосуточного пребывания пациентов.

Медицинская документация. Вычисление и анализ показателей деятельности.

3.3. Организация медицинской помощи женщинам в стационаре родильного дома, гинекологическом отделении больниц.

Медицинская документация. Вычисление и анализ показателей деятельности.

3.4. Организация медицинской помощи детям и подросткам в детских медицинских организациях круглосуточного пребывания пациентов:

Медицинская документация. Вычисление и анализ показателей деятельности.

Раздел 4. Управление, планирование и финансирование в системе здравоохранения.

4.1. Управление и планирование в системе здравоохранения.

Управление здравоохранением как отраслевая наука управления, децентрализация управления. Организация работы органов управления здравоохранением на различных уровнях. Развитие региональных систем здравоохранения. Роль комитетов здравоохранения представительных органов управления страны, субъектов Федерации и местного самоуправления.

Правовое, административное и экономическое регулирование труда медицинского и фармацевтического персонала. Экономические методы управления учреждениями здравоохранения.

Управление качеством медицинской помощи. Понятие менеджмента. Стратегический менеджмент. Международный менеджмент. Инновационный менеджмент. Навыки и способности менеджера. Маркетинг в здравоохранении, содержание понятия, основные элементы и функции. Потребности в медицинских услугах, их прогнозирование, приоритет интересов потребителя, цели и методы изучения общественного мнения, целенаправленное формирование предложений медицинских услуг.

4.2. Особенности финансирования медицинских организаций.

Ресурсы здравоохранения и их рациональное использование. Финансирование. Источники финансирования здравоохранения. Финансирование медицинского образования и медицинской науки. Финансирование программ здравоохранения. Финансирования медицинских организаций: бюджетные средства, ОМС, внебюджетные источники.

4. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 3

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код компетенции
		Всего	КР	Л	СПЗ	К	СР		
	Семестр 1	36	26	6	20	-	10		
Раздел 1	Теоретические основы здравоохранения. Важнейшие медико-социальные проблемы.	7	5	2	3	-	2	Тестирование	ОПК-2
Тема 1.1	Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания, этапы их исторического развития.	1	1	1	-	-	-		
Тема 1.2	Роль системы здравоохранения в оптимизации здоровья различных возрастно-половых, социальных и профессиональных групп населения	1	1	1	-	-	-		
Тема 1.3	Системы здравоохранения в России и за рубежом.	2	1	-	1	-	1		
Тема 1.4	Социальная защита населения, государственное социальное	3	2	-	2	-	1		

	страхование. Экспертиза нетрудоспособности.								
Раздел 2	Общественное здоровье и методы его изучения	12	9	1	8	-	3	Тестирование	ОПК-2
Тема 2.1	Здоровье населения и методы его изучения	6	4	-	4	-	2		
Тема 2.2	Роль социально-гигиенических факторов образа жизни в формировании здоровья	1	1	1	-	-			
Тема 2.3	Основы медицинской статистики	5	4	-	4	-	1		
Раздел 3	Организация медицинской помощи населению в стационарных условиях	10	7	1	6	-	3	Тестирование	ОПК-2
Тема 3.1	Основные принципы организации медицинской помощи отдельным группам населения в медицинских организациях круглосуточного пребывания пациентов.	1	1	1	-	-	-		
Тема 3.2	Организация медицинской помощи взрослому населению в медицинских организациях круглосуточного пребывания пациентов	3	2	-	2	-	1		
Тема 3.3	Организация медицинской помощи женщинам в стационаре родильного дома, гинекологическом отделении больниц	3	2	-	2	-	1		
Тема 3.4	Организация медицинской помощи детям и подросткам в детских медицинских организациях круглосуточного пребывания пациентов	3	2	-	2	-	1		
Раздел 4	Управление, планирование и финансирование в системе здравоохранения	7	5	2	3	-	2	Тестирование	ОПК-2
Тема 4.1	Управление и планирование в системе здравоохранения	2	1	1	-	-	1		
Тема 4.2	Особенности финансирования медицинских организаций.	5	4	1	3	-	1		
	Промежуточная аттестация	-	-	-	-	-	-	Зачет	ОПК-2
	Общий объем	36	26	6	20	-	10	-	-

5. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами сети «Интернет», а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях и др.

Задания для самостоятельной работы:

Таблица 4

Номер и наименование раздела	Темы (вопросы) для самостоятельной работы
------------------------------	---

Раздел 1. Теоретические основы здравоохранения. Важнейшие медико-социальные проблемы.	1. Системы здравоохранения в России и за рубежом. 2. Особенности организации медицинской помощи в России. 3. Особенности организации медицинской помощи за рубежом.
Раздел 2. Общественное здоровье и методы его изучения.	1. Вычисление и анализ демографических показателей. 2. Вычисление и анализ показателей заболеваемости. 3. Вычисление и анализ средней арифметической. 4. Вычисление и анализ коэффициента корреляции. 5. Вычисление и анализ стандартизованных показателей. 6. Составление таблиц и графиков.
Раздел 3. Организация медицинской помощи населению в стационарных условиях.	1. Оформление медицинской документации в городской больнице. 2. Вычисление и анализ показателей деятельности городской больницы. 3. Оформление медицинской документации в родильном доме. 4. Вычисление и анализ показателей деятельности родильного дома. 5. Оформление медицинской документации в детской городской больнице. 6. Вычисление и анализ показателей деятельности детской городской больницы.
Раздел 4. Управление, планирование и финансирование в системе здравоохранения	1. Основные принципы здравоохранения. 2. Задачи экономики здравоохранения. 3. Группы экономических отношений.

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских (практических) занятиях.

1. Оценочные средства для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Примерные оценочные средства, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении 1 Оценочные средства по дисциплине (модулю).

2. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1.	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик. — 5-е изд., перераб. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2026. — 656 с. — ISBN 978-5-9704-9921-4, DOI: 10.33029/9704-8662-7-РНН-2024-1-656. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970499214.html
2.	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. И. Лисицин. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 496 с. — ISBN 978-5-9704-8957-4. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970489574.html

3.	Здравоохранение и общественное здоровье [Электронный ресурс]: Учебник / под ред. Царик Г. Н. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2026. — 992 с. — ISBN 978-5-9704-9884-2, DOI: 10.33029/9704-9884-2-NPH-2026-1-992. — Электронная версия доступна на сайте ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970498842.html
4.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для мед. вузов / Н.В. Полунина. - М.: Мед. информ. агентство, 2010.	10
5.	Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов / Ю.П. Лисицын. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007.	6
6.	Экономика для медиков [Электронный ресурс]: учебник / Ю. В. Федорова, Н. Л. Борщёва, Е. Г. Кирикуца и др.; под общ. ред. Ю. В. Федоровой. - Москва: Лаборатория знаний, 2022. - 237 с. Систем. требования: Adobe Reader XI; экран 10". - ISBN 978-5-93208-612-4. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785932086124.html
7.	Экономика медицины. Медицинские услуги, инновации, ценообразование, управление [Электронный ресурс]: монография / С. Г. Вокина. - Москва: Инфра-Инженерия, 2021. - 240 с. - ISBN 978-5-9729-0553-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785972905539.html
8.	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс]: учебное пособие / С. С. Колесникова, М. А. Василенко. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2023. - 313 с. (Высшее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-35277-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222352779.html
9.	Экономика здравоохранения [Электронный ресурс]/ Решетников А. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3136-8. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970431368.html
10.	Правовые основы охраны здоровья детского населения [Электронный ресурс]: учебное пособие / [сост.: Т.В. Яковлева, Д.И. Зеленская, В.Ю. Альбицкий, Н.В. Полунина]; РНИМУ им. Н.И. Пирогова, каф. поликлин. и соц. педиатрии фак. доп. проф. образования. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190068.pdf&show=dcatalogues/1/4207/190068.pdf&view=true
11.	Основы маркетинга медицинских услуг [Электронный ресурс]: [учеб. пособие для мед. вузов] / Н.Г. Петрова, Н.И. Вишняков, С.А. Балохина, Л.А. Тептина. — 2-е изд. — Москва: МЕДпресс-информ, 2021. — 112 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/osnovy-marketinga-medicinskih-uslug-11963893/
12.	Инновации в управлении медицинскими организациями [Электронный ресурс]/ А.А. Лебедев, А.А. Калмыков, М.В. Гончарова. - 2-е изд., переработанное и дополненное. - Москва: Литтерра, 2024. - ISBN 978-5-4235-0447-2, DOI: 10.33029/4235-0447-2-YMO-2024-1-224. - URL:	Удаленный доступ https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423504472.html
13.	Управление и экономика здравоохранения [Электронный ресурс]/ Под ред. А. И. Вялкова, Кучеренко В. З., Райзберг Б. А. и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 664 с. - ISBN	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970424940.html

	978-5-9704-2494-0. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента"	
14.	Применение методов статистического анализа для изучения общественного здоровья и здравоохранения [Текст]: учеб. пособие для мед. вузов / В.З. Кучеренко и др.; под ред. В.З. Кучеренко. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2007.	7
15.	Организационно-аналитическая деятельность [Электронный ресурс]: учебник / С. И. Двойников [и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР- Медиа, 2022.	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970468852.html
16.	Задачи к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению [Текст]: учебно-методическое пособие / Российский государственный медицинский университет, Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, Московский институт медико-социальной реабилитации; Ю.П. Лисицын и др.; под ред. Ю.П. Лисицына и др. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва: РГМУ, 2008. - 160 с.	5
17.	Тенденции в состоянии здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России [Текст]: акт. речь в ГБОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрав соцразвития России / В.И. Стародубов; РНИМУ им. Н.И. Пирогова. - М.: Менеджер здравоохранения, 2012. - 35 с.	11
18.	Персональная телемедицина [Электронный ресурс]. Телемедицинские и информационные технологии реабилитации и управления здоровьем / О. Ю. Атьков, Ю. Ю. Кудряшов. – Москва: Практика, 2015. – 248 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	Удаленный доступ https://www.books-up.ru/ru/book/personalnaya-telemedicina-79837/
19.	Гигиенические аспекты образа жизни детей, подростков и молодежи в гиперинформационном обществе [Текст]: (анкеты для исследований): учебно-методическое пособие/ О.Ю. Милушкина, Н.А. Скоблина, С.В. Маркелова; каф. гигиены педиатр. фак. РНИМУ им. Н.И. Пирогова. – Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2021.	5
20.	Социальные аспекты формирования здорового образа жизни студенческой молодежи [Электронный ресурс]: учеб. -метод. пос. / Д. Г. Сидоров, С. А. Овчинников. - Нижний Новгород: ННГАСУ, 2023. - 88 с. - Текст: электронный // ЭБС "Консультант студента"	Удаленный доступ https://www.studentlibrary.ru/book/nn_gasu_044.html

Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Официальный сайт РНИМУ: адрес ресурса – <https://rsmu.ru/>, на котором содержатся сведения об Университете и его подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых программах ординатуры/этапах программы ординатуры, их учебно-методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК);

2. ЭБС РНИМУ им. Н.И. Пирогова – Электронная библиотечная система;
3. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;
4. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;
5. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;
6. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;

7. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система;
8. ЭБС «IPR SMART» - Электронно-библиотечная система;
9. ЭБС «BIBLIOPHIKA» Электронно-библиотечная система;
10. ЭБС «Polpred. Деловые средства массовой информации» - Электронно-библиотечная система;
11. ЭБС «Консультант студента» - Электронно-библиотечная система.

Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. <https://www.garant.ru> – Гарант.ру, справочно-правовая система по законодательству Российской Федерации;
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov> – Pub Med крупнейшая полнотекстовая коллекция ведущих журналов по биомедицинским исследованиям;
3. <https://onlinelibrary.wiley.com/> - онлайн-библиотека Wiley;
4. <https://www.sciencedirect.com/> - коллекция полных текстов рецензируемых журналов, журнальных статей и глав книг;
5. <https://www.science.org/> - бесплатный доступ к отдельным публикациям, новости в науке;
6. <https://www.tandfonline.com/> - архив качественных рецензируемых журнальных статей, опубликованных под импринтами Taylor & Francis, Routledge и Dove Medical Press;
7. <https://www.cambridge.org/core> - полнотекстовая коллекция журналов издательства Cambridge University Press;
8. <https://www.elibrary.ru/defaultx.asp> - научная электронная библиотека;
9. <https://www.rsl.ru/> - Российская Государственная библиотека, официальный сайт;
10. <https://nlr.ru/> - Российская национальная библиотека, официальный сайт;
11. <https://femb.ru/> – Федеральная электронная медицинская библиотека МЗ РФ;
12. <https://rusneb.ru/> – Национальная электронная библиотека (НЭБ);
13. <https://cyberleninka.ru/> – Научная электронная библиотека «КиберЛенинка».

3. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Наименование оборудованных учебных аудиторий	Перечень специализированной мебели, технических средств обучения
1	Учебные аудитории для проведения занятий лекционного и семинарского типов, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Оснащены наборами демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочим программам дисциплин (модулей), в том числе экран, проектор, электронная библиотека.
2	Компьютерные классы	Оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде РНИМУ.
3	Помещения для самостоятельной работы (Библиотека, в том числе читальный зал)	Оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде РНИМУ.

Программное обеспечение

- Microsoft Windows 7, 10, 11;
- MS Office 2013, 2016, 2019, 2021;
- Антивирус Касперского (Kaspersky Endpoint Security);
- ADOBE CC;
- Photoshop;

- ISpring;
- Adobe Reader;
- Adobe Flash Player;
- Google Chrom, Mozilla Firefox, Mozilla Pubic License;
- 7-Zip;
- FastStone Image Viewer;
- Ubuntu 20.04;
- Astia Linux;
- Debian;
- МТС ЛИНК;
- 1С Университет;
- 1С ДГУ.

4. Методические указания для обучающихся по изучению дисциплины (модуля)

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования второму этапу программы ординатуры, утвержденным Университетом самостоятельно.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются лекционные, практические занятия, а также занятия семинарского типа, самостоятельная работа обучающегося, в том числе под руководством преподавателя, прохождение контроля.

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану предполагает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и специальной литературы, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим) занятиям, текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ОВЗ.

Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ОВЗ определены в Положении об организации получения образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

5. Методические рекомендации преподавателю по организации учебного процесса по дисциплине (модулю)

Преподавание дисциплины (модуля) осуществляется в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования второму этапу программы ординатуры, утвержденным Университетом самостоятельно.

При изучении дисциплины (модуля) рекомендуется использовать следующий набор средств и способов обучения:

- рекомендуемую литературу;
- задания для подготовки к семинарам (практическим) занятиям – вопросы для обсуждения и др.;
- задания для текущего контроля успеваемости (задания для самостоятельной работы обучающихся);

— вопросы и задания для подготовки к промежуточной аттестации по итогам изучения дисциплины (модуля), позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций.

При проведении занятий лекционного и семинарского типа, в том числе в форме вебинаров и (или) on-line курсов необходимо строго придерживаться учебно-тематического плана дисциплины (модуля), приведенного в разделе 4 данного документа. Необходимо уделить внимание рассмотрению вопросов и заданий, включенных в оценочные задания, при необходимости, решить аналогичные задачи с объяснением алгоритма решения.

Следует обратить внимание обучающихся на то, что для успешной подготовки к текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации нужно изучить литературу, список которой приведен в разделе 7 данной рабочей программы дисциплины (модуля) и иные источники, рекомендованные в подразделах «Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и «Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем», необходимых для изучения дисциплины (модуля).

Текущий контроль успеваемости и промежуточная аттестация осуществляются в соответствии с Порядком организации и проведения текущего контроля успеваемости и Порядком проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок, с которыми необходимо ознакомить обучающихся на первом занятии.

При проведении учебных занятий необходимо обеспечить развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений на основе групповых дискуссий, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплин (модулей) в форме курсов, составленных на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей и т.п.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

Специальность
31.08.42 Неврология

Этап программы ординатуры
Второй этап

Москва, 2026 г.

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины (модуля)

Таблица 1

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать	– Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, нормативные акты, определяющие деятельность медицинских работников, приказы Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения; – Основные принципы организации медицинской помощи населению в стационарных условиях, вычисление и анализ показателей деятельности организации; – Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях; – Правила работы в информационно-аналитических системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; – Требования к обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; – Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях; – Принципы управления, планирования и финансирования в системе здравоохранения; – ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; – Нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских экспертиз (в том числе о психиатрическом и наркологическом освидетельствовании несовершеннолетних), выдачи листков временной нетрудоспособности и их продлении, в том числе в форме электронного документа, правила признания лица инвалидом, недееспособным; – Принципы организации и проведения экспертиз; – Роль медико-социальных факторов в формировании здорового образа жизни; – Роль системы здравоохранения в оптимизации здоровья различных возрастно-половых, социальных и профессиональных групп населения; – Основы медицинской статистики; – Методы статистического анализа в медицине; – Медико-статистические показатели, методику вычисления
	Уметь	– Управлять структурными подразделениями медицинской организации; – Оформлять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, и контролировать качество ее ведения; – Использовать в своей работе информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; – Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей медицинских работников, находящихся в распоряжении;

		– Рассчитывать показатели, характеризующие деятельность медицинской организации и показатели здоровья населения; – Разрабатывать и оценивать показатели внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; – Проводить анализ основных медицинских показателей (заболеваемости, инвалидности, смертности, в том числе младенческой, детской и др.) населения; – Проводить анализ основных внедренных методов, методик
	Владеть	– Навыками планирования показателей деятельности работников структурного подразделения медицинской организации; – Навыками контроля выполнения должностных обязанностей, находящихся в распоряжении медицинского персонала; – Навыками участия в обеспечении внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (пределах своей компетенции); – Навыками ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документооборота; – Навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; – Навыками учёта, полноты регистрации и обеспечения сбора достоверной медико-статической информации; – Навыками проведения анализа основных медицинских показателей (заболеваемости, инвалидности, смертности, в том числе младенческой, детской и др.) населения, обслуживаемой территории

2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четыrehбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

3. Типовые контрольные задания

Примерные варианты оценочных заданий для текущего контроля успеваемости

Таблица 2

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Форма контроля	Оценочное средство	Код компетенции
	Семестр 1			
Раздел 1	Теоретические основы здравоохранения.	Тестирование	Вопросы тестового контроля:	ОПК-2

	Важнейшие медико-социальные проблемы.			
Тема 1.1	Общественное здоровье и здравоохранение как наука и предмет преподавания, этапы их исторического развития.			
Тема 1.2	Роль системы здравоохранения в оптимизации здоровья различных возрастно-половых, социальных и профессиональных групп населения			
Тема 1.3	Системы здравоохранения в России и за рубежом.			
Тема 1.4	Социальная защита населения, государственное социальное страхование. Экспертиза нетрудоспособности.			
Раздел 2	Общественное здоровье и методы его изучения	Тестирование	1. Главное условие для сохранения государства с точки зрения ОЗиЗ – это: а) сохранение здоровья населения б) стабильность политической системы в) экономическая стабильность г) грамотное управление государством 2. Главная задача ОЗиЗ – это: а) увеличение числа медицинских учреждений б) изучение состояния здоровья отдельных групп населения в) увеличение количества лекарственных препаратов г) приоритет коммерческой выгоды медицинских учреждений 3. Семашко Н.А. впервые прочитал лекцию «Социальная гигиена, ее сущность, методы и значение» в: а) 1923 г. б) 1917 г. в) 1925 г. г) 1861 г. 4. Справка о заболевании выдается: а) учащимся б) работающим в) пенсионерам г) всем в случае заболевания 5. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению: а) лечащего врача б) заведующего отделением в) врачебной комиссии г) зам. главного врача по КЭР	ОПК-2
Тема 2.1	Здоровье населения и методы его изучения			
Тема 2.2	Роль социально-гигиенических факторов образа жизни в формировании здоровья			
Тема 2.3	Основы медицинской статистики			
			Вопросы тестового контроля: 1. Статика населения – это: а) совокупность всех территориальных перемещений населения б) численный состав населения на определенный момент времени в) переход людей из одной социальной группы в другую г) изменение численности населения в результате взаимодействия естественных процессов 2. Наиболее высокий уровень заболеваемости у детей наблюдается в возрасте: а) 8-12 лет б) 13-15 лет в) 0-7 лет г) 16-18 лет 3. Примером экстенсивного показателя является: а) уровень общей заболеваемости б) обеспеченность врачами-пульмонологами	

			в) удельный вес болезней органов дыхания г) уровень первичной заболеваемости болезнями органов дыхания 4. Линейная диаграмма используется для отображения: а) однородных, но не связанных между собой интенсивных показателей б) динамики явления в) структуры явления г) статики явления 5. Удельный вес детей-инвалидов среди детского населения РФ составляет: а) 5,5% б) 4,8% в) 2,2% г) 7,5%	
Раздел 3	Организация медицинской помощи населению в стационарных условиях	Тестирование	Вопросы тестового контроля: 1. Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара имеет: а) медицинское значение б) статистическое значение в) юридическое значение г) финансовое значение 2. Показатель "Среднее число дней работы койки в году" характеризует: а) среднее количество пациентов в стационаре б) среднее время пребывания пациента в стационаре в) степень использования коек в стационаре г) среднее количество врачей в стационаре 3. Число выбывших из стационара вычисляется как: а) полусумма поступивших, выписанных и умерших пациентов за год б) полусумма поступивших и выписанных пациентов за год в) сумма поступивших и умерших пациентов за год г) сумма выписанных и умерших пациентов за год 4. Число прошедших лечение пациентов вычисляется как: а) полусумма поступивших, выписанных и умерших пациентов за год б) сумма выписанных и умерших пациентов за год в) полусумма поступивших и выписанных пациентов за год г) сумма поступивших и умерших пациентов за год 5. Допустимое значение показателя "Частота нарушений родовой деятельности" составляет: а) 80-85 на 1000 родов б) 90-95 на 1000 родов в) 100-105 на 1000 родов	ОПК-2
Тема 3.1	Основные принципы организации медицинской помощи отдельным группам населения в медицинских организациях круглосуточного пребывания пациентов.			
Тема 3.2	Организация медицинской помощи взрослому населению в медицинских организациях круглосуточного пребывания пациентов			
Тема 3.3	Организация медицинской помощи женщинам в стационаре родильного дома, гинекологическом отделении больниц			
Тема 3.4	Организация медицинской помощи детям и подросткам в детских медицинских организациях круглосуточного пребывания пациентов			

			г) 55-65 на 1000 родов	
Раздел 4	Управление, планирование и финансирование в системе здравоохранения	Тестирование	Вопросы тестового контроля: 1. Управление процессом финансирования здравоохранения осуществляет: а) Министерство финансов б) Министерство здравоохранения РФ в) Министерство труда и социальной защиты г) медицинские страховые компании 2. Экономический предмет труда в здравоохранении – это: а) медицинские учреждения б) лекарственные препараты в) медицинское оборудование г) человек 3. Обязательное медицинское страхование (ОМС) было введено в: а) 1969-1971 гг. б) 1991-1993 гг. в) 2011-2013 гг. г) 2003-2005 гг. 4. Виды эффективности системы здравоохранения – это: а) медицинская, социальная, экономическая б) операционная, экспериментальная, лекарственная в) общая, персональная, специальная г) общественная, индивидуальная, групповая 5. Финансирующая сторона бюджетной системы здравоохранения – это: а) граждане, предприятия б) благотворительные фонды в) страховые компании г) органы исполнительной власти	ОПК-2
Тема 4.1	Управление и планирование в системе здравоохранения			
Тема 4.2	Особенности финансирования медицинских организаций.			

Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации зачету.

Тестовые задания

1. Главное условие для сохранения государства с точки зрения ОЗиЗ – это:

- а) сохранение здоровья населения
- б) стабильность политической системы
- в) экономическая стабильность
- г) грамотное управление государством

2. Главная задача ОЗиЗ – это:

- а) изучение состояния здоровья отдельных групп населения
- б) увеличение числа медицинских учреждений
- в) увеличение количества лекарственных препаратов
- г) приоритет коммерческой выгоды медицинских учреждений

3. Главный вопрос ОЗиЗ – это:

- а) определение факторной обусловленности здоровья населения

- б) обеспечение доступности дорогостоящих медицинских услуг
- в) сосредоточение усилий исключительно на лечении хронических заболеваний
- г) сосредоточение усилий исключительно на лечении инфекционных заболеваний

4. Предпосылки возникновения дисциплины ОЗиЗ – это:

- а) высокая заболеваемость, высокая смертность, низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни
- б) низкая заболеваемость, высокая смертность, низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни
- в) высокая заболеваемость, низкая смертность, низкий показатель ожидаемой продолжительности жизни
- г) высокая заболеваемость, низкая смертность, высокий показатель ожидаемой продолжительности жизни

5. Семашко Н.А. впервые прочитал лекцию «Социальная гигиена, ее сущность, методы и значение» в:

- а) 1923 г.
- б) 1917 г.
- в) 1925 г.
- г) 1861 г.

6. Первая профильная кафедра во 2-ом МГУ была организована в:

- а) 1924 г.
- б) 1912 г.
- в) 1920 г.
- г) 1922 г.

7. Цель общественного здоровья – это:

- а) разработать научно обоснованные рекомендации по оздоровлению населения и совершенствованию организации медицинской помощи
- б) уменьшить количество рекламы лекарственных препаратов и различных медицинских услуг
- в) сократить число медицинских работников и за счет этого увеличить их материальный доход
- г) сократить число дорогостоящих медицинских манипуляций и за счет этого улучшить благосостояние населения

8. Факторы, влияющие на показатели здоровья населения – это:

- а) образ жизни, окружающая среда, биологические факторы, организация медицинской помощи
- б) политические взгляды, погодные условия, генетические факторы, наличие амбулаторной медицинской помощи
- в) религиозные убеждения, лунный календарь, гендерная принадлежность, наличие домашних растений
- г) астрологические факторы, количество праздничных дней в году, уровень шума на рабочем месте, наличие домашних животных

9. Первую отечественную номенклатуру болезней разработал:

- а) Куркин П.И.

- б) Семашко Н.А.
- в) Пирогов Н.И.
- г) Соловьев З.П.

10. Первый педиатрический факультет в РФ был открыт в:

- а) 1930 г.
- б) 1912 г.
- в) 1920 г.
- г) 1925 г.

11. Результаты научных исследований в области ОЗиЗ дают возможность:

а) оценить особенности здоровья населения в динамике, определить влияние факторов на здоровье, выявить резервы совершенствования организации медицинской помощи, что позволяет разработать комплекс мероприятий по улучшению здоровья исследуемых групп населения

б) устранить социальное неравенство, заменить необходимость соблюдения правил личной гигиены, обеспечить доступ к медицинским услугам для всех слоев населения, что гарантирует мгновенное улучшение состояния здоровья населения

в) устранить экономическое неравенство, заменить необходимость профилактики заболеваний на соблюдение здорового образа жизни, увеличить финансирование медицинских учреждений, что позволяет мгновенно изменить медицинскую практику

г) предсказать общие и индивидуальные реакции организма на лечение, обеспечить полное искоренение всех болезней, устранить все факторы риска для здоровья населения, что позволяет гарантировать мгновенное улучшение качества медицинских услуг

12. Методики, используемые при формировании выборочной совокупности – это:

а) метод случайного отбора, метод механического отбора, метод направленного отбора, когортный метод, метод многоступенчатого отбора, метод парных сочетаний

б) метод закономерного отбора, метод автоматического отбора, метод рассеянного отбора, индивидуальный метод, метод одноуровневого отбора, метод непарных сочетаний

в) метод предсказуемого отбора, метод ручного отбора, метод хаотичного отбора, динамичный метод, метод простого отбора, метод возможных сочетаний

г) метод намеренного отбора, метод органического отбора, метод вымышленного отбора, разновременный метод, метод многофазного отбора, метод уникальных сочетаний

13. Отраслевая статистика изучает:

а) различные отрасли народного хозяйства статистическими методами

б) исторические события и их влияние на общество

в) экологические проблемы и их влияние на здоровье населения

г) социальные отношения и их влияние на отраслевую культуру

14. Сохранение и улучшение здоровья населения возможно при наличии полной и достоверной информации о:

а) закономерностях здоровья, его факторной обусловленности, методах оценки деятельности учреждений здравоохранения, возможности организации эффективной медицинской помощи

б) возрастном составе населения, статистических методах сбора информации, доступности медицинской помощи

в) гендерном составе населения, статистических методах обработки материала, удовлетворенности населением медицинской помощью

г) возрастно-половом составе населения, статистических методах формирования выборочной совокупности, возможности использовать дорогостоящие медицинские услуги

15. Удельный вес влияния образа жизни на здоровье составляет:

- а) 45-57%
- б) 8-10 %
- в) 15-20%
- г) 20-25%

16. Удельный вес влияния окружающей среды на здоровье составляет:

- а) 20-25%
- б) 8-10%
- в) 15-20%
- г) 45-57%

17. Удельный вес влияния биологических факторов на здоровье составляет:

- а) 15-20%
- б) 8-10%
- в) 20-25%
- г) 45-57%

18. Удельный вес влияния организации здравоохранения на здоровье составляет:

- а) 8-10%
- б) 45-57%
- в) 15-20%
- г) 20-25%

19. Термин «здравоохранение» стал общепринятым после:

- а) 1917 г.
- б) 1910 г.
- в) 1924 г.
- г) 1922 г.

20. Методы, позволяющие выявить влияние различных факторов на здоровье – это:

- а) сравнение средних или относительных величин, корреляционный анализ, стандартизация
- б) вычисление средних или относительных величин, независимый анализ, индивидуализация
- в) определение моды в статистической совокупности, противоположный анализ, разнообразие
- г) определение медианы в статистической совокупности, сравнительный анализ, уникальность

21. Назначение предмета ОЗиЗ:

а) разработать научно обоснованные рекомендации по устранению и предупреждению вредного для здоровья влияния социальных условий и других факторов в интересах охраны и повышения уровня общественного здоровья

б) исследовать различные социальные группы для разработки современных методов диагностики отдельных пациентов, необходимых для повышения уровня общественного здоровья

в) изучить экологические проблемы для разработки современных методов лечения отдельных пациентов, необходимых для повышения уровня оказания медицинских услуг в здравоохранении

г) изучить историю медицины в целях внедрения эффективной экономической и здравоохранительной политики в стационарных медицинских учреждениях

22. Здоровый образ жизни – это:

а) поведение, деятельность индивида, способствующие сохранению, укреплению и восстановлению его здоровья

б) комплекс мероприятий, обеспечивающих правильное питание для поддержания определенного веса

в) комплекс мероприятий, направленных на соблюдение физической активности

г) комплекс мероприятий, направленных на сбалансированность сна и бодрствования

23. Экономические потери в связи с временной и стойкой нетрудоспособностью заключаются в:

а) стоимости несозданной продукции, выплатах пособий по нетрудоспособности, тратах на все виды медицинской помощи

б) уменьшении количества рабочих часов в день для всех сотрудников, снижении уровня шума на предприятиях, росте популярности субботников

в) увеличении количества выходных для всех граждан, тратах на организацию корпоративных мероприятий для сотрудников, росте цен на лекарства

г) увеличении стоимости жизни из-за роста цен, повышении уровня образования, росте популярности фитнес-центров

24. Профилактические мероприятия используются в современной медицине в:

а) 7-15% случаев

б) 20-25% случаев

в) 3-6% случаев

г) 30-35% случаев

25. Удельный вес городского населения в РФ составляет:

а) 75%

б) 55%

в) 65%

г) 85%

26. Удельный вес женского населения в РФ составляет:

а) 54%

б) 60%

в) 65%

г) 50%

27. Удельный вес трудоспособного населения в РФ составляет:

а) 57,4%

б) 17,9%

в) 24,7%

г) 45,5%

28. Удельный вес болезней органов дыхания в структуре заболеваемости в РФ составляет:

а) 43,4%

- б) 11,6%
- в) 9,5%
- г) 5,7%

29. На первом месте в структуре причин инвалидности взрослого населения в РФ находятся:

- а) болезни органов кровообращения
- б) болезни органов дыхания
- в) болезни органов пищеварения
- г) болезни нервной системы

30. Удельный вес болезней органов кровообращения в структуре причин инвалидности взрослого населения В РФ составляет:

- а) 46,7%
- б) 20,3%
- в) 11,9%
- г) 7,1%

31. Удельный вес инвалидов среди всего населения РФ составляет:

- а) 7,97%
- б) 11,28%
- в) 2,21%
- г) 15,65%

32. Удельный вес детей-инвалидов среди детского населения РФ составляет:

- а) 2,2%
- б) 5,5%
- в) 4,8%
- г) 7,5%

33. На первом месте в структуре причин смертности в РФ находятся:

- а) болезни органов кровообращения
- б) болезни органов дыхания
- в) злокачественные новообразования
- г) травмы и отравления

34. Доля влияния факторов образа жизни на развитие сахарного диабета составляет:

- а) 35%
- б) 45%
- в) 65%
- г) 70%

35. Доля влияния факторов образа жизни на развитие цирроза печени составляет:

- а) 70%
- б) 65%
- в) 45%
- г) 35%

36. Доля влияния факторов образа жизни на развитие ишемической болезни сердца составляет:

- а) 60%
- б) 55%
- в) 45%
- г) 70%

37. Доля влияния факторов образа жизни на развитие сосудистых поражений мозга составляет:

- а) 65%
- б) 70%
- в) 60%
- г) 55%

38. Доля влияния факторов образа жизни на транспортный травматизм составляет:

- а) 65%
- б) 55%
- в) 45%
- г) 35%

39. Доля влияния факторов образа жизни на самоубийства составляет:

- а) 55%
- б) 65%
- в) 45%
- г) 35%

40. Доля влияния факторов образа жизни на развитие злокачественных новообразований составляет:

- а) 45%
- б) 35%
- в) 55%
- г) 65%

41. Доля влияния факторов образа жизни на развитие эмфиземы составляет:

- а) 35%
- б) 55%
- в) 60%
- г) 70%

42. Согласно ВОЗ, здоровый образ жизни предполагает:

а) вести активный образ жизни, правильно питаться, беречь себя от психоэмоциональных перегрузок, соблюдать баланс труда и отдыха, отказаться от вредных привычек

б) заниматься профессиональным спортом, соблюдать белковую диету, избегать конфликты на рабочем месте, сократить количество рабочих часов в день, умеренное употребление алкоголя

в) ежедневно делать утреннюю зарядку, соблюдать вегетарианскую диету, избегать конфликты в транспорте, сократить количество рабочих дней в неделю, умеренное употребление никотина

г) регулярно посещать СПА, устраивать разгрузочные дни, избегать конфликты с соседями, регулярно посещать музеи и театры, умеренное употребление никотина и алкоголя

43. Удельный вес россиян, приверженных к здоровому образу жизни в 2024 г., составляет:

- а) 53%
- б) 37%
- в) 45%
- г) 60%

44. Факторы, приводящие к сокращению продолжительности жизни – это:

- а) злоупотребление алкоголем, курение, употребление наркотиков, лишний вес, постоянная высокая неадекватная физическая нагрузка, стресс
- б) употребление большого количества воды, постоянное использование кондиционера, жизнь в полной темноте, регулярное употребление чая с лимоном
- в) употребление исключительно растительной пищи, ограничение употребления сахара, отсутствие социальных контактов, ежедневное использование общественного транспорта
- г) употребление пищи исключительно животного происхождения, ограничение употребления соли, наличие большого количества домашних животных, сон более 15 часов в сутки

45. Медицинская активность – это:

- а) совокупность мероприятий, направленных на поддержание, улучшение и восстановление здоровья населения
- б) обязательное посещение медицинского учреждения в случае заболевания
- в) регулярный прием лекарственных препаратов, назначенных участковым терапевтом
- г) количество посещений официального сайта медицинского учреждения

46. Пример медицинской активности – это:

- а) своевременное обращение к врачу
- б) перманентный сон
- в) отказ от пищи животного происхождения
- г) умеренное употребление алкоголя

47. Удельный вес граждан, имеющих высокий уровень медицинской активности и хорошее здоровье, составляет:

- а) 53,7%
- б) 49,8%
- в) 75,8%
- г) 34,5%

48. Удельный вес граждан, имеющих низкий уровень медицинской активности и плохое здоровье, составляет:

- а) 75,8%
- б) 53,7%
- в) 49,8%
- г) 34,5%

49. Удельный вес граждан, имеющих высокий уровень медицинской активности и плохое здоровье, составляет:

- а) 5,3%
- б) 15,7%
- в) 13,7%
- г) 18,9%

50. Удельный вес граждан, имеющих низкий уровень медицинской активности и хорошее здоровье, составляет:

- а) 13,7%
- б) 15,7%
- в) 5,3%
- г) 18,9%

51. Удельный вес подростков, которые проводят за компьютером более 4 часов в день, составляет:

- а) 87,6%
- б) 69,1%
- в) 46,4%
- г) 28,9%

52. Удельный вес подростков, которые не соблюдают режим сна, составляет:

- а) 47,9%
- б) 28,9%
- в) 67,5%
- г) 78,4%

53. Удельный вес курящих подростков составляет:

- а) 44,7%
- б) 34,6%
- в) 67,5%
- г) 78,4%

54. Основной источник получения информации о правильном медицинском поведении по данным опроса – это:

- а) интернет
- б) друзья, родственники
- в) врачи различных специальностей
- г) научно-популярная литература

55. Удельный вес граждан, которые обращаются к врачу в случае заболевания, составляет:

- а) 82,2%
- б) 35,6%
- в) 67,5%
- г) 23,7%

56. Удельный вес граждан, которые в полном объеме выполняют рекомендации врача, составляет:

- а) 27,5%
- б) 35,6%
- в) 46,9%
- г) 67,5%

57. Чаще за медицинской помощью обращаются:

- а) женщины
- б) мужчины
- в) родители с детьми
- г) подростки

58. Удельный вес населения, занимающегося самолечением, составляет:

- а) 65%
- б) 75%
- в) 50%
- г) 35%

59. Группы здоровьесберегающих мероприятий – это:

- а) социальные, психологические, медицинские
- б) общественные, эмоциональные, лечебные
- в) коллективные, ментальные, профилактические
- г) народные, когнитивные, лекарственные

60. Пример санитарно-просветительной работы среди населения – это:

- а) школа для больных сахарным диабетом
- б) рекламные плакаты на улице
- в) пропаганда здорового образа жизни в социальных сетях
- г) пропаганда отказа от вредных привычек по телевидению

61. При курении происходит сокращение жизни на:

- а) 10 лет
- б) 5-7 лет
- в) 1 год
- г) 15-20 лет

62. Листок нетрудоспособности формируют:

- а) лечащий врач, фельдшер, зубной врач
- б) лечащий врач, заведующий отделением, главный врач
- в) лечащий врач, заведующий отделением, зам. главного врача по КЭР
- г) лечащий врач, медицинская сестра, зам. главного врача по лечебной работе

63. Формирование листка нетрудоспособности в форме электронного документа осуществляется при предъявлении:

- а) паспорта, СНИЛСа
- б) медицинского полиса
- в) свидетельства о рождении
- г) справки от врача

64. Формирование и продление листка нетрудоспособности осуществляется после:

- а) осмотра пациента и записи в медицинской карте данных о состоянии его здоровья, обосновывающих необходимость временного освобождения от работы
- б) осмотра пациента и записи в медицинской карте данных о состоянии его здоровья, обосновывающих необходимость временного освобождения от учебы

в) осмотра пациента и записи в медицинской карте данных о состоянии его здоровья, подтверждающих нарушение здоровья

г) осмотра и полного обследования пациента при выявлении у него какой-либо патологии

65. Формирование и продление листка нетрудоспособности за прошедшие дни:

а) не допускается

б) допускается при предъявлении дневника, который ведет пациент

в) допускается в любом случае

г) допускается в случае травмы

66. Закрытие листка нетрудоспособности осуществляется:

а) последней медицинской организацией, в которой пациент получал медицинскую помощь

б) только той медицинской организацией, которая открыла листок нетрудоспособности

в) медицинской организацией, расположенной ближе всего к месту регистрации пациента

г) медицинской организацией, расположенной ближе всего к месту фактического проживания пациента

67. Документы, подтверждающие временную нетрудоспособность по беременности и родам граждан в период их пребывания за границей, заменяются на листок нетрудоспособности по решению:

а) врачебной комиссии

б) лечащего врача

в) заведующего отделением

г) зам. главного врача по КЭР

68. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях листок нетрудоспособности выдается:

а) в день признания пациента нетрудоспособным

б) в день выписки из медицинской организации

в) в любой день по просьбе пациента

г) в любой день по решению врачебной комиссии

69. При оказании медицинской помощи в стационарных условиях листок нетрудоспособности выдается:

а) в день выписки из медицинской организации

б) в день признания пациента нетрудоспособным

в) в любой день по просьбе пациента

г) в любой день по решению врачебной комиссии

70. При продолжении срока временной нетрудоспособности пациента медицинской организацией, в которую он был направлен для оказания медицинской помощи, выдается:

а) листок нетрудоспособности, являющийся продлением ранее выданного листка нетрудоспособности

б) обязательно новый листок нетрудоспособности

в) листок нетрудоспособности, являющийся продлением ранее выданного листка нетрудоспособности, или новый листок нетрудоспособности по желанию пациента

г) дубликат листка нетрудоспособности взамен ранее сформированного листа нетрудоспособности

71. Лечащий врач единолично выдает листок нетрудоспособности сроком до:

- а) 15 календарных дней включительно
- б) 1 месяца
- в) 10 рабочих дней включительно
- г) 1 недели

72. При сроках временной нетрудоспособности, превышающих 15 календарных дней, листок нетрудоспособности выдается и продлевается по решению:

- а) врачебной комиссии
- б) лечащего врача
- в) заведующего отделением
- г) зам. главного врача по КЭР

73. Медицинская организация, направившая пациента по решению ВК в другую медицинскую организацию, выдает листок нетрудоспособности:

- а) с учетом числа дней необходимых для проезда к месту нахождения соответствующей медицинской организации, не более 10 дней
- б) на срок, больший на 1 день
- в) только на срок нетрудоспособности, без учета дней, необходимых для проезда к месту нахождения соответствующей медицинской организации
- г) на 15 календарных дней включительно

74. Листок нетрудоспособности выдается:

- а) работающим
- б) учащимся
- в) пенсионерам
- г) всем в случае заболевания

75. Справка о заболевании выдается:

- а) учащимся
- б) работающим
- в) пенсионерам
- г) всем в случае заболевания

76. В случае ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет листок нетрудоспособности выдается:

- а) на весь период лечения в амбулаторных и стационарных условиях
- б) на 15 календарных дней
- в) не более, чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания
- г) на 10 рабочих дней

77. Листок нетрудоспособности выдается на весь период лечения в случае:

- а) ухода за больным ребенком в возрасте до 15 лет
- б) ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет
- в) ухода за больным членом семьи
- г) ухода за больным мужем/женой

78. При заболевании двух детей одновременно формируется:

- а) один листок нетрудоспособности по уходу за ними
- б) два листка нетрудоспособности по уходу за ними
- в) справка по уходу за ними
- г) две справки по уходу за ними

79. В случае ухода за больным ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет листок нетрудоспособности выдается:

- а) на весь период лечения в амбулаторных и стационарных условиях
- б) на 15 календарных дней
- в) не более, чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания
- г) на 10 рабочих дней

80. В случае ухода за больным членом семьи листок нетрудоспособности выдается:

- а) не более, чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания
- б) на весь период лечения
- в) на 15 календарных дней
- г) на 10 рабочих дней

81. В случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет, являющимся ВИЧ-инфицированным листок нетрудоспособности выдается:

- а) на весь период лечения в амбулаторных и стационарных условиях
- б) на 15 календарных дней
- в) не более, чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания
- г) на 10 рабочих дней

82. В случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет при его болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, при злокачественном новообразовании листок нетрудоспособности выдается:

- а) на весь период лечения в амбулаторных и стационарных условиях
- б) на 15 календарных дней
- в) не более, чем на 7 календарных дней по каждому случаю заболевания
- г) на 10 рабочих дней

83. Если в случае ухода за двумя одновременно заболевшими детьми уход осуществляется разными лицами, листок нетрудоспособности выдается:

- а) каждому из лиц, осуществляющих уход
- б) только матери
- в) только отцу
- г) только матери или отцу

84. При заболевании второго ребенка в период болезни первого ребенка:

- а) сформированный листок нетрудоспособности по уходу за первым ребенком продлевается до выздоровления всех детей
- б) формируется второй листок нетрудоспособности параллельно с первым
- в) сформированный листок нетрудоспособности закрывается, формируется новый листок нетрудоспособности по уходу за двумя детьми

г) сформированный листок нетрудоспособности закрывается по выздоровлении первого ребенка, открывается новый листок нетрудоспособности до выздоровления второго ребенка

85. Листок нетрудоспособности по уходу не формируется:

- а) за больным членом семьи старше 15 лет при лечении в стационарных условиях
- б) за больным членом семьи старше 15 лет при лечении в амбулаторных условиях
- в) за больным ребенком в возрасте до 15 лет при лечении в стационарных условиях
- г) за больным ребенком в возрасте до 15 лет при лечении в амбулаторных условиях

86. Листок нетрудоспособности по уходу не формируется:

- а) за хроническими больными в период ремиссии
- б) за хроническими больными в период обострения
- в) за членом семьи старше 15 лет в амбулаторных условиях в период острого заболевания
- г) за членом семьи младше 15 лет в стационарных условиях в период острого заболевания

87. Листок нетрудоспособности по уходу формируется:

- а) при необходимости освобождения от работы
- б) в период ежегодного оплачиваемого отпуска или отпуска без сохранения заработной платы
- в) в период отпуска по беременности и родам
- г) при необходимости освобождения от учебы

88. В случае введения главными государственными санитарными врачами и их заместителями ограничительных мероприятий в организации, которую посещает ребенок или недееспособный член семьи, листок нетрудоспособности формируется:

- а) на весь период ограничительных мероприятий
- б) на 15 календарных дней включительно
- в) на 10 рабочих дней
- г) не более, чем на 7 календарных дней

89. Дубликат листка нетрудоспособности взамен ранее сформированного листка нетрудоспособности формируется по решению:

- а) врачебной комиссии
- б) лечащего врача
- в) заведующего отделением
- г) зам. главного врача по КЭР

90. Дубликат листка нетрудоспособности взамен ранее сформированного листка нетрудоспособности формируется в случае:

- а) наличия ошибок в листке нетрудоспособности или изменения причины временной нетрудоспособности
- б) официального запроса с места работы пациента
- в) официального запроса нотариальной конторы
- г) продления листка временной нетрудоспособности в другой медицинской организации

91. В случае формирования дубликата листка нетрудоспособности взамен ранее сформированного листка нетрудоспособности:

- а) ранее сформированный листок нетрудоспособности подлежит аннулированию
- б) ранее сформированный листок нетрудоспособности подлежит сдаче в архив

- в) ранее сформированный листок нетрудоспособности подлежит оплате
- г) ранее сформированный листок нетрудоспособности подлежит сохранению

92. В поле листка нетрудоспособности «Причина нетрудоспособности»:

- а) указывается соответствующий двузначный код
- б) указывается причина словами
- в) указывается причина словами с кодом
- г) заполняется работодателем

93. В поле листка нетрудоспособности «Родственная (семейная) связь»:

- а) указывается соответствующий двузначный код
- б) указывается родственная связь словами
- в) указывается родственная связь словами с кодом
- г) заполняется работодателем

94. В поле листка нетрудоспособности «Отметки о нарушении оказания медицинской помощи»:

- а) указывается соответствующий двузначный код
- б) указывается вид нарушения словами
- в) указывается вид нарушения словами с кодом
- г) заполняется работодателем

95. В поле листка нетрудоспособности «Дата»:

- а) указывается дата нарушения
- б) указывается соответствующий двузначный код
- в) указывается дата нарушения с кодом
- г) заполняется работодателем

96. При оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях продление листка нетрудоспособности осуществляется:

- а) со дня, следующего за днем осмотра гражданина врачом
- б) со дня осмотра гражданина врачом
- в) со дня, предшествующего дню осмотра гражданина врачом
- г) со дня, следующего за днем окончания предыдущего листка нетрудоспособности

97. Не допускается разрыв или пересечение периодов временной нетрудоспособности за исключением случаев формирования листка нетрудоспособности по коду:

- а) 10 – иное состояние
- б) 07 – профессиональное заболевание или его обострение
- в) 08 – долечивание в санатории
- г) 04 – несчастный случай на производстве или его последствия

98. При продлении листка нетрудоспособности медицинской организацией, в которую гражданин был направлен, формируется листок нетрудоспособности, являющийся:

- а) продолжением ранее сформированного листка нетрудоспособности
- б) дубликатом взамен ранее сформированного листка нетрудоспособности
- в) абсолютно новым сформированным листком нетрудоспособности
- г) ранее сформированным листком нетрудоспособности

99. Если гражданин после формирования или продления листка нетрудоспособности на прием не явился, а при очередном посещении признан нетрудоспособным, то:

- а) период неявки включается в общий период нетрудоспособности в рамках одного страхового случая, но не более 7 календарных дней
- б) период неявки включается в общий период нетрудоспособности в любом случае
- в) период неявки исключается из общего периода нетрудоспособности
- г) листок нетрудоспособности закрывается в связи с нарушением режима

100. В поле листка нетрудоспособности «Приступить к работе» в ячейках с:

- а) дата со следующего дня после осмотра и признания гражданина трудоспособным
- б) дата дня осмотра и признания гражданина трудоспособным
- в) дата плюс два дня после осмотра и признания гражданина трудоспособным
- г) дата со следующего дня после осмотра и признания гражданина нетрудоспособным

101. В поле листка нетрудоспособности «Иное»:

- а) указывается соответствующий двузначный код
- б) указывается исход заболевания словами
- в) указывается исход заболевания словами с кодом
- г) заполняется в особых случаях

102. Вслед за заполнением поля листка нетрудоспособности «Иное» вносится дата установления инвалидности для кодов:

- а) 32, 33, 34, 36
- б) 31, 32, 33, 35
- в) 32, 33, 34, 35
- г) 31, 34, 35, 37

103. При продлении листка нетрудоспособности:

- а) в ранее сформированном листке нетрудоспособности в поле «Иное» вносится код 31, в поле «Сформирован листок (продолжение) №» указывается номер сформированного в продолжение листка нетрудоспособности
- б) в сформированном в продолжение листке нетрудоспособности в поле «Иное» вносится код 31, в поле «Сформирован листок (продолжение) №» указывается номер ранее сформированного листка нетрудоспособности
- в) в ранее сформированном листке нетрудоспособности в поле «Иное» вносится код 31, в сформированном в продолжение листке нетрудоспособности в поле «Сформирован листок (продолжение) №» указывается номер ранее сформированного листка нетрудоспособности
- г) в сформированном в продолжение листке нетрудоспособности в поле «Иное» вносится код 31, в ранее сформированном листке нетрудоспособности в поле «Сформирован листок (продолжение) №» указывается номер сформированного в продолжение листка нетрудоспособности

104. Общественное здоровье – это:

- а) наука, изучающая закономерности ведущих показателей, характеризующих здоровье населения в целом или отдельных однородных групп населения, а также факторы, от которых зависит состояние здоровья общества

- б) система медицинских мероприятий, осуществляемых в медицинских учреждениях и направленных на охрану здоровья населения
- в) количество больничных дней, взятых сотрудниками за год
- г) показатель количества проданных в стране лекарственных препаратов

105. Здравоохранение – это:

- а) количество больничных дней, взятых сотрудниками за год
- б) система медицинских мероприятий, осуществляемых в медицинских учреждениях и направленных на охрану здоровья населения
- в) показатель количества проданных в стране лекарственных препаратов
- г) отсутствие хронических заболеваний в обществе

106. Задачи общественного здоровья и здравоохранения – это:

- а) разработка индивидуальных программ лечения для каждого пациента
- б) создание системы здравоохранения, ориентированной на экстренную помощь
- в) исследование состояния здоровья населения, определение влияния различных факторов образа жизни и окружающей среды на состояние здоровья
- г) организация развлекательных мероприятий в больницах для поднятия настроения пациентов

107. Группы показателей здоровья – это:

- а) характеристики населения, экономические показатели, исторические показатели, показатели физической незрелости
- б) статистические данные, культурные показатели, показатели иммунитета, показатели трудоспособности
- в) социальные показатели, экологические показатели, показатели медицинской помощи, показатели физической слабости
- г) демографические показатели, показатели заболеваемости, показатели инвалидности, показатели физического развития

108. Демография – это:

- а) наука о населении, о закономерностях воспроизводства населения, его общественно-исторической и социально-экономической обусловленности
- б) направление в психологии, изучающее индивидуальные особенности личности
- в) раздел физики, изучающий законы движения небесных тел
- г) дисциплина, изучающая законы экономики

109. Медицинская демография – это:

- а) направление в психологии, изучающее индивидуальные особенности личности
- б) наука, изучающая взаимосвязь демографических процессов воспроизводства населения с позиций медицины и здравоохранения
- в) раздел химии, изучающий химические реакции
- г) раздел физики, изучающий законы механики

110. Методы изучения демографических показателей – это:

- а) нумерологические, методические, статические
- б) астрологические, статистические, цифровые
- в) перепись населения, текущий учет демографических явлений, выборочные исследования

г) экстрасенсорные, динамические, суммарные

111. Требования к проведению переписи населения – это:

а) выборочная перепись населения, индивидуальная программа для каждого гражданина, при сборе информации присвоение кодового слова каждому гражданину, личный опрос счетчиками каждого взрослого у него на дому по месту прописки, доступность любой информации для СМИ, постепенное проведение переписи

б) селективное участие, дифференцированная программа для групп населения, при сборе информации присвоение порядкового номера каждому гражданину, личный опрос счетчиками каждого взрослого у него на рабочем месте, доступность любой информации для правоохранительных органов без запроса, последовательное проведение переписи

в) ограниченный охват населения, селективная программа для работающих и неработающих граждан, сбор обезличенных данных для соблюдения конфиденциальности, личный опрос счетчиками каждого взрослого на улице вне жилых помещений, доступность любой информации для судебных приставов без запроса, многоэтапность проведения переписи

г) охват всего населения, единая программа для всего населения, поименность при сборе информации, но при дальнейшей обработке данные обезличиваются, личный опрос счетчиками каждого взрослого у него на дому по месту фактического проживания, строгое соблюдение тайны, одномоментность проведения переписи

112. Статистическое изучение народонаселения ведется в двух основных направлениях:

а) статика и динамика населения

б) анализ экономических показателей, оценка экологии

в) качественная и количественная характеристика заболеваемости

г) совокупность всех случаев госпитализации и обращений в поликлиники в данном году

113. Статика населения – это:

а) совокупность всех территориальных перемещений населения

б) численный состав населения на определенный момент времени

в) переход людей из одной социальной группы в другую

г) изменение численности населения в результате взаимодействия естественных процессов

114. Динамика населения – это:

а) численный состав населения на определенный момент времени

б) распределение населения по полу

в) изучение движения населения, изменение его количества

г) распределение населения по возрасту

115. Различают следующие виды движения населения:

а) трансляция, коллективное, спонтанное

б) локомоция, общественное, самопроизвольное

в) трансформация, гражданское, автоматическое

г) механическое, социальное, естественное

116. Механическое движение населения – это:

а) совокупность всех территориальных перемещений населения

б) переход людей из одной социальной группы в другую

в) изменение численности населения в результате взаимодействия естественных процессов

г) поступательное движение вперед или назад

117. Миграция по времени подразделяется на:

- а) стабильную и перманентную
- б) постоянную и временную
- в) устойчивую и промежуточную
- г) непрерывную и эпизодическую

118. Временная миграция подразделяется на:

- а) циклическую и ритмичную
- б) периодическую и колебательную
- в) сезонную и маятниковую
- г) повторяющуюся и штатную

119. Постоянная миграция – это:

- а) переселение на длительный ограниченный срок
- б) переселение на короткий ограниченный срок
- в) переселение со сменой постоянного места работы
- г) переселение со сменой постоянного места жительства

120. Временная миграция – это:

- а) переселение на ограниченный срок
- б) переселение со сменой постоянного места жительства
- в) переселение со сменой постоянного места работы
- г) переселение со сменой профессии

121. Сезонная миграция – это:

- а) регулярные поездки к месту учебы за пределы своего населенного пункта
- б) переселение в определенные периоды года
- в) регулярные поездки к месту работы за пределы своего населенного пункта
- г) переселение со сменой постоянного места жительства

122. Маятниковая миграция – это:

- а) переселение в определенные периоды года
- б) переселение со сменой постоянного места жительства
- в) регулярные поездки к месту учебы или работы за пределы своего населенного пункта
- г) переселение со сменой постоянного места работы

123. Миграция по направлению подразделяется на:

- а) миграция вперед и миграция назад
- б) северную и южную
- в) западную и восточную
- г) внутреннюю и внешнюю

124. Внешняя миграция подразделяется на:

- а) эмиграцию и иммиграцию
- б) переезд и въезд
- в) переселение и вселение

г) выселение и поселение

125. Внутренняя миграция – это:

- а) территориальное переселение за пределы своей страны
- б) территориальное переселение внутри страны
- в) территориальное переселение, связанная с туристическими поездками
- г) территориальное переселение, обусловленное военными действиями

126. Внешняя миграция – это:

- а) территориальное переселение внутри страны
- б) территориальное переселение, связанная с туристическими поездками
- в) территориальное переселение за пределы своей страны
- г) территориальное переселение, обусловленное военными действиями

127. Эмиграция – это:

- а) въезд в данную страну
- б) транзитный проезд по данной стране
- в) территориальное переселение внутри страны
- г) выезд из данной страны

128. Иммиграция – это:

- а) въезд в данную страну
- б) выезд из данной страны
- в) транзитный проезд по данной стране
- г) территориальное переселение внутри страны

129. Социальное движение населения – это:

- а) совокупность всех территориальных перемещений населения
- б) переход людей из одной социальной группы в другую
- в) изменение численности населения в результате взаимодействия естественных процессов
- г) массовые протесты и митинги

130. Естественное движение населения – это:

- а) переход людей из одной социальной группы в другую
- б) совокупность всех территориальных перемещений населения
- в) изменение численности населения в результате взаимодействия естественных процессов (рождаемости и смертности)
- г) изменение численности населения в результате экономических кризисов

131. Ожидаемая продолжительность жизни – это:

- а) гипотетическое число лет, которое человек планирует прожить
- б) гипотетическое число лет, которое человек планирует посвятить работе
- в) гипотетическое число лет, которое человек может прожить при идеальных условиях
- г) гипотетическое число лет, которое предстоит прожить поколению одновременно родившихся при условии неизменности по возрасту коэффициентов смертности

132. Критерии объективной оценки показателя рождаемости – это:

- а) низкий (меньше 15), средний (15-25), высокий (больше 25)

- б) низкий (меньше 9), средний (9-15), высокий (больше 15)
- в) сравнение показателя в динамике за несколько лет
- г) сравнение с аналогичным показателем на других территориях

133. Критерии объективной оценки показателя смертности – это:

- а) низкий (меньше 15), средний (15-25), высокий (больше 25)
- б) низкий (меньше 9), средний (9-15), высокий (больше 15)
- в) сравнение показателя в динамике за несколько лет
- г) сравнение с аналогичным показателем на других территориях

134. Критерии субъективной оценки демографических показателей – это:

- а) низкий (меньше 15), средний (15-25), высокий (больше 25)
- б) низкий (меньше 9), средний (9-15), высокий (больше 15)
- в) сравнение показателя в динамике за несколько лет или с аналогичным показателем на других территориях
- г) оценка на основе стереотипов

135. Показатель рождаемости – это:

- а) число детей, родившихся живыми и мертвыми в определенном регионе в течение года, на 1000 населения
- б) число детей, умерших на первом году жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми за год
- в) число детей, умерших на первом году жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- г) число детей, родившихся живыми в определенном регионе в течение года, на 1000 населения

136. Показатель смертности – это:

- а) число умерших в определенном регионе в течение года на 1000 населения
- б) число умерших в определенном регионе в течение года на 1000 детей, родившихся живыми за год
- в) число умерших в определенном регионе в течение года на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- г) число детей, родившихся живыми в определенном регионе в течение года, на 1000 населения

137. Неонатальная смертность – это:

- а) число детей, умерших в первые 168 часов жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- б) число детей, умерших в первые 28 дней жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми за год
- в) число детей, умерших на первом году жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми за год
- г) число детей, умерших в перинатальном периоде за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год

138. Младенческая смертность – это:

- а) число детей, умерших на первом году жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- б) число детей, умерших на первом году жизни за год, в расчете на 1000 населения
- в) число детей, умерших на первом году жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми за год
- г) число детей, умерших на первом году жизни за год, в расчете на 1000 трудоспособного населения

139. Ранняя неонатальная смертность – это:

- а) число детей, умерших в первые 168 часов жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- б) число детей, умерших на первом году жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми за год
- в) число детей, умерших в первые 28 дней жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- г) число детей, умерших в первые 168 часов жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми за год

140. Перинатальная смертность – это:

- а) число детей, умерших в перинатальном периоде за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- б) число детей, родившихся мертвыми с 22 недели беременности за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- в) число детей, умерших в первые 168 часов жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми
- г) число детей, родившихся живыми и мертвыми с 22 недели беременности за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми за год

141. Мертворождаемость – это:

- а) число детей, умерших в перинатальном периоде за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- б) число детей, родившихся мертвыми с 22 недели беременности и умерших в родах за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- в) число детей, умерших на первом году жизни за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми за год
- г) число детей, родившихся живыми и мертвыми с 22 недели беременности за год, в расчете на 1000 детей, родившихся живыми за год

142. Материнская смертность – это:

- а) число женщин, умерших во время беременности, родов и 42 дней после родов за год, в расчете на 100 000 детей, родившихся живыми и мертвыми за год
- б) число женщин, умерших во время беременности, родов и 42 дней после родов за год, в расчете на 100 000 населения
- в) число женщин, умерших во время беременности, родов и 42 дней после родов за год, в расчете на 100 000 детей, родившихся живыми за год
- г) число женщин, умерших во время беременности, родов и 42 дней после родов за год, в расчете на 100 000 женского населения

143. Суть демографической политики – это:

- а) влияние на демографические показатели для увеличения рождаемости в определенном регионе
- б) влияние на демографические показатели для снижения смертности в определенном регионе
- в) влияние на демографические показатели для снижения рождаемости в определенном регионе
- г) влияние на показатели рождаемости и смертности для обеспечения достаточной численности населения в определенном регионе

144. Анализ заболеваемости населения используется для:

- а) планирования медицинской помощи, правильной расстановки кадров, составления плана профилактических мероприятий
- б) определения причин заболеваемости, уровня смертности, экономической выгоды
- в) определения эффективности лечения, количества заболевших, числа родившихся живыми
- г) определения эффективности диагностики, числа обращений в поликлинику, числа родившихся мертвыми

145. Виды заболеваемости по характеру течения заболевания – это:

- а) экзогенная, эндогенная
- б) острая, хроническая
- в) генная, хромосомная
- г) профессиональная, эпидемиологическая

146. Источники информации о заболеваемости – это:

- а) социальные сети, блоги
- б) художественные фильмы, книги
- в) учетно-отчетная медицинская документация
- г) новостные каналы телевидения

147. Методы изучения заболеваемости – это:

- а) опрос населения, экспертная оценка специалистов
- б) наблюдение за пациентами, статистический метод
- в) анализ медицинских записей, ведение дневника наблюдения за пациентами
- г) сплошной метод, выборочный метод

148. Характеристики заболеваемости – это:

- а) количественная, качественная, индивидуальная
- б) цифровая, предметная, персональная
- в) прямая, косвенная, обратная
- г) зависимая, независимая, влияющая

149. Количественная характеристика заболеваемости – это:

- а) структура заболеваемости
- б) уровень заболеваемости
- в) кратность и длительность заболевания
- г) субъективная оценка человеком своего состояния

150. Качественная характеристика заболеваемости – это:

- а) уровень заболеваемости
- б) кратность и длительность заболевания
- в) структура заболеваемости
- г) субъективная оценка человеком своего состояния

151. Индивидуальная характеристика заболеваемости – это:

- а) структура заболеваемости
- б) субъективная оценка человеком своего состояния
- в) уровень заболеваемости
- г) кратность и длительность заболевания

152. По этиологическому принципу в МКБ-10 классифицируются следующие классы болезней:

- а) I, XIX, XX
- б) II, IV
- в) III, V-XIV
- г) XV-XVIII

153. По патогенетическому принципу в МКБ-10 классифицируются следующие классы болезней:

- а) III, V-XIV
- б) II, IV
- в) XV-XVIII
- г) I, XIX, XX

154. По системному принципу в МКБ-10 классифицируются следующие классы болезней:

- а) II, IV
- б) I, XIX, XX
- в) III, V-XIV
- г) XV-XVIII

155. По принципу общность особых состояний в МКБ-10 классифицируются следующие классы болезней:

- а) I, XIX, XX
- б) III, V-XIV
- в) II, IV
- г) XV-XVIII

156. Первичная заболеваемость – это:

- а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных заболеваний у населения за определенный промежуток времени
- б) совокупность всех случаев госпитализации в данном году
- в) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых были обращения в данном году
- г) все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью

157. Общая заболеваемость – это:

- а) все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью
- б) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых были обращения в данном году
- в) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных заболеваний у населения за определенный промежуток времени
- г) совокупность всех случаев госпитализации в данном году

158. Наиболее высокий уровень заболеваемости у детей наблюдается в возрасте:

- а) 8-12 лет
- б) 13-15 лет
- в) 0-7 лет
- г) 16-18 лет

159. Наиболее низкий уровень заболеваемости у детей наблюдается в возрасте:

- а) 0-7 лет
- б) 15-16 лет
- в) 17-18 лет
- г) 8-14 лет

160. Более высокий уровень заболеваемости по сравнению с женщинами мужчины имеют в возрасте:

- а) 0-7 лет, старше 50 лет
- б) 7-50 лет
- в) 0-25 лет
- г) 30-50 лет

161. Более низкий уровень заболеваемости по сравнению с женщинами мужчины имеют в возрасте:

- а) 0-7 лет, старше 50 лет
- б) 7-50 лет
- в) 0-25 лет
- г) 30-50 лет

162. Показатель «Уровень заболеваемости» является:

- а) экстенсивным
- б) соотношения
- в) интенсивным
- г) наглядности

163. Структура заболеваемости характеризуется следующими показателями:

- а) интенсивными
- б) соотношения
- в) наглядности
- г) экстенсивными

164. На первом месте в структуре первичной заболеваемости в РФ находятся:

- а) болезни органов дыхания

- б) болезни системы кровообращения
- в) болезни пищеварительной системы
- г) болезни мочеполовой системы

165. На первом месте в структуре общей заболеваемости в РФ находятся:

- а) болезни органов дыхания
- б) болезни системы кровообращения
- в) болезни мочеполовой системы
- г) болезни пищеварительной системы

166. Особенности заболеваемости мужчин – это:

- а) уровень заболеваемости в целом выше, чем у женщин, структура первичной заболеваемости совпадает со структурой первичной заболеваемости для двух полов
- б) уровень заболеваемости в целом выше, чем у женщин, структура первичной заболеваемости отличается от структуры первичной заболеваемости для двух полов
- в) уровень заболеваемости в целом ниже, чем у женщин, структура первичной заболеваемости совпадает со структурой первичной заболеваемости для двух полов
- г) уровень заболеваемости в целом ниже, чем у женщин, структура первичной заболеваемости отличается от структуры первичной заболеваемости для двух полов

167. Особенности заболеваемости у женщин – это:

- а) уровень заболеваемости в целом выше, чем у мужчин, структура первичной заболеваемости совпадает со структурой первичной заболеваемости для двух полов
- б) уровень заболеваемости в целом ниже, чем у мужчин, структура первичной заболеваемости совпадает со структурой первичной заболеваемости для двух полов
- в) уровень заболеваемости в целом ниже, чем у мужчин, структура первичной заболеваемости отличается от структуры первичной заболеваемости для двух полов
- г) уровень заболеваемости в целом выше, чем у мужчин, структура первичной заболеваемости отличается от структуры первичной заболеваемости для двух полов

168. Виды заболеваемости по источнику информации о заболевании – это:

- а) по обращаемости, по данным медицинских осмотров, по причинам смерти
- б) по данным опроса соседей, по данным переписи населения, по данным личных дневников пациента
- в) по данным телевизионных рейтингов, по данным астрологических прогнозов, по информации из социальных сетей
- г) по данным страховых компаний, по результатам анонимных опросов на улице, по информации от экстрасенсов

169. Заболеваемость можно классифицировать по следующим признакам:

- а) по количеству цифр в номере медицинской карты пациента, по данным переписи населения, по возрасту заболевших
- б) по характеру течения заболевания, по источнику информации о заболевании, по обращаемости
- в) по количеству участковых терапевтов в поликлинике, по этиологии, по информации из социальных сетей
- г) по количеству врачей различных специальностей в поликлинике, по патогенезу, по времени года

170. Накопленная заболеваемость – это:

- а) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых были обращения в данном году
- б) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных заболеваний у населения за определенный промежуток времени
- в) все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью
- г) совокупность всех случаев госпитализации в данном году

171. Госпитализированная заболеваемость – это:

- а) все случаи первичных заболеваний, зарегистрированных в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью
- б) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые выявленных заболеваний у населения за определенный промежуток времени
- в) совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых были обращения в данном году
- г) совокупность всех случаев госпитализации в данном году

172. Виды медицинских осмотров – это:

- а) предварительные, периодические, целевые
- б) в поликлинике, на дому, в специализированных центрах
- в) в онлайн-формате без личного присутствия, в присутствии пациента, в присутствии специалистов всех специальностей
- г) только участковым терапевтом, специалистами поликлиники, выходного дня

173. Среднее число случаев временной утраты трудоспособности (ВУТ) по РФ равно:

- а) 30-50 случаев на 100 работающих
- б) 60-120 случаев на 100 работающих
- в) 600-1200 случаев на 100 работающих
- г) 300-500 случаев на 100 работающих

174. Среднее число дней временной утраты трудоспособности (ВУТ) по РФ равно:

- а) 30-50 дней на 100 работающих
- б) 60-120 дней на 100 работающих
- в) 600-1200 дней на 100 работающих
- г) 300-500 дней на 100 работающих

175. Критерии включения пациентов в группу длительно и часто болеющих – это:

- а) высокая кратность (более 6 раз в год) и длительность заболеваний в течение года (более 100 дней за один случай)
- б) нет критериев
- в) большое количество листов нетрудоспособности в течение года (более 5 за год)
- г) высокая кратность (более 4 раз в год) и длительность заболеваний в течение года (более 40 дней за один случай)

176. Предварительные медицинские осмотры проводятся:

- а) перед поступлением в учебные заведения или на работу

- б) среди работающих с профессиональными вредностями
- в) для выявления ранних форм социально-значимых заболеваний
- г) для выявления лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболевания

177. Периодические медицинские осмотры проводятся:

- а) перед поступлением в учебные заведения или на работу
- б) среди работающих с профессиональными вредностями
- в) для выявления ранних форм социально-значимых заболеваний
- г) для выявления лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболевания

178. Целевые медицинские осмотры проводятся:

- а) среди работающих с профессиональными вредностями
- б) перед поступлением в учебные заведения или на работу
- в) для выявления ранних форм социально-значимых заболеваний
- г) для выявления лиц с подозрением на заболевание или с начальными признаками заболевания

179. Основная цель скрининга – это:

- а) мониторинг эффективности лечения
- б) выявление наследственных предрасположенностей
- в) постановка точного диагноза
- г) проведение первичного отбора пациентов, требующих углубленного обследования и консультаций узких специалистов

180. Кратность заболевания – это:

- а) число случаев заболеваний одного больного в течение года
- б) число случаев заболеваний одного больного в течение жизни
- в) число случаев заболеваний пациентов на одном участке в течение года
- г) число случаев заболеваний пациентов в поликлинике в течение года

181. Длительность заболевания – это:

- а) продолжительность каждого случая заболевания в течение года
- б) среднее число дней продолжительности болезни, полученное делением суммы дней течения болезни у одного пациента на количество случаев данного заболевания в течение года
- в) продолжительность всех случаев заболевания одного пациента в течение года
- г) среднее число дней продолжительности болезни, полученное делением суммы дней течения болезни у пациентов на одном участке на количество случаев данного заболевания в течение года

182. Заболевание – это:

- а) временное недомогание, нормализующееся с применением лечения или без него
- б) особенности состояния организма человека, связанное с психо-эмоциональными изменениями
- в) объективное или субъективное отклонение от нормального физиологического состояния организма человека
- г) результат неправильного питания, характеризующийся физико-химическими изменениями в организме человека

183. Выборочный метод изучения заболеваемости:

- а) основан на сводке отчетных данных текущего учета по всем лечебным учреждениям
- б) изучает заболеваемость только на основе медицинской документации
- в) основан на сводке отчетных данных текущего учета в одном лечебном учреждении
- г) изучает заболеваемость среди отдельных групп населения

184. Разделы медицинской статистики – это:

- а) статистика здоровья, статистика здравоохранения
- б) биологические ритмы, социальное поведение
- в) психологические тесты, физические упражнения
- г) математические действия, литературный анализ

185. Статистическая совокупность – это:

- а) совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение изучаемого явления во времени
- б) группа однородных элементов, взятых в единстве времени и пространства
- в) ряд вариантов одного и того же признака, расположенных в определенном порядке (по возрастанию или убыванию) с соответствующими им частотами
- г) ряд вариантов, который имеет в своем составе варианты, объединенные в пределах определенного интервала, и частоты, соответствующие интервалам

186. Статистика здоровья изучает:

- а) данные о медицинских и санитарных учреждениях
- б) эффективность различных медико-организационных и социально-экономических мероприятий по диагностике и лечению заболеваний
- в) здоровье общества в целом и отдельных однородных групп населения
- г) мероприятия по профилактике заболеваний и воспитанию здорового поколения

187. Статистика здравоохранения изучает:

- а) здоровье общества в целом и отдельных однородных групп населения
- б) зависимость здоровья от различных факторов, в том числе социальных, психологических, биологических, природно-климатических, медико-организационных
- в) показатели температуры и влажности в медицинских учреждениях и их влияние на процесс ожидания приема к врачу
- г) эффективность различных медико-организационных и социально-экономических мероприятий по диагностике и лечению заболеваний, реабилитации больных, профилактике и воспитанию здорового поколения

188. Единица наблюдения – это:

- а) первичный элемент статистической совокупности, который является носителем признаков, подлежащих изучению и регистрации
- б) группа однородных элементов, взятых в единстве времени и пространства
- в) группа однородных элементов, взятых в единстве времени
- г) группа однородных элементов, взятых в единстве пространства

189. Свойства статистической совокупности – это:

- а) случайный выбор, гетерогенность, статистическая значимость, вариабельность, статистический анализ
- б) распределение признака, средний уровень признака, разнообразие признака, достоверность признака, взаимосвязь между признаками
- в) независимый выбор, однородность, смещение влево или вправо, статистические выводы, составление таблиц
- г) математическая закономерность, размер выборки, группировка данных, математический анализ, построение графиков

190. Распределение признака характеризует:

- а) количественный состав статистической совокупности
- б) наибольшую частоту встречаемости признака
- в) качественный состав статистической совокупности
- г) разнообразие признака

191. Типы распределения признаков – это:

- а) равномерное, экспоненциальное, логнормальное, геометрическое, биномальное
- б) нормальное, пуассоновское, гипергеометрическое, гипоггеометрическое, мультимодальное
- в) гауссовское, распределение Стьюдента, аномальное, неравномерное, гиперэргическое
- г) альтернативное, симметричное, левостороннее, правостороннее, бимодальное

192. Альтернативное распределение признака – это:

- а) распределение, когда признак имеет только два значения (наличие или отсутствие признака)
- б) распределение, которое приводит к противоположным результатам
- в) распределение, которое приводит к одинаковым результатам
- г) распределение, которое невозможно изменить после его осуществления

193. Примером альтернативного распределения признака является:

- а) распределение по возрасту
- б) распределение по состоянию в официальном браке
- в) распределение по количеству детей в семье
- г) распределение по росту

194. Симметричное распределение признака – это:

- а) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, находящегося ближе к максимальному значению признака
- б) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, находящегося ближе к минимальному значению признака
- в) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, равноудаленного от минимального и максимального значений признака
- г) распределение, когда наблюдается два пика увеличения частоты встречаемости признака

195. Левостороннее распределение признака – это:

- а) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, находящегося ближе к минимальному значению признака
- б) распределение, когда наблюдается два пика увеличения частоты встречаемости признака
- в) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, равноудаленного от минимального и максимального значений признака

г) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, находящегося ближе к максимальному значению признака

196. Правостороннее распределение признака – это:

а) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, находящегося ближе к минимальному значению признака

б) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, находящегося ближе к максимальному значению признака

в) распределение, когда наблюдается два пика увеличения частоты встречаемости признака

г) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, равноудаленного от минимального и максимального значений признака

197. Бимодальное распределение признака – это:

а) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, находящегося ближе к максимальному значению признака

б) распределение, когда наблюдается два пика увеличения частоты встречаемости признака

в) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, находящегося ближе к минимальному значению признака

г) распределение, когда наибольшая частота встречаемости характерна для значения, равноудаленного от минимального и максимального значений признака

198. Примером симметричного распределения признака является:

а) распределение людей по количеству постоянных зубов в возрасте 20 лет

б) распределение людей по количеству постоянных зубов в возрасте 80 лет

в) распределение девочек одного возраста по росту

г) распределение детей одного возраста (мальчиков и девочек) по весу

199. Примером левостороннего распределения признака является:

а) распределение девочек одного возраста по росту

б) распределение людей по количеству постоянных зубов в возрасте 80 лет

в) распределение детей одного возраста (мальчиков и девочек) по весу

г) распределение людей по количеству постоянных зубов в возрасте 20 лет

200. Примером правостороннего распределения признака является:

а) распределение людей по количеству постоянных зубов в возрасте 80 лет

б) распределение людей по количеству постоянных зубов в возрасте 20 лет

в) распределение девочек одного возраста по росту

г) распределение детей одного возраста (мальчиков и девочек) по весу

201. Примером бимодального распределения признака является:

а) распределение девочек одного возраста по росту

б) распределение детей одного возраста (мальчиков и девочек) по весу

в) распределение людей по количеству постоянных зубов в возрасте 20 лет

г) распределение людей по количеству постоянных зубов в возрасте 80 лет

202. Статистические величины, которые используются для характеристики распределения признака – это:

а) стандартное отклонение и коэффициент вариации

- б) квартили и децили
- в) абсолютные и относительные величины
- г) мода и медиана

203. Абсолютные величины отражают:

- а) качественный состав статистической совокупности
- б) количественный состав статистической совокупности
- в) количественный и качественный состав статистической совокупности
- г) общую характеристику явления, свидетельствуют об абсолютных размерах явления

204. Относительные величины отражают:

- а) качественный состав статистической совокупности
- б) количественный состав статистической совокупности
- в) количественный и качественный состав статистической совокупности
- г) общую характеристику явления, свидетельствуют об абсолютных размерах явления

205. Виды относительных величин – это:

- а) показатели сравнения, показатели координации, показатели эффективности, показатели экономики здравоохранения
- б) экстенсивные показатели, интенсивные показатели, показатели соотношения, показатели динамического ряда
- в) показатели интенсивности, показатели поступления, показатели выбытия, показатели текущего состояния
- г) показатели взрослого населения, показатели детского населения, общие показатели, групповые показатели

206. Примером экстенсивного показателя является:

- а) уровень общей заболеваемости
- б) обеспеченность врачами-пульмонологами
- в) удельный вес болезней органов дыхания
- г) уровень первичной заболеваемости болезнями органов дыхания

207. Примером интенсивного показателя является:

- а) удельный вес болезней сердечно-сосудистой системы
- б) обеспеченность врачами-кардиологами
- в) доля болезней сердечно-сосудистой системы
- г) уровень первичной заболеваемости болезнями сердечно-сосудистой системы

208. Примером показателя соотношения является:

- а) обеспеченность врачами-гастроэнтерологами
- б) удельный вес болезней органов пищеварения
- в) уровень первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения
- г) доля болезней органов пищеварения

209. Динамический ряд – это:

- а) группа однородных элементов, взятых в единстве времени и пространства
- б) совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение изучаемого явления во времени

в) ряд вариант одного и того же признака, расположенных в определенном порядке (по возрастанию или убыванию) с соответствующими им частотами

г) ряд вариант, который имеет в своем составе варианты, объединенные в пределах определенного интервала, и частоты, соответствующие интервалам

210. Второе свойство статистической совокупности – это:

а) показывает взаимосвязь между признаками

б) определяет качественную характеристику статистической совокупности

в) определяет количественную характеристику статистической совокупности

г) показывает разнообразие признака

211. Вариационный ряд – это:

а) совокупность однородных статистических величин, показывающих изменение какого-либо явления (признака) во времени

б) набор случайных чисел, не связанных между собой

в) последовательность чисел, полученных при делении суммы всех значений на их количество

г) ряд вариант одного и того же признака, расположенных в определенном порядке (по возрастанию или убыванию) с соответствующими им частотами

212. Статистические характеристики вариационного ряда – это:

а) мода, медиана, средняя арифметическая простая, средняя арифметическая взвешенная

б) медиум, стандартное отклонение, средняя геометрическая простая, средняя геометрическая взвешенная

в) среднее квадратическое отклонение, дисперсия, средняя арифметическая сложная, средняя геометрическая

г) модальный размах, депрессия, среднее гармоническое, среднее кубическое простое

213. Мода – это:

а) средняя величина, соответствующая варианту, которая делит вариационный ряд пополам

б) средняя величина, которая соответствует варианту, встречающейся с наибольшей частотой

в) средняя величина, получаемая путем деления суммы всех вариантов на их количество

г) средняя величина, получаемая путем деления суммы произведений вариантов и их частот на количество вариантов

214. Медиана – это:

а) средняя величина, которая соответствует варианту, встречающейся с наибольшей частотой

б) средняя величина, получаемая путем деления суммы всех вариантов на их количество

в) средняя величина, соответствующая варианту, которая делит вариационный ряд пополам

г) средняя величина, получаемая путем деления суммы произведений вариантов и их частот на количество вариантов

215. Средняя арифметическая простая – это:

а) средняя величина, соответствующая варианту, которая делит вариационный ряд пополам

б) средняя величина, которая соответствует варианту, встречающейся с наибольшей частотой

в) средняя величина, получаемая путем деления суммы произведений вариантов и их частот на количество вариантов

г) средняя величина, получаемая путем деления суммы всех вариантов на их количество

216. Средняя арифметическая взвешенная – это:

- а) средняя величина, получаемая путем деления суммы произведений вариант и их частот на количество вариант
- б) средняя величина, соответствующая варианту, которая делит вариационный ряд пополам
- в) средняя величина, которая соответствует варианту, встречающейся с наибольшей частотой
- г) средняя величина, получаемая путем деления суммы всех вариант на их количество

217. Варианта – это:

- а) единица измерения времени
- б) каждое из числовых измерений изучаемого признака
- в) термин из области физики, обозначающий вид энергии
- г) совокупность значений признака, расположенных по возрастанию

218. Частота встречаемости признака – это:

- а) время, за которое проявляется признак
- б) сумма всех значений признака
- в) числа, показывающие, как часто встречаются одни и те же варианты
- г) среднее арифметическое всех значений признака

219. Средняя величина, которая является обобщенной величиной, так как учитывает все значения вариант в вариационном ряду – это:

- а) мода
- б) медиана
- в) все перечисленные средние величины
- г) средняя арифметическая

220. Сумма частот вариант равна:

- а) общему числу наблюдений
- б) 100%
- в) 50%
- г) сумме вариант

221. Третье свойство статистической совокупности проявляется в том, что:

- а) её элементы всегда можно однозначно идентифицировать по одному признаку
- б) в однородных статистических совокупностях распределение вариант изучаемых количественных признаков может быть различным
- в) она не обладает изменчивостью своих характеристик
- г) все её характеристики можно определить только теоретически

222. Статистическими критериями, характеризующими разнообразие признака, являются:

- а) мода, медиана, средняя арифметическая простая, средняя арифметическая взвешенная
- б) минимальная варианта, максимальная варианта, средний уровень, частота встречаемости
- в) лимит, амплитуда, среднее квадратическое отклонение, коэффициент вариации
- г) минимальная варианта группы, максимальная варианта группы, центральная варианта группы, интервал

223. Чем больше величина среднего квадратического отклонения, тем:

- а) менее разнообразен вариационный ряд

- б) чаще встречается варианта, равная медиане
- в) реже встречается варианта, равная медиане
- г) более разнообразен вариационный ряд

224. Выборочная совокупность является репрезентативной, если:

- а) выявленные в ней закономерности являются достоверными, и их можно перенести на генеральную совокупность
- б) выявленные в ней закономерности являются недостоверными, и их нельзя перенести на генеральную совокупность
- в) выявленные в ней закономерности являются достоверными, и их нельзя перенести на генеральную совокупность
- г) выявленные в ней закономерности являются недостоверными, и их можно перенести на генеральную совокупность

225. Четвертое свойство характеризует:

- а) распределение признака
- б) достоверность признака
- в) средний уровень признака
- г) разнообразие признака

226. Статистические критерии, характеризующие достоверность признака – это:

- а) лимит, амплитуда, среднее квадратическое отклонение, коэффициент вариации
- б) мода, медиана, средняя арифметическая простая и взвешенная
- в) ошибка, доверительные границы, достоверность различий средних или относительных величин по критерию t
- г) минимальная варианта, максимальная варианта, частота встречаемости вариант

227. Доверительные границы – это:

- а) крайние значения в вариационном ряду
- б) разность между максимальной и минимальной вариантами
- в) крайние значения в динамическом ряду
- г) границы средней или относительной величины, выход за пределы которых вследствие случайных колебаний имеет незначительную вероятность

228. Доверительный коэффициент – это:

- а) коэффициент, величина которого зависит от доверительной вероятности получения результата
- б) коэффициент, характеризующий уровень освещенности в помещении, необходимый для чтения
- в) статистический показатель, отражающий средний возраст населения
- г) индекс, показывающий уровень загрязнения воздуха в окружающей среде

229. При малом числе наблюдений доверительный коэффициент:

- а) является постоянной величиной и при доверительной вероятности $P=95\%$ равен 2
- б) определяется по таблице Стьюдента
- в) является постоянной величиной и при доверительной вероятности $P=99\%$ равен 3
- г) можно изменить в зависимости от цели исследования

230. При большом числе наблюдений доверительный коэффициент:

- а) определяется по таблице Стюдента
- б) можно изменить в зависимости от цели исследования
- в) является постоянной величиной и при доверительной вероятности $P=95\%$ равен 2
- г) вычисляют по способу моментов

231. Если доверительный коэффициент меньше 2, различия между средними или относительными величинами:

- а) достоверные с доверительной вероятностью 95%
- б) сомнительные
- в) значимые
- г) недостоверные

232. Если доверительный коэффициент больше 2, различия между средними или относительными величинами:

- а) достоверные с доверительной вероятностью 95 %
- б) достоверные с доверительной вероятностью 99 %
- в) недостоверные
- г) сомнительные

233. Если доверительный коэффициент больше 3, различия между средними или относительными величинами:

- а) достоверные с доверительной вероятностью 95%
- б) достоверные с доверительной вероятностью 99%
- в) недостоверные
- г) сомнительные

234. Вероятность безошибочного прогноза зависит от доверительного коэффициента следующим образом:

- а) чем больше доверительный коэффициент, тем меньше вероятность безошибочного прогноза
- б) чем меньше доверительный коэффициент, тем больше вероятность безошибочного прогноза
- в) чем больше доверительный коэффициент, тем больше вероятность безошибочного прогноза
- г) не зависит

235. Различия между сравниваемыми средними или относительными величинами считаются недостоверными, если:

- а) доверительный коэффициент больше 2
- б) доверительный коэффициент больше 3
- в) доверительный коэффициент является отрицательным числом
- г) доверительный коэффициент меньше 2

236. Ошибка средней величины зависит от разнообразия признака следующим образом:

- а) чем больше разнообразие признака, тем больше ошибка средней величины
- б) чем больше разнообразие признака, тем меньше ошибка средней величины
- в) чем меньше разнообразие признака, тем больше ошибка средней величины
- г) не зависит

237. Ошибка относительной величины зависит от объема наблюдений следующим образом:

- а) чем больше объем наблюдений, тем больше ошибка относительной величины
- б) чем больше объем наблюдений, тем меньше ошибка относительной величины
- в) чем меньше объем наблюдений, тем меньше ошибка относительной величины
- г) не зависит

238. Пятое свойство статистической совокупности характеризует:

- а) распределение признака
- б) средний уровень признака
- в) взаимосвязь признаков
- г) разнообразие признака

239. Различают следующие виды взаимосвязи между признаками:

- а) математическая, биологическая
- б) химическая, биохимическая
- в) физиологическая, анатомическая
- г) функциональная, корреляционная

240. Функциональная связь характеризуется тем, что:

- а) каждому значению одного признака соответствует строго определенное значение другого признака
- б) каждому значению одного признака соответствует несколько значений другого признака
- в) каждому значению одного признака соответствует случайное значение другого признака
- г) каждому значению одного признака не может соответствовать какое-либо значение другого признака

241. Корреляционная связь характеризуется тем, что:

- а) каждому значению одного признака соответствует строго определенное значение другого признака
- б) каждому значению одного признака соответствует несколько значений другого признака
- в) каждому значению одного признака соответствует случайное значение другого признака
- г) каждому значению одного признака не может соответствовать какое-либо значение другого признака

242. Коэффициент корреляции – это:

- а) коэффициент, величина которого зависит от доверительной вероятности получения результата
- б) средняя величина, получаемая путем деления суммы всех вариантов на их количество
- в) статистический критерий корреляционной взаимосвязи между признаками, который позволяет оценить направление, силу и достоверность взаимосвязи между изучаемыми признаками
- г) процентное соотношение элементов с различными признаками

243. По направлению корреляционная связь может быть:

- а) позитивной и негативной
- б) положительной и отрицательной
- в) линейной и косвенной
- г) прямой и обратной

244. По силе корреляционная связь может быть:

- а) слабой, средней и сильной
- б) низкой, посредственной и высокой
- в) убывающей, стабильной и возрастающей
- г) редкой, непосредственной и частой

245. По достоверности корреляционная связь может быть:

- а) надежной и искаженной
- б) достоверной и недостоверной
- в) адекватной и ошибочной
- г) истинной и ложной

246. Функциональная связь наблюдается между следующими признаками:

- а) рост и вес человека
- б) систолическое артериальное давление и диастолическое артериальное давление
- в) сторона треугольника и площадь треугольника
- г) температура тела и частота пульса

247. Корреляционная связь наблюдается между следующими признаками:

- а) сторона треугольника и площадь треугольника
- б) радиус окружности и длина окружности
- в) скорость движения и пройденное расстояние
- г) температура тела и частота пульса

248. Статистические таблицы используют для:

- а) наглядного представления статистических величин
- б) украшения клинико-статистического исследования
- в) шифрования информации
- г) создания графиков и диаграмм

249. Вариационная группировка – это:

- а) группировка атрибутивных, описательных признаков, которые отражают качественные характеристики изучаемых признаков
- б) группировка количественных признаков, имеющих числовое выражение
- в) группировка, при которой ряды строятся из единиц наблюдения
- г) группировка, при которой производится перегруппировка уже сгруппированного материала

250. Типологическая группировка – это:

- а) группировка количественных признаков, имеющих числовое выражение
- б) группировка, при которой ряды строятся из единиц наблюдения
- в) группировка атрибутивных, описательных признаков, которые отражают качественные характеристики изучаемых признаков
- г) группировка, при которой производится перегруппировка уже сгруппированного материала

251. Первичная группировка – это:

- а) группировка, при которой производится перегруппировка уже сгруппированного материала
- б) группировка атрибутивных, описательных признаков, которые отражают качественные характеристики изучаемых признаков

- в) группировка количественных признаков, имеющих числовое выражение
- г) группировка, при которой ряды строятся из единиц наблюдения

252. Вторичная группировка – это:

- а) группировка, при которой производится перегруппировка уже сгруппированного материала
- б) группировка, при которой ряды строятся из единиц наблюдения
- в) группировка атрибутивных, описательных признаков, которые отражают качественные характеристики изучаемых признаков
- г) группировка количественных признаков, имеющих числовое выражение

253. Таблица – это:

- а) способ хранения данных в виде диаграмм
- б) система строк и столбцов, в которых в определенной последовательности и связи излагается статистическая информация
- в) инструмент для создания рисунков
- г) способ представления данных в виде последовательных чисел

254. Статистическое подлежащее – это:

- а) содержит признаки, характеризующие статистическое сказуемое, располагается по горизонтали таблицы
- б) название таблицы, располагается сверху таблицы
- в) основной признак изучаемого явления, располагается по вертикали таблицы
- г) суммарная строка, располагается внизу таблицы

255. Статистическое сказуемое – это:

- а) основной признак изучаемого явления, располагается по вертикали таблицы
- б) название таблицы, располагается сверху таблицы
- в) суммарная строка, располагается внизу таблицы
- г) содержит признаки, характеризующие статистическое подлежащее, располагается по горизонтали таблицы

256. Виды таблиц – это:

- а) простая, групповая, комбинационная
- б) числовая, текстовая, смешанная
- в) одноуровневая, многоуровневая, перекрестная
- г) истинная, сравнительная, сопряженная

257. Простая таблица – это:

- а) таблица, которая имеет одно статистическое подлежащее и несколько статистических сказуемых, не связанных между собой
- б) таблица, которая имеет одно статистическое подлежащее, то есть отражает итоговую сводку по одному признаку
- в) таблица, которая имеет одно статистическое подлежащее и несколько статистических сказуемых, связанных между собой
- г) таблица, которая содержит только числовую информацию

258. Групповая таблица – это:

- а) таблица, которая имеет одно статистическое подлежащее, то есть отражает итоговую сводку по одному признаку
- б) таблица, которая имеет одно статистическое подлежащее и несколько статистических сказуемых, связанных между собой
- в) таблица, которая имеет одно статистическое подлежащее и несколько статистических сказуемых, не связанных между собой
- г) таблица, которая содержит только текстовую информацию

259. Комбинационная таблица – это:

- а) таблица, которая имеет одно статистическое подлежащее и несколько статистических сказуемых, не связанных между собой
- б) таблица, которая имеет одно статистическое подлежащее, то есть отражает итоговую сводку по одному признаку
- в) таблица, которая содержит смешанную информацию
- г) таблица, которая имеет одно статистическое подлежащее и несколько статистических сказуемых, связанных между собой

260. К правилам составления таблиц относится:

- а) краткое и четкое название, единая последовательная нумерация, итоговые графы по вертикали и горизонтали
- б) заглавие таблицы должно быть написано жирным шрифтом, данные в таблице должны быть упорядочены по алфавиту, ячейки должны быть выровнены по правому краю
- в) название столбцов должно быть написано жирным шрифтом, данные в таблице должны быть упорядочены по убыванию, ячейки должны быть выровнены по левому краю
- г) название строк должно быть написано жирным шрифтом, данные в таблице должны быть упорядочены по возрастанию, ячейки должны быть выровнены посередине

261. Число статистических подлежащих в простой таблице равно:

- а) 2
- б) 1
- в) 3
- г) 0

262. Число статистических подлежащих в групповой таблице равно:

- а) 2
- б) 3
- в) 1
- г) 0

263. Число статистических подлежащих в комбинационной таблице равно:

- а) 2
- б) 3
- в) 0
- г) 1

264. Число статистических сказуемых в простой таблице равно:

- а) 0
- б) 1

- в) 2
- г) 3

265. Число статистических сказуемых в групповой таблице равно:

- а) 0
- б) 3
- в) 1
- г) 5

266. Число статистических сказуемых в комбинационной таблице равно:

- а) 0
- б) 1
- в) 3
- г) 5

267. К правилам написания названия таблицы относится:

- а) название таблицы должно быть распространенным, должно располагаться под таблицей, в конце названия ставится точка
- б) название таблицы должно быть подробным, должно располагаться в нижней строке таблицы, в конце названия ставится точка с запятой
- в) название таблицы должно быть развернутым, должно располагаться в верхней строке таблицы, в конце названия ставится двоеточие
- г) название таблицы должно быть кратким, четким, должно располагаться над таблицей, в конце названия точка не ставится

268. К правилам нумерации таблиц в статистическом исследовании относится:

- а) единая последовательная нумерация
- б) нумерация в каждой главе начинается сначала
- в) нумерация таблиц не требуется
- г) нумерация таблиц зависит от решения исследователя

269. График – это:

- а) план работы во время статистического исследования
- б) условные изображения числовых величин в виде различных геометрических образов
- в) схема распределения полученных результатов
- г) расписание мероприятий, необходимых для проведения статистического исследования

270. Каждый график состоит из:

- а) последовательно расположенных числовых значений с пояснениями
- б) графических стандартов и колебаний вариант
- в) графического образа и вспомогательных элементов
- г) числового значения и вербальной формулировки

271. Графический образ – это:

- а) таблица, необходимая для создания графика
- б) воображаемое изображение статистических величин
- в) рисунок, вставленный в текст

г) совокупность точек, линий и фигур, с помощью которых изображаются статистические данные

272. К вспомогательным элементам графика относятся:

- а) название, условные обозначения, оси координат, шкалы, числовые сетки и числовые данные, дополняющие или уточняющие изображаемые показатели
- б) рамка, пояснения в тексте, таблица
- в) конструктор и макет построения диаграммы
- г) конструктор и макет по работе с таблицами

273. К правилам написания названия графика относится:

- а) название графика должно быть распространенным, должно располагаться над графиком, в конце названия ставится точка
- б) название графика должно быть кратким, четким, должно располагаться под графиком, в конце названия точка не ставится
- в) название графика должно быть подробным, должно располагаться справа от графика, в конце названия ставится точка с запятой
- г) название графика должно быть развернутым, должно располагаться слева от графика, в конце названия ставится двоеточие

274. Виды графиков по типу построения:

- а) линейные, столбиковые, секторные
- б) точечные, плоскостные, объемные
- в) диаграмма, картограмма, картодиаграмма
- г) полосовые, квадратные, круговые

275. Виды графиков по характеру графического образа:

- а) диаграмма, картограмма, картодиаграмма, гистограмма
- б) полосовые, столбиковые, внутрестолбиковые, секторные
- в) квадратные, круговые, кубические, конусовидные
- г) точечные, линейные, плоскостные, объемные

276. Виды графиков по содержанию:

- а) структура явления, динамика явления
- б) линейные, столбиковые
- в) внутрестолбиковые, секторные
- г) точечные, радиальные

277. Линейная диаграмма используется для отображения:

- а) однородных, но не связанных между собой интенсивных показателей
- б) динамики явления
- в) структуры явления
- г) статики явления

278. Столбиковая диаграмма используется для отображения:

- а) структуры явления
- б) экстенсивных показателей
- в) однородных, но не связанных между собой интенсивных показателей

г) составляющих частей явления

279. Секторная диаграмма используется для отображения:

- а) динамики явления
- б) однородных, но не связанных между собой интенсивных показателей
- в) изменения показателя за определенный период времени
- г) структуры явления

280. Внутрестолбиковая диаграмма используется для отображения:

- а) структуры явления
- б) однородных, но не связанных между собой интенсивных показателей
- в) изменения показателя за определенный период времени
- г) динамики явления

281. Для отображения динамики явления можно использовать:

- а) линейную и секторную диаграмму
- б) линейную и столбиковую диаграмму
- в) секторную и внутрестолбиковую диаграмму
- г) столбиковую и внутрестолбиковую диаграмму

282. Для отображения структуры явления можно использовать:

- а) линейную и столбиковую диаграмму
- б) линейную и секторную диаграмму
- в) секторную и внутрестолбиковую диаграмму
- г) столбиковую и внутрестолбиковую диаграмму

283. Для отображения однородных, но не связанных между собой интенсивных показателей можно использовать:

- а) линейную диаграмму
- б) секторную диаграмму
- в) внутрестолбиковую диаграмму
- г) столбиковую диаграмму

284. Внутрестолбиковую диаграмму используют, как правило, в тех случаях, когда число экстенсивных показателей превышает:

- а) 5-6
- б) 3-4
- в) 2-3
- г) 4-5

285. При построении линейной диаграммы:

- а) минимальный показатель принимают за 100%, остальные показатели рассчитывают по пропорции
- б) используют прямоугольную систему координат, по оси X откладывают промежутки времени, по оси Y – статистические величины
- в) максимальный показатель принимают за 100%, остальные показатели рассчитывают по пропорции

г) используют прямоугольную систему координат, на оси X обозначают различные регионы, на оси Y – статистические величины

286. При построении столбиковой диаграммы:

а) минимальный показатель принимают за 100%, остальные показатели рассчитывают по пропорции

б) максимальный показатель принимают за 100%, остальные показатели рассчитывают по пропорции

в) используют прямоугольную систему координат, на оси X обозначают различные регионы, на оси Y – статистические величины

г) сумму всех показателей принимают за 100%, остальные показатели рассчитывают по пропорции

287. При построении секторной диаграммы:

а) размер сектора может быть произвольным

б) используют прямоугольную систему координат

в) максимальное значение экстенсивного показателя принимают за 100%

г) размер сектора должен соответствовать величине экстенсивного показателя

288. Виды статистических исследований – это:

а) социально-гигиеническое и клинико-социальное

б) одномоментное и последовательное

в) простое и сложное

г) теоретическое и практическое

289. Социально-гигиеническое исследование – это:

а) исследование, которое изучает особенности состояния здоровья групп населения, имеющих какие-либо хронические заболевания

б) исследование, которое изучает особенности состояния здоровья различных групп населения или деятельности медицинских учреждений

в) исследование, которое изучает гигиенические особенности деятельности социальных служб

г) исследование, которое изучает социальные особенности проводимых гигиенических мероприятий

290. Клинико-социальное исследование – это:

а) исследование, которое изучает особенности состояния здоровья различных групп населения или деятельности медицинских учреждений

б) исследование, которое изучает клинические особенности деятельности социальных служб

в) исследование, которое изучает особенности состояния здоровья групп населения, имеющих какие-либо хронические заболевания

г) исследование, которое изучает социальные аспекты деятельности клинических специалистов

291. Методы при проведении статистических исследований – это:

а) анализ и синтез

б) пальпация и перкуссия

в) осмотр и аускультация

г) анкетирование и интервьюирование

292. При проведении статистического исследования должны быть сформулированы:

- а) одна цель и несколько задач, необходимых для достижения цели
- б) одна цель и одна задача, соответствующая цели
- в) несколько целей и несколько задач, соответствующих целям
- г) одна задача и несколько целей, необходимых для решения задачи

293. Статистическое исследование содержит:

- а) 2 этапа
- б) 4 этапа
- в) 3 этапа
- г) 5 этапов

294. Первый этап статистического исследования включает в себя:

- а) анализ полученных данных, формулировка выводов, разработка рекомендаций
- б) сбор материала
- в) изучение литературы по теме исследования, составление программы и плана проведения исследования
- г) статистическая обработка собранного материала

295. Второй этап статистического исследования включает в себя:

- а) статистическая обработка собранного материала
- б) анализ полученных данных, формулировка выводов, разработка рекомендаций
- в) изучение литературы по теме исследования, составление программы и плана проведения исследования
- г) сбор материала

296. Третий этап статистического исследования включает в себя:

- а) статистическая обработка собранного материала
- б) анализ полученных данных, формулировка выводов, разработка рекомендаций
- в) изучение литературы по теме исследования, составление программы и плана проведения исследования
- г) сбор материала

297. Четвертый этап статистического исследования включает в себя:

- а) сбор материала
- б) анализ полученных данных, формулировка выводов, разработка рекомендаций
- в) статистическая обработка собранного материала
- г) изучение литературы по теме исследования, составление программы и плана проведения исследования

298. Составление программы исследования – это:

- а) разработка методики проведения исследования, определение единицы наблюдения, расчета объема наблюдения для получения репрезентативных результатов, разработка документов сбора информации, выбор места и установление сроков проведения исследования, составление макетов таблиц
- б) заключительный контроль качества собранных документов, шифровка или кодировка собранного материала, группировка материала, заполнение макетов статистических таблиц,

вычисление относительных и средних величин, их ошибок, коэффициентов корреляции и стандартизации, определение их достоверности, графическое изображение полученных результатов

в) определение цели и задач исследования

г) интерпретация полученных статистических величин и графических изображений на основе сопоставления с результатами других исследователей и с официальными данными, формулирование выводов, обоснование предложений для внедрения в практику, литературное оформление работы

299. Составление плана исследования – это:

а) определение цели и задач исследования

б) заключительный контроль качества собранных документов, шифровка или кодировка собранного материала, группировка материала, заполнение макетов статистических таблиц, вычисление относительных и средних величин, их ошибок, коэффициентов корреляции и стандартизации, определение их достоверности, графическое изображение полученных результатов

в) интерпретация полученных статистических величин и графических изображений на основе сопоставления с результатами других исследователей и с официальными данными, формулирование выводов, обоснование предложений для внедрения в практику, литературное оформление работы

г) разработка методики проведения исследования, определение единицы наблюдения, расчета объема наблюдения для получения репрезентативных результатов, разработка документов сбора информации, выбор места и установление сроков проведения исследования, составление макетов таблиц

300. К элементам третьего этапа статистического исследования относится:

а) заключительный контроль качества собранных документов, шифровка или кодировка собранного материала, группировка материала, заполнение макетов статистических таблиц, вычисление относительных и средних величин, их ошибок, коэффициентов корреляции и стандартизации, определение их достоверности, графическое изображение полученных результатов

б) интерпретация полученных статистических величин и графических изображений на основе сопоставления с результатами других исследователей и с официальными данными, формулирование выводов, обоснование предложений для внедрения в практику, литературное оформление работы

в) разработка методики проведения исследования, определение единицы наблюдения, расчета объема наблюдения для получения репрезентативных результатов, разработка документов сбора информации, выбор места и установление сроков проведения исследования, составление макетов таблиц

г) определение цели и задач исследования, сбор материала

301. К элементам четвертого этапа статистического исследования относится:

а) разработка методики проведения исследования, определение единицы наблюдения, расчета объема наблюдения для получения репрезентативных результатов, разработка документов сбора информации, выбор места и установление сроков проведения исследования, составление макетов таблиц

б) интерпретация полученных статистических величин и графических изображений на основе сопоставления с результатами других исследователей и с официальными данными, формулирование выводов, обоснование предложений для внедрения в практику, литературное оформление работы

в) определение цели и задач исследования, сбор материала

г) заключительный контроль качества собранных документов, шифровка или кодировка собранного материала, группировка материала, заполнение макетов статистических таблиц, вычисление относительных и средних величин, их ошибок, коэффициентов корреляции и стандартизации, определение их достоверности, графическое изображение полученных результатов

302. Макеты таблиц составляют:

- а) на втором этапе
- б) на третьем этапе
- в) на первом этапе
- г) на четвертом этапе

303. Макеты таблиц заполняют:

- а) на четвертом этапе
- б) на первом этапе
- в) на втором этапе
- г) на третьем этапе

304. Исследование, которое изучает особенности состояния здоровья различных групп населения или деятельности медицинских учреждений, называется:

- а) социально-гигиеническим
- б) клинико-социальным
- в) клинико-гигиеническим
- г) социально-клиническим

305. Исследование, которое изучает особенности состояния здоровья групп населения, имеющих какие-либо хронические заболевания, называется:

- а) социально-клиническим
- б) клинико-социальным
- в) социально-гигиеническим
- г) клинико-гигиеническим

306. Условия проведения четвертого этапа статистического исследования – это:

- а) интерпретация полученных статистических величин и графических изображений на основе сопоставления с результатами других исследователей и с официальными данными, формулирование выводов, обоснование предложений для внедрения в практику
- б) разработка методики проведения исследования, определение единицы наблюдения, расчета объема наблюдения для получения репрезентативных результатов
- в) всестороннее знание сущности изучаемого явления, владение методикой статистического анализа, правильное и в полном объеме выполнение предыдущих этапов
- г) заключительный контроль качества собранных документов, шифровка или кодировка собранного материала, группировка материала

307. Репрезентативная выборка – это:

- а) выборочная совокупность, которая включает только положительные примеры изучаемого исследования
- б) выборочная совокупность, которая не требует учета характеристик генеральной совокупности

в) выборочная совокупность, в которой представлены все возможные варианты ответов на опрос

г) выборочная совокупность, которая по основным признакам соответствует генеральной совокупности

308. Необходимый объем наблюдений вычисляют:

а) на первом этапе

б) на втором этапе

в) на третьем этапе

г) на четвертом этапе

309. Группировку материала проводят:

а) на первом этапе

б) на третьем этапе

в) на втором этапе

г) на четвертом этапе

310. Вычисление различных статистических критериев производится:

а) на четвертом этапе

б) на первом этапе

в) на третьем этапе

г) на втором этапе

311. Сбор материала проводят:

а) на первом этапе

б) на третьем этапе

в) на четвертом этапе

г) на втором этапе

312. Анализ различных статистических критериев осуществляется:

а) на четвертом этапе

б) на третьем этапе

в) на втором этапе

г) на первом этапе

313. Чем больше величина доверительной вероятности, тем:

а) меньше предельно допустимая ошибка

б) больше необходимый объем наблюдений

в) больше средняя величина

г) меньше относительная величина

314. Чем больше предельно допустимая ошибка, тем:

а) больше величина доверительной вероятности

б) меньше средняя величина

в) меньше необходимый объем наблюдений

г) больше относительная величина

315. Чем больше разнообразие признака, тем:

- а) больше величина доверительной вероятности
- б) больше относительная величина
- в) больше предельно допустимая ошибка
- г) больше необходимый объем наблюдений

316. При определении необходимого объема наблюдений:

- а) он должен быть не менее вычисленного
- б) он должен быть не более вычисленного
- в) выбирается приблизительно, основываясь на других исследованиях
- г) должен быть равен вычисленному

317. Группы ошибок статистического анализа – это:

- а) арифметические, логистические и связанные с неправильным рассуждением
- б) методические, логические и связанные с неправильной оценкой статистических величин
- в) математические, литературные, биологические
- г) методологические, спорные и связанные с использованием неправильных формул

318. К методическим ошибкам относятся:

- а) недостаточный объем применяемых статистических методов, неверный выбор статистического метода, неправильная оценка полученных результатов
- б) недостаточно изучена сущность явления и факторов, влияющих на него, проведено сравнение данных без учета их качественной характеристики, не учтены взаимосвязи между явлениями, неправильное определение причины и следствия
- в) неправильное определение цели и задач исследования, недостаточный объем наблюдений, неправильный выбор единицы исследования, неправильная группировка материала
- г) неправильный выбор уровня значимости признака, использование устаревшей методики, использование устаревших результатов исследования

319. К ошибкам, связанным с неправильной оценкой статистических величин, относятся:

- а) неправильное определение цели и задач исследования, недостаточный объем наблюдений, неправильный выбор единицы исследования, неправильная группировка материала
- б) неправильная спецификация модели, недостаточный дизайн исследования при сборе данных, неучет различий в дисперсии ошибок в разных частях выборочной совокупности
- в) недостаточно изучена сущность явления и факторов, влияющих на него, проведено сравнение данных без учета их качественной характеристики, не учтены взаимосвязи между явлениями, неправильное определение причины и следствия
- г) недостаточный объем применяемых статистических методов, неверный выбор статистического метода, неправильная оценка полученных результатов

320. К логическим ошибкам относятся:

- а) недостаточно изучена сущность явления и факторов, влияющих на него, проведено сравнение данных без учета их качественной характеристики, не учтены взаимосвязи между явлениями, неправильное определение причины и следствия
- б) неправильная спецификация модели, недостаточный дизайн исследования при сборе данных, неучет различий в дисперсии ошибок в разных частях выборочной совокупности
- в) недостаточный объем применяемых статистических методов, неверный выбор статистического метода, неправильная оценка полученных результатов

г) неправильное определение цели и задач исследования, недостаточный объем наблюдений, неправильный выбор единицы исследования, неправильная группировка материала

321. Недостаточный объем наблюдений – это:

- а) ошибка, связанная с неправильной оценкой статистических величин
- б) методическая ошибка
- в) логическая ошибка
- г) математическая ошибка

322. Неправильный выбор единицы исследования – это:

- а) логическая ошибка
- б) ошибка, связанная с неправильной оценкой статистических величин
- в) методическая ошибка
- г) ошибка, связанная с неправильным рассуждением

323. Недостаточный объем применяемых статистических методов – это:

- а) ошибка, связанная с использованием неправильных формул
- б) методическая ошибка
- в) логическая ошибка
- г) ошибка, связанная с неправильной оценкой статистических величин

324. Неправильное определение причины и следствия – это:

- а) логическая ошибка
- б) методологическая ошибка
- в) литературная ошибка
- г) ошибка, связанная с неправильной оценкой статистических величин

325. Недостаточное изучение сущности явления и факторов, влияющих на него – это:

- а) методическая ошибка
- б) логическая ошибка
- в) ошибка, связанная с неправильной оценкой статистических величин
- г) биологическая ошибка

326. Организационные принципы работы городской больницы – это:

а) оказание бесплатной медицинской помощи в условиях стационара, предоставление платной лекарственной помощи, обеспечение бесплатного лечебно-охранительного режима, обеспечение платных сервисных услуг

б) оказание бесплатной медицинской помощи в условиях стационара, предоставление бесплатной лекарственной помощи, обеспечение бесплатного лечебно-охранительного режима, обеспечение бесплатных сервисных услуг

в) оказание платной медицинской помощи в условиях стационара, предоставление платной лекарственной помощи, обеспечение бесплатного лечебно-охранительного режима, обеспечение бесплатных сервисных услуг

г) оказание платной медицинской помощи в условиях стационара, предоставление бесплатной лекарственной помощи, обеспечение бесплатного лечебно-охранительного режима, обеспечение платных сервисных услуг

327. Основные структурные подразделения городской больницы – это:

- а) регистратура, лечебно-профилактическое подразделение, лабораторно-диагностическое подразделение, административно-хозяйственные службы
- б) приемное отделение, лечебное отделение, диспансерное отделение, административно-хозяйственные службы
- в) приемное отделение, лечебные отделения, лабораторно-диагностическое отделение, административно-хозяйственные службы
- г) отделение скорой медицинской помощи, отделение неотложной медицинской помощи, отделение плановой медицинской помощи, административно-хозяйственные службы

328. Параклинические подразделения городской больницы – это:

- а) кабинет психолога, кабинет юриста, отделение ЛФК, отделение медицинской реабилитации, отделение социальной реабилитации, ортопедическое отделение
- б) лабораторно-диагностическое отделение, бассейн, отделение ЛФК, кабинет подбора ортезов и (или) костылей, кабинет подбора протезов, отделение социально-психологической помощи
- в) парамедицинское отделение, отделение сердечно-легочной реанимации, отделение переливания крови, отделение ЛФК, ортопедическое отделение, психологическое отделение
- г) клинично-диагностическая лаборатория, отделение функциональной диагностики, рентгеноскопическое отделение, физиотерапевтическое отделение, отделение переливания крови, отделение скорой медицинской помощи

329. Документ, необходимый для организации преемственности в работе поликлиники и стационара – это:

- а) выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного
- б) медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях
- в) медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
- г) статистическая карта выбывшего из стационара

330. Функции приемного отделения городской больницы – это:

- а) прием и первичный осмотр больных
- б) санитарная обработка и первичная сортировка больных
- в) первичный осмотр и расчет стоимости лечения больных
- г) прием пациентов и консультация с врачами других отделений для уточнения диагноза

331. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях:

- а) является необязательным медицинским документом
- б) заполняется любым медицинским сотрудником
- в) является основным медицинским документом
- г) заполняется при выписке пациента

332. Статистическая карта выбывшего из стационара:

- а) заполняется при проведении хирургического лечения
- б) заполняется в случае смерти пациента
- в) заполняется при переводе пациента в другое отделение
- г) заполняется при поступлении в стационар

333. Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара:

- а) позволяет вести ежедневный учет движения больных и использования коечного фонда в отделении и в стационаре в целом
- б) позволяет вести учет количества больных, поступивших в стационар, и необходимого числа коек
- в) позволяет вести учет общего числа и частоты посещений больных родственниками
- г) позволяет вести учет проведения медицинских процедур в палате (на койке) и в процедурном кабинете

334. Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара имеет:

- а) медицинское значение
- б) статистическое значение
- в) юридическое значение
- г) финансовое значение

335. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, имеет:

- а) медицинское и статистическое значение
- б) статистическое и юридическое значение
- в) медицинское и юридическое значение
- г) юридическое и финансовое значение

336. Выписка из медицинской карты стационарного больного имеет:

- а) медицинское и статистическое значение
- б) медицинское и финансовое значение
- в) статистическое и юридическое значение
- г) медицинское и юридическое значение

337. Листок нетрудоспособности имеет:

- а) медицинское, статистическое, юридическое и финансовое значение
- б) медицинское, статистическое и юридическое значение
- в) медицинское и статистическое значение
- г) медицинское значение

338. Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося ПТУ имеет:

- а) медицинское, статистическое, юридическое и финансовое значение
- б) медицинское, статистическое и юридическое значение
- в) медицинское и статистическое значение
- г) медицинское значение

339. Показатель "Среднее число дней работы койки в году" характеризует:

- а) среднее количество пациентов в стационаре
- б) среднее время пребывания пациента в стационаре
- в) степень использования коек в стационаре
- г) среднее количество врачей в стационаре

340. Среднее число дней работы койки в году составляет:

- а) 250-270 дней
- б) 270-290 дней
- в) 350-360 дней
- г) 300-340 дней

341. Низкий показатель "Среднее число дней работы койки в году" свидетельствует о:

- а) недогрузке стационара, нерациональном использовании ресурсов и необоснованном финансировании медицинского учреждения
- б) перегрузке стационара, перегрузке медицинского персонала и нарушению принципов оказания медицинской помощи пациентам
- в) недостаточном количестве коек в стационаре, перегрузке медицинского персонала и недостаточной медицинской помощи пациентам
- г) несоответствии количества коек в стационаре численности населения, неадекватной медицинской помощи пациентам и высоком уровне дохода медицинского учреждения

342. Высокий показатель "Среднее число дней работы койки в году" свидетельствует о:

- а) недогрузке стационара, нерациональном использовании ресурсов и необоснованном финансировании медицинского учреждения
- б) перегрузке стационара, перегрузке медицинского персонала и нарушению принципов оказания медицинской помощи пациентам
- в) недостаточном количестве коек в стационаре, перегрузке медицинского персонала и недостаточной медицинской помощи пациентам
- г) несоответствии количества коек в стационаре численности населения, неадекватной медицинской помощи пациентам и высоком уровне дохода медицинского учреждения

343. Средняя длительность пребывания больного на койке составляет:

- а) 5-7 дней
- б) 15-18 дней
- в) 10-11 дней
- г) 20-21 день

344. Число выбывших из стационара вычисляется как:

- а) полусумма поступивших, выписанных и умерших пациентов за год
- б) полусумма поступивших и выписанных пациентов за год
- в) сумма поступивших и умерших пациентов за год
- г) сумма выписанных и умерших пациентов за год

345. Число прошедших лечение пациентов вычисляется как:

- а) полусумма поступивших, выписанных и умерших пациентов за год
- б) сумма выписанных и умерших пациентов за год
- в) полусумма поступивших и выписанных пациентов за год
- г) сумма поступивших и умерших пациентов за год

346. В настоящее время показатель "Оборот койки" в стационаре составляет в среднем:

- а) 20-22 пациентов
- б) 29-30 пациентов
- в) 35-37 пациентов
- г) 40-41 пациент

347. Показатель "Больничная летальность" должен быть равен:

- а) 3%
- б) 5%
- в) 0%
- г) 10%

348. В настоящее время в РФ показатель "Больничная летальность" в стационаре составляет:

- а) 0%
- б) 5%
- в) 10%
- г) 2%

349. Медицинские документы родильного дома, имеющие финансовое значение – это:

- а) листок нетрудоспособности, родовой сертификат
- б) справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося ПТУ, листок нетрудоспособности
- в) листок нетрудоспособности, обменная карта
- г) обменная карта, родовой сертификат

350. В настоящее время показатель "Оборот койки" в родильном доме составляет в среднем:

- а) 29-30 пациенток
- б) 40-47 пациенток
- в) 20-22 пациентки
- г) 35-37 пациенток

351. Оптимальное значение показателя "Удельный вес нормальных родов" составляет:

- а) 95%
- б) 90%
- в) 100%
- г) 97%

352. Допустимое значение показателя "Частота нарушений родовой деятельности" составляет:

- а) 80-85 на 1000 родов
- б) 90-95 на 1000 родов
- в) 100-105 на 1000 родов
- г) 55-65 на 1000 родов

353. Допустимое значение показателя "Частота применения операции Кесарева сечения" составляет:

- а) 236-245 на 1000 родов
- б) 300-340 на 1000 родов
- в) 270-290 на 1000 родов
- г) 350-360 на 1000 родов

354. В настоящее время показатель "Уровень заболеваемости новорожденных" в РФ составляет:

- а) 236 на 1000 родившихся живыми

- б) 347 на 1000 родившихся живыми
- в) 298 на 1000 родившихся живыми
- г) 320 на 1000 родившихся живыми

355. Специальные организационные принципы, которые лежат в основе деятельности детской городской больницы – это:

- а) оказание бесплатной медицинской помощи в условиях стационара, предоставление бесплатной лекарственной помощи, обеспечение бесплатного лечебно-охранительного режима
- б) минимизация взаимодействия с родителями пациентов, ограничение доступа к информации о пациентах, максимальное сокращение койко-дней
- в) организация отделений по возрастным группам, организация режима дня, питания и сна в зависимости от возраста ребенка, наличие в штатном расписании воспитателей и учителей
- г) исключение посещений пациентов для соблюдения санэпид режима, санпросвет работа с родителями пациентов, размещение пациентов только в боксированных отделениях

356. Сведения о ребенке, необходимые при госпитализации, для предупреждения внесения инфекционных заболеваний:

- а) сведения о возрасте родителей, сведения о специальности родителей
- б) сведения о длительности заболевания, сведения о температуре тела
- в) сведения о наличии инфекционного заболевания у ребенка, сведения о наличии инфекционного заболевания у родителей
- г) сведения о перенесенных инфекционных заболеваниях, сведения о контактах с инфекционными больными

357. Мероприятия, которые проводятся в рамках воспитательной работы в детской городской больнице – это:

- а) воспитательная работа в палатах, проведение занятий по школьной программе
- б) организация детского сада для дошкольников на территории больницы, организация занятий для школьников
- в) организация игровых комнат, еженедельный просмотр мультфильмов в холле отделения
- г) организация режима дня, питания и сна для детей разных возрастов

358. Здоровье – это:

- а) состояние полного физического, духовного и социального благополучия
- б) отсутствие болезней и физических дефектов
- в) отсутствие медицинских справок и листов нетрудоспособности
- г) отсутствие обращений к врачу

359. Управление процессом финансирования здравоохранения осуществляет:

- а) Министерство финансов
- б) Министерство здравоохранения РФ
- в) Министерство труда и социальной защиты
- г) медицинские страховые компании

360. Принципы здравоохранения – это:

- а) минимизация расходов на здравоохранение, приоритет коммерческой выгоды, ограничение доступа к информации о здоровье, доступность для обеспеченных слоев населения, отказ от международного сотрудничества, использование только традиционных методов лечения

б) индивидуальный подход, основанный на личных предпочтениях врача, использование народных методов лечения в государственных медицинских учреждениях, ограничение доступа к информации о предоставляемых медицинских услугах в медицинском учреждении

в) финансовое обеспечение здравоохранения, социально-профилактическое направление, плановое развитие здравоохранения, единство системы здравоохранения, участие населения в здравоохранении, внедрение достижений науки в практическое здравоохранение

г) жесткая централизация управлением здравоохранения, приоритет фармацевтических компаний над интересами пациентов, предоставление медицинской помощи пациентам в возрасте ниже ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ)

361. Экономика здравоохранения – это:

а) управление финансами больниц и поликлиник, а также систем штрафов для медицинских работников

б) наука о распределении обязанностей среди медицинского персонала медицинского учреждения

в) свод правил для составления медицинских отчетов по финансированию медицинских учреждений

г) дисциплина о наиболее рациональном и эффективном использовании выделенных средств на здравоохранение для получения максимальной выгоды для пациента в частности и общества в целом

362. Задачи экономики здравоохранения – это:

а) исследование роли здравоохранения в общей экономике, разработка методов рационального и эффективного использования ресурсов здравоохранения, финансирование здравоохранения, разработка методов ценообразования на медицинские услуги

б) оптимизация расходов на здравоохранение путем снижения количества медицинских учреждений, увеличение стоимости медицинских услуг, увеличение количества медицинских кадров путем привлечения специалистов без соответствующего образования

в) оптимизация расходов на здравоохранение путем снижения количества медицинских работников, сокращение финансирования научных исследований в области медицины

г) увеличение количества медицинских учреждений за счет строительства без учета медицинской инфраструктуры, введение платных медицинских услуг для всех категорий граждан, снижение качества медицинских услуг для уменьшения расходов

363. Решение о бесплатной медицинской помощи населению было принято в:

а) 1861 г.

б) 1917 г.

в) 1961 г.

г) 1993 г.

364. Группы экономических отношений – это:

а) семейные экономические, социально-правовые

б) общественные экономические, хозяйственные

в) организационно-экономические, социально-экономические

г) специальные экономические, мировые экономические

365. Экономический предмет труда в здравоохранении – это:

а) медицинские учреждения

- б) лекарственные препараты
- в) медицинское оборудование
- г) человек

366. Н.А. Семашко в своем отчете о деятельности Наркомздрава сформулировал принципы социалистического здравоохранения в:

- а) 1925 г.
- б) 1918 г.
- в) 1921 г.
- г) 1935 г.

367. Обязательное медицинское страхование (ОМС) было введено в:

- а) 1969-1971 гг.
- б) 1991-1993 гг.
- в) 2011-2013 гг.
- г) 2003-2005 гг.

368. Цель экономики здравоохранения – это:

- а) увеличение ожидаемой продолжительности жизни
- б) повышение качества жизни населения
- в) удовлетворение потребности населения в медицинской помощи
- г) увеличение рождаемости и снижение смертности

369. Элементы структуры экономики здравоохранения – это:

- а) финансирование благотворительных организаций, экспорт медицинских услуг в другие страны, финансирование клининговых компаний
- б) система налогообложения медицинских учреждений, компьютерное оснащение медицинских учреждений, платные медицинские услуги
- в) система штрафов для медицинских учреждений и отдельно взятых сотрудников, финансирование вспомогательных служб (гардеробщики, лифтеры и т.д.)
- г) медицинские услуги, лекарственные препараты, медицинское оборудование, научные исследования, труд медицинских работников

370. Виды эффективности системы здравоохранения – это:

- а) медицинская, социальная, экономическая
- б) операционная, экспериментальная, лекарственная
- в) общая, персональная, специальная
- г) общественная, индивидуальная, групповая

371. Показатели медицинской эффективности здравоохранения – это:

- а) среднее число пациентов в очереди на прием, количество лифтов в медицинском учреждении, количество прививок в течение года
- б) удельный вес излеченных больных, уровень заболеваемости населения, индекс здоровья, частота перехода заболевания в хроническую форму
- в) время ожидания записи к врачу, среднегодовое число прикрепленного населения, среднее число лабораторных исследований
- г) среднее число сотрудников в медицинском учреждении, среднее число инструментальных исследований, средняя температура воздуха в кабинетах

372. Критерии социальной эффективности здравоохранения – это:

- а) среднее количество отработанных часов в день, среднее количество рабочих дней в году, среднее время, затрачиваемое сотрудниками на обед
- б) количество промышленных предприятий в регионе, уровень шума на предприятиях, среднее число выданных патентов на изобретения за год
- в) показатели рождаемости, смертности, естественного прироста населения, доступности медицинской помощи, удовлетворенности медицинской помощью
- г) количество автомобилей на душу населения, среднее время, проведенное сотрудниками в социальных сетях в день в целом и в рабочее время, количество рекламных объявлений в СМИ

373. Экономическая эффективность здравоохранения – это:

- а) затраты здравоохранения на заработную плату медицинским работникам
- б) процент обеспеченности населения врачами и средним медицинским персоналом
- в) количество выписанных рецептов на бесплатные лекарственные средства
- г) положительный вклад здравоохранения в рост национального дохода путем улучшения здоровья и увеличения продолжительности жизни населения

374. Предотвращенный экономический ущерб – это:

- а) разница между экономическим ущербом до и после проведения мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения
- б) количество денег, потраченных на благотворительность
- в) средства, потраченные на обновление компьютеров в медицинском учреждении
- г) средства, потраченные на покупку нового медицинского оборудования

375. Системы здравоохранения в России с экономической точки зрения – это:

- а) городская, сельская, универсальная
- б) государственная, страховая, платная
- в) государственная, частная, смешанная
- г) общественная, индивидуальная, групповая

376. Источник финансирования системы здравоохранения ОМС – это:

- а) налоговые поступления в фонды ОМС
- б) взносы граждан, предприятий в фонды ОМС
- в) целевые страховые взносы в фонды ОМС
- г) благотворительные взносы в фонды ОМС

377. Финансирующая сторона бюджетной системы здравоохранения – это:

- а) граждане, предприятия
- б) благотворительные фонды
- в) страховые компании
- г) органы исполнительной власти

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю)

Процедура оценивания результатов обучения по дисциплине (модулю) осуществляется в соответствии с Порядком проведения текущего контроля успеваемости и Порядком организации и

проведения промежуточной аттестации обучающихся, устанавливающим формы проведения промежуточной аттестации, ее периодичность и систему оценок.

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю)

Проведение текущего контроля успеваемости по дисциплине (модулю) осуществляется в ходе контактной работы с преподавателем в рамках аудиторных занятий.

Текущий контроль успеваемости в виде устного или письменного опроса

Устный и письменный опрос – наиболее распространенный метод контроля знаний обучающихся.

Устный опрос может проводиться в начале учебного занятия, в таком случае он служит не только целям контроля, но и готовит обучающихся к усвоению нового материала, позволяет увязать изученный материал с тем, с которым они будут знакомиться на этом же или последующих учебных занятиях.

Опрос может быть фронтальный, индивидуальный и комбинированный. Фронтальный опрос проводится в форме беседы преподавателя с группой, с целью вовлечения в активную умственную работу всех обучающихся группы.

Вопросы должны иметь преимущественно поисковый характер, чтобы побуждать обучающихся к самостоятельной мыслительной деятельности.

Индивидуальный опрос предполагает обстоятельные, связные ответы обучающихся на вопрос, относящийся к изучаемому учебному материалу и служит важным учебным средством развития речи, памяти, критического и системного мышления обучающихся.

Заключительная часть устного опроса – подробный анализ ответов обучающихся.

Устный опрос как метод контроля знаний, умений и навыков требует больших затрат времени, кроме того, по одному и тому же вопросу нельзя проверить всех обучающихся. Поэтому в целях рационального использования учебного времени может быть проведен комбинированный, уплотненный опрос, сочетая устный опрос с письменным.

Письменный опрос проводится по тематике прошедших занятий. В ходе выполнения заданий обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, владений, сформированности компетенции дать развернутые ответы на поставленные в задании открытые вопросы и (или) ответить на вопросы закрытого типа в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала.

Вопросы для устного и письменного опроса сопровождаются тщательным всесторонним продумыванием содержания вопросов, задач и примеров, которые будут предложены, поиском путей активизации деятельности всех обучающихся группы в процессе проверки, создания на занятии деловой и доброжелательной обстановки.

Результаты работы обучающихся фиксируются в ходе проведения учебных занятий (активность, полнота ответов, способность поддерживать дискуссию, профессиональный язык и др.).

Текущий контроль успеваемости в виде реферата

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что обучающийся имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Обучающийся, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

- введение (обоснование выбора темы, ее актуальность, цели и задачи исследования);
- содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);
- заключение (краткая формулировка основных выводов);
- список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов Интернет и др. Ссылки на использованные источники, в том числе электронные – обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое - 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

Текущий контроль успеваемости в виде подготовки презентации

Электронная презентация – электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы. Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

1. Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);
2. Цели и задачи работы;
3. Общая часть;
4. Защищаемые положения;
5. Основная часть;
6. Выводы;
7. Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Требования к оформлению слайдов

Титульный слайд

Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее,

монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Общие требования

Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) – например, растянув рисунки.

Дизайн должен быть простым и лаконичным.

Каждый слайд должен иметь заголовок.

Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

Оформление заголовков

Назначение заголовка – однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда.

Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание).

Текст заголовков должен быть размером 24 – 36 пунктов.

Точку в конце заголовков не ставить.

Содержание и расположение информационных блоков на слайде

Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6).

Рекомендуемый размер одного информационного блока – не более 1/2 размера слайда.

Желательно присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга.

Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить.

Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки – слева направо.

Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

Выбор шрифтов

Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

Размер шрифта для информационного текста — 18-22 пункта. Шрифт менее 16 пунктов плохо читается при проекции на экран, но и чрезмерно крупный размер шрифта затрудняет процесс беглого чтения. При создании слайда необходимо помнить о том, что резкость изображения на большом экране обычно ниже, чем на мониторе. Прописные буквы воспринимаются тяжелее, чем строчные. Жирный шрифт, курсив и прописные буквы используйте только для выделения.

Цветовая гамма и фон

Слайды могут иметь монотонный фон или фон-градиент.

Для фона желательно использовать цвета пастельных тонов.

Цветовая гамма текста должна состоять не более чем из двух-трех цветов.

Назначив каждому из текстовых элементов свой цвет (например, заголовки -зеленый, текст – черный и т.д.), необходимо следовать такой схеме на всех слайдах.

Необходимо учитывать сочетаемость по цвету фона и текста. Белый текст на черном фоне читается плохо.

Стиль изложения

Следует использовать минимум текста. Текст не является визуальным средством.

Не стоит стараться разместить на одном слайде как можно больше текста. Чем больше текста на одном слайде вы предложите аудитории, тем с меньшей вероятностью она его прочитает.

Рекомендуется помещать на слайд только один тезис. Распространенная ошибка – представление на слайде более чем одной мысли.

Старайтесь не использовать текст на слайде как часть вашей речи, лучше поместить туда важные тезисы, акцентируя на них внимание в процессе своей речи. Не переписывайте в презентацию свой доклад. Демонстрация презентации на экране – вспомогательный инструмент, иллюстрирующий вашу речь.

Следует сокращать предложения. Чем меньше фраза, тем она быстрее усваивается.

Текст на слайдах лучше форматировать по ширине.

Если возможно, лучше использовать структурные слайды вместо текстовых. В структурном слайде к каждому пункту добавляется значок, блок-схема, рисунок – любой графический элемент, позволяющий лучше запомнить текст.

Следует избегать эффектов анимации текста и графики, за исключением самых простых, например, медленного исчезновения или возникновения полосами, но и они должны применяться в меру. В случае использования анимации целесообразно выводить информацию на слайд постепенно. Слова и картинки должны появляться параллельно «озвучке».

Оформление графической информации, таблиц и формул

Рисунки, фотографии, диаграммы, таблицы, формулы призваны дополнить текстовую информацию или передать ее в более наглядном виде.

Желательно избегать в презентации рисунков, не несущих смысловой нагрузки, если они не являются частью стилевого оформления.

Цвет графических изображений не должен резко контрастировать с общим стилевым оформлением слайда.

Иллюстрации и таблицы должны иметь заголовки.

Иллюстрации рекомендуется сопровождать пояснительным текстом.

Иллюстрации, таблицы, формулы, позаимствованные из работ, не принадлежащих автору, должны иметь ссылки.

Используя формулы желательно не отображать всю цепочку решения, а оставить общую форму записи и результат. На слайд выносятся только самые главные формулы, величины, значения.

После создания и оформления презентации необходимо отрепетировать ее показ и свое выступление. Проверить, как будет выглядеть презентация в целом (на экране компьютера или проекционном экране) и сколько времени потребуется на её показ.

Текущий контроль успеваемости в виде тестовых заданий

Оценка теоретических и практических знаний может быть осуществлена с помощью тестовых заданий. Тестовые задания могут быть представлены в виде:

Тестов закрытого типа – задания с выбором правильного ответа.

Задания закрытого типа могут быть представлены в двух вариантах:

– задания, которые имеют один правильный и остальные неправильные ответы (задания с выбором одного правильного ответа);

– задания с выбором нескольких правильных ответов.

Тестов открытого типа – задания без готового ответа.

Задания открытого типа могут быть представлены в трех вариантах:

– задания в открытой форме, когда испытуемому во время тестирования ответ необходимо вписать самому, в отведенном для этого месте;

– задания, где элементам одного множества требуется поставить в соответствие элементы другого множества (задания на установление соответствия);

– задания на установление правильной последовательности вычислений, действий, операций, терминов в определениях понятий (задания на установление правильной последовательности).

Текущий контроль успеваемости в виде ситуационных задач

Анализ конкретных ситуаций – один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

На учебных занятиях, как правило, применяются следующие виды ситуаций:

– Ситуация-проблема – представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или прийти к выводу о его невозможности.

– Ситуация-оценка – описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Обучающиеся проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.

– Ситуация-иллюстрация – поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.

– Ситуация-упражнение – предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобретают опыт.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессиональной деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающиеся заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

Принципы разработки ситуационных задач

– ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;

– для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;

– ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы деятельности, который вызовет профессиональный интерес;

– ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;

– проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;

–решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Решение ситуационных задач может быть представлено в следующих вариантах

–решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

–предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один – правильный;

–предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

–предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

–предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информации, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Что в свою очередь, обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Оценки текущего контроля успеваемости фиксируются в ведомости текущего контроля успеваемости.

Проведение промежуточной аттестации по дисциплине (модулю)

Промежуточная аттестация в форме зачета осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в рамках аудиторных занятий, как правило, на последнем практическом (семинарском) занятии.

Промежуточная аттестация в форме экзамена или зачета с оценкой осуществляется в ходе контактной работы обучающегося с преподавателем и проводится в период промежуточной аттестации, установленной календарным учебным графиком.