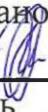


Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

| СОГЛАСОВАНО | УТВЕРЖДАЮ |
|--|---|
| Начальник отдела аспирантуры, ор- динатуры и магистратуры А.В. Шаханов  подпись | проректор по учебно-работе профессор О.М. Мярясев  |
| « <u>28</u> » <u>08</u> 20 <u>18</u> г. | подпись « <u>29</u> » <u>08</u> 20 <u>18</u> г. |

Программа государственной итоговой аттестации

Кафедра – разработчик рабочей программы – Общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО
Уровень высшего образования – магистратура
Направление подготовки - 32.04.01 Общественное здравоохранение
Квалификация – магистр
Форма обучения – очная
Число зачетных единиц – 6
Количество аудиторных часов/всего – 216

РЯЗАНЬ, 2018

Составители:

Медведева Ольга Васильевна, доктор медицинских наук, профессор, зав. каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО

Афонина Наталья Александровна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО

Нагибин Олег Александрович, кандидат медицинских наук, доцент каф. общественного здоровья и здравоохранения с курсом организации здравоохранения ФДПО

Рецензенты:

Урясьев О.М., доктор медицинских наук, профессор, зав. каф. факультетской терапии с курсами эндокринологии, клинической фармакологии, профессиональных болезней

Кирюшин В.А., доктор медицинских наук, профессор, зав. каф. общей профильных гигиенических дисциплин с курсом гигиены, эпидемиологии и организации госсанэпидслужбы ФДПО

Программа государственной итоговой аттестации для обучающихся по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение оформлена и структурирована в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29.12.2012 г. 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» (уровень магистратура), утвержденного приказом Министерства образования Российской Федерации от 31.05.2017 N 485, Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 29.06.2015 № 636 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры».

Программа регламентирует порядок проведения государственной итоговой аттестации выпускников ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение (уровень магистратура).

1. Цель и задачи Государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация (ГИА) является обязательным завершающим этапом освоения основной профессиональной образовательной программы подготовки магистра.

Государственная итоговая аттестация имеет своей целью определение соответствия результатов освоения обучающимися основных образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта или образовательного стандарта по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» (уровень магистратура) (далее ФГОС ВО) и основной профессиональной образовательной программой высшего профессионального образования (далее ОПОП ВО), реализуемой в ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России (далее университета).

Задачей ГИА является оценка сформированности компетенций, которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения ОПОП ВО.

Требования к уровню подготовки выпускника:

В соответствии с требованиями ФГОС ВО и ОПОП Рязанского государственного медицинского университета по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» (уровень магистратура), выпускник должен быть подготовлен к следующим **видам профессиональной деятельности:**

- образование и наука (в сфере научных исследований);
- здравоохранение (в сфере организации системы здравоохранения в целях обеспечения общественного здоровья).

Выпускники могут осуществлять профессиональную деятельность в других областях профессиональной деятельности и (или) сферах профессиональной деятельности при условии соответствия уровня их образования и полученных компетенций требованиям к квалификации работника

В рамках освоения программы магистратуры выпускники могут готовиться к решению задач **профессиональной деятельности** следующих типов:

- организационно-управленческий;
- научно-исследовательский.

Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации:

Универсальные компетенции:

УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

УК-2 Способен управлять проектом на всех этапах его жизненного цикла

УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

УК-4 Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранном(ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия

УК-5 Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия

УК-6 Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки

Общепрофессиональные компетенции:

ОПК-1 Способность к подготовке и применению научной, научно-производственной, проектной, организационно-управленческой и нормативной документации в системе здравоохранения

ОПК-2 Способность использовать информационные технологии в профессиональной деятельности, соблюдать основные требования информационной безопасности

ОПК-3 Способность реализовывать управленческие принципы в профессиональной деятельности

ОПК-4 Способность к применению современных методик сбора и обработки информации, к проведению статистического анализа и интерпретации результатов, к изучению, анализу, оценке тенденций, к прогнозированию развития событий в состояния популяционного здоровья населения

ОПК-5 Способность к организации публичных мероприятий для решения задач профессиональной деятельности, в том числе с международными партнерами

ОПК-6 Способность к организации ухода за больными и оказанию первой доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных состояниях в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий, в очагах массового поражения

Профессиональные компетенции

ПК-1 Способность и готовность к организации и проведению научных исследований, включая выбор цели и формулировку задач, планирование, подбор адекватных методов, сбор, обработку, анализ данных и публичное их представление с учетом требований информационной безопасности

ПК-2 Способность и готовность к организации и осуществлению прикладных и практических проектов и иных мероприятий по изучению и моделированию социальных, экономических, эпидемиологических и других условий, оказывающих влияние на здоровье и качество жизни населения

ПК-3 Способность и готовность к планированию, организации и осуществлению мероприятий по обеспечению охраны здоровья населения

ПК-4 Способность и готовность к просветительской деятельности (публичные лекции, доклады, просветительская работа с группами риска)

Объем государственной итоговой аттестации составляет 6 зачетных единиц, 216 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП магистратуры.

2. Процедура проведения государственной итоговой аттестации

Предметом государственной итоговой аттестации выпускника является уровень образованности, оцениваемый через систему индивидуальных образовательных достижений, включающих в себя:

- учебные достижения в части освоения учебных дисциплин;
- квалификацию как систему освоенных компетенций, т.е. готовности к реализации основных видов профессиональной деятельности.

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» (уровень магистратура) предусматривает проведение государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план, если иное не установлено порядком проведения государственной итоговой аттестации по соответствующим образовательным программам.

При условии успешного прохождения всех установленных форм проведения государственной итоговой аттестации, выпускнику университета по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» (уровень магистратура) присваивается квалификация "магистр" и выдается диплом государственного образца о высшем образовании.

Государственная итоговая аттестация выпускников, согласно ФГОС ВО, проводится в форме:

- государственного экзамена;
- защиты выпускной квалификационной работы (далее вместе - государственные аттестационные испытания).

2.1. Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена

Государственный экзамен, как один из этапов проведения Государственной итоговой аттестации по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» (уровень магистратура) проводится в сочетании письменной и устной форм ответов на вопросы экзаменационного билета. Предложенные для проведения ГИА выпускников 2018 года ситуационные задачи переработаны с учетом действующих нормативных документов и сбалансированности объема заданий, как по дисциплинам, так и по компетенциям ФГОС ВО по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» (уровень магистратура).

Оценке в данном случае подлежит степень сформированности всех компетенций, заданных ФГОС ВПО по направлению подготовки 32.04.01 «Общественное здравоохранение» (уровень магистратура).

Тестовые задания, экзаменационные вопросы и ситуационные задачи составлены таким образом, что позволяют оценить сформированность обще-

культурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций выпускника и включают задания по следующим дисциплинам:

1. **Научные методы общественного здравоохранения.**
2. **Управление качеством медицинской помощи.**
3. **Администрирование и менеджмент в здравоохранении.**
4. **Управление проектами в сфере здравоохранения.**

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

1. Понятия «команда», «командообразование» и «группа»: сходства и отличия.
2. Определение команды и ее роль в деятельности организации. Основные признаки и функции команды.
3. Эффективная и результативная команда. Управление взаимоотношениями в команде.
4. Командный стиль управления в больших и малых коллективах. Особенности работы в команде.
5. Формирование команды. Ролевая структура команды.
6. Приемы оптимизации работы команд. Критерии и методы профессионального отбора в процессе формирования команд.
7. Подготовка и проведение эффективного совещания.
8. Общая характеристика организаций. Внутренняя и внешняя среда организаций.
9. Особенности управленческого труда. Функции и роли менеджера.
10. Линейные и функциональные руководители.
11. Процессуальные теории мотивации и их использование в практике управления.
12. Виды и методы контроля. Содержание и этапы процесса контроля
13. Общая характеристика формальных и неформальных организаций. Формальные рабочие группы и их характеристика.
14. Типы организационных решений. Факторы, влияющие на принятие управленческих решений.
15. Миссия и цели организации. Рекомендации их формирования.
16. Сущность контроллинга, его функции и задачи. Инструментальные аспекты контроллинга.
17. Управление конфликтами в организации.
18. Администрирование в теории управления, различия понятий «администрирование» и «менеджмент».
19. Персонал как основной ресурс, определяющий успех деятельности организаций. Управление кадрами, комплексный подход к управлению кадрами.
20. Деловая этика, деловые отношения: понятия и характеристика.
21. Реализация стратегии управления персоналом, задачи, понятие кадровой стратегии. Стратегия кадрового менеджмента.

22. Цель набора персонала, задача службы персонала. Источники привлечения кандидатов.
23. Эффективность работы персонала организаций. Методы повышение эффективности работы персонала.
24. Методы деловой оценки персонала (традиционные и нетрадиционные). Их преимущества и недостатки.
25. Методы обучения персонала, сравнительная характеристика.
26. Методы мотивации персонала в организации (экономические и неэкономические)
27. Аттестация персонала.
28. Управление деловой карьерой. Виды карьеры. Цели карьеры. Разработка карьерограмм.
29. Медицинская документация, группы медицинской документации. Общая характеристика медицинского учета, медицинской отчетности и их анализа.
30. Требования к ведению документации. Правила ведения первичной медицинской документации.
31. Общественное здоровье и здравоохранение как наука. Задачи и основные разделы общественного здоровья.
32. Оценочные уровни здоровья населения. Основные методы науки об общественном здоровье и здравоохранении.
33. Показатели оценки общественного здоровья и требования к ним
34. Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении в здравоохранении.
35. Социальные и биологические закономерности здоровья населения.
36. Образ жизни и здоровье.
37. Профилактика: цель, задачи, виды, уровни. Структура и функции профилактической деятельности
38. Заболеваемость населения. Виды заболеваемости в статистике заболеваемости.
39. Специальный учет важнейших неэпидемических болезней. Показатели заболеваемости важнейшими неэпидемическими болезнями.
40. Понятие «инвалидность». Статистический учет инвалидности. Показатели инвалидности.
41. Понятие физического развития. Факторы и признаки физического развития. Методы оценки физического развития.
42. Определение демографии, разделы демографии. Механическое и естественное движение населения.
43. Типы возрастной структуры населения. Влияние изменения возрастной структуры на воспроизводство населения.
44. Показатели рождаемости. Оценочные уровни показателя рождаемости.

45. Показатели смертности населения. Оценочные уровни показателя смертности.
46. Понятие средней продолжительности предстоящей жизни.
47. Статистика и ее роль в медицине и здравоохранении (статистика здоровья, статистика здравоохранения). Гипотеза и проверка гипотезы.
48. Относительные величины и их применение в здравоохранении.
49. Область применения средних величин в медицине и здравоохранении. Статистическая сущность средних величин
50. Надежность и точность исследования. «Уровень вероятности безошибочного прогноза» и его применение. Оценка достоверности производных величин
51. Графические изображения статистических данных.
52. Классификация рядов динамики. Показатели динамики. Методы оценки динамических рядов.
53. Корреляция виды корреляционного анализа.
54. Методы стандартизации, их характеристика и применение
55. Концепция капитала здоровья. Факторы, влияющие на здоровье (детерминанты здоровья).
56. Обзор правовых документов в области охраны здоровья. Категория здоровья в системе правового регулирования.
57. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
58. Гарантии социального обеспечения, в том числе за счет средств обязательного социального страхования.
59. Гарантии определения потребности гражданина в социальной защите, реабилитации и уходе, установления временной нетрудоспособности, инвалидности.
60. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и право на медицинскую помощь.
61. История развития систем управления качеством.
62. Характеристики качества медицинской помощи. Компоненты качества медицинской помощи.
63. Методические подходы к оценке эффективности медицинской помощи.
64. Нормативно-правовые акты Российской Федерации, регламентирующие вопросы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
65. Модели управления качеством в здравоохранении.
66. Потребительские риски в сфере здравоохранения, связанные с низким качеством медицинской помощи.
67. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
68. Комплекс показателей (ВОЗ) и система управления качеством медицинской помощи.

69. Виды деятельности в управлении качеством медицинской помощи. Механизм контроля качества медицинской помощи.

70. Качество медицинской помощи, определение, основные понятия (медицинская технология, профессиональный стандарт, ресурсное обеспечение лечебно-профилактического процесса и др.).

71. Качество медицинской помощи. Организационные технологии его обеспечения и оценки.

72. Компоненты деятельности по обеспечению качества: выполнение профессиональных функций, использование ресурсов, контроль степени риска медицинского вмешательства, удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

73. Непрерывное улучшение качества медицинской помощи. Управление качеством - важнейшая составляющая стратегии непрерывного улучшения качества медицинской помощи.

74. Стандартизация в медицине и здравоохранении. Стандарты медицинской помощи (ресурсные, организационные, технологические).

75. Субъекты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

76. Качество исполнения и качество соответствия. Понятия надлежащего и ненадлежащего качества медицинской помощи.

77. Формы и виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

78. Государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

79. Ведомственный и внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

80. Экспертная деятельность. Экспертиза качества медицинской помощи.

81. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

82. Целевая экспертиза качества медицинской помощи.

83. Плановая экспертиза качества медицинской помощи.

84. Врачебная тайна.

85. История развития методологии управления проектами и характеристика этапов.

86. Определения понятия «проект». Типы проектов по сферам деятельности.

87. Классы проектов по составу, структуре и предметной области проекта. Виды проектов по характеру предметной области проекта и длительности.

88. Общие признаки проектов.

89. Основные элементы проекта, сравнение принципов управления проектами и управления процессами.
90. Управление проектами, методы управления проектами.
91. Жизненный цикл проекта.
92. Задачи менеджмента проекта, свойства проекта.
93. Проектное управление применительно к здравоохранению, содержание и реализация проектного менеджмента в здравоохранении.
94. Проектирование и создание комплексов, стадии программно-целевого управления.
95. Программно-целевое планирование. Этапы разработки стратегии.
96. Программа, ее характеристики и отличительные черты.
97. Проблемы методологии управления проектом применительно к сфере медицинских услуг.
98. Принципы проектно-ориентированного управления разработкой медицинской услуги.
99. SWOT анализ проекта.
100. Риск, проектный риск, факторы, характеризующие риск проекта.

Управление рисками

Решение комплексной ситуационной задачи - это проверка целостности профессиональной подготовки выпускника, т.е. уровня его компетенции в использовании теоретической базы для решения профессиональных ситуаций. Оценке подлежит степень умения выпускника разрабатывать и осуществлять оптимальные решения предложенных ситуаций на основе интеграции содержания дисциплин, входящих в аттестационное испытание и сформированных компетенций.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственного экзамена.

Оценка ответа обучающегося на ГИА определяется в ходе заседания государственной экзаменационной комиссии (далее – ГЭК).

Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:

- оценка «**отлично**» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка «**хорошо**» выставляется обучающемуся, продемонстрировав-

шему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному дополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

2.2. Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме выпускной квалификационной работы

Выпускная квалификационная работа выполняется в виде магистерской диссертации.

Диссертация выполняется в виде печатного текста с приложением графиков, таблиц, схем, документов и других материалов (при их наличии), иллюстрирующих содержание работы.

Объем ВКР (магистерской диссертации) должен составлять 70-90 страниц (без приложений).

Наполнение каждой части магистерской диссертации определяется ее темой. Выбор темы, этапы подготовки, поиск библиографических источников, их изучение и отбор фактического материала, методика написания, правила оформления и защиты магистерской диссертации имеют много общего с дипломной работой. Однако требования к магистерской диссертации в научном отношении существенно выше, чем к дипломной работе. Магистерская диссертация, её тематика и научный уровень должны отвечать образовательно-профессиональной программе обучения. Выполнение указанной работы должно свидетельствовать о том, что ее автор способен надлежащим образом вести научный поиск, распознавать профессиональные проблемы, знать общие методы и приемы их решения.

Написание магистерской диссертации предполагает:

- систематизацию, закрепление и расширение теоретических и практических знаний по направлению магистерской подготовки, их применение при решении конкретных научно-исследовательских задач;

- развитие навыков ведения самостоятельной работы и овладение методикой исследования и экспериментирования при решении научных проблем и вопросов;

- выяснение подготовленности магистранта для самостоятельной работы в учебном или научно-исследовательском учреждении.

При выполнении диссертации выпускник должен, опираясь на полученные углубленные знания, показать свою способность самостоятельно ре-

шать на современном уровне задачи своей профессиональной деятельности, профессионально и грамотно излагать специальную информацию, научно аргументировать и защищать свою точку зрения (позицию).

Структура ВКР содержит следующие обязательные элементы:

- титульный лист;
- содержание;
- введение;
- основная часть;
- заключение;
- библиографический список;
- приложение(я) (при необходимости).

В структуре могут быть предусмотрены также теоретическая часть, расчетно-графическая часть и т.п.

Требования к основным элементам структуры ВКР:

Титульный лист является первой страницей ВКР и оформляется в соответствии с требованиями.

В **содержании** перечисляются введение, заголовки глав (разделов) и подразделов основной части, заключение, библиографический список, каждое приложение с указанием номеров листов (страниц), на которых они начинаются.

Во **введении** указываются объект, предмет, цель и задачи ВКР, обосновывается ее актуальность, теоретическая и (или) практическая значимость, определяются методы исследования, дается обзор информационной базы исследования.

Основная часть ВКР должна включать не менее двух глав (разделов) (но, как правило, не более четырех), она может быть представлена теоретическим и практическим разделами.

В основной части ВКР приводятся данные, отражающие сущность, методику и основные результаты исследования.

Содержательно главы (разделы), как правило, включают в себя:

- анализ истории вопроса и его современного состояния, обзор литературы по исследуемой проблеме, представление различных точек зрения и обоснование позиций автора исследования, анализ и классификацию привлекаемого материала на базе избранной студентом методики исследования;
- описание процесса теоретических и (или) экспериментальных исследований, методов исследования, методов расчета, обоснование необходимости проведения экспериментальных работ, принципов действия разработанных объектов, их характеристики;
- обобщение и оценку результатов исследований, включающих оценку полноты решения поставленной задачи и предложения по дальнейшим направлениям работ, оценку достоверности полученных результатов и их сравнение с аналогичными результатами отечественных и зарубежных работ;

В конце каждой главы (раздела) подраздела следует обобщить материал в соответствии с целями и задачами, сформулировать выводы и достигнутые результаты.

В **заключении** указываются общие результаты ВКР, формулируется обобщенные выводы и предложения, возможные перспективы применения результатов на практике и дальнейшего исследования проблемы.

Библиографический список должен включать изученную и использованную в ВКР литературу. Он свидетельствует о степени изученности проблемы, наличии у студентов навыков самостоятельной работы с информационной составляющей ВКР и должен оформляться в соответствии с требованиями ГОСТ.

В **приложения** включаются связанные с выполненной ВКР материалы, которые по каким-либо причинам не могут быть внесены в основную часть: справочные материалы, таблицы, схемы, нормативные документы, образцы документов, инструкции, методики (иные материалы), разработанные в процессе выполнения работы, иллюстрации вспомогательного характера и т.д.

Примерная тематика и порядок утверждения тем магистерских диссертаций.

Тематика магистерских диссертаций:

1. Стратегический анализ в сфере здравоохранения на этапе формирования проблемы (на примере конкретной медицинской организации)
2. Стратегический анализ в сфере здравоохранения на этапе принятия решений (на примере конкретной медицинской организации)
3. Экономическая оценка здоровья населения.
4. Экономические методы разработки и реализации программ восстановления здоровья
5. Информационное обеспечение управления в медицинских организациях
6. Информационно-аналитическая работа в медицинских организациях (на примере конкретной медицинской организации)
7. Административно-правовое и организационное обеспечение исполнения управленческих решений в медицинских организациях
8. Управление конфликтами в системе управления человеческими ресурсами (на примере конкретной медицинской организации)
9. Командообразование как технология формирования управленческого потенциала организации (на примере конкретной медицинской организации)
10. Профориентация в системе управления персоналом (на примере конкретной медицинской организации)
11. Профессиональное развитие в современной организации (на примере организации работы конкретной медицинской организации)
12. Профессиональное управление конкурентоспособностью молодых сотрудников медицинской организации

13. Организационно-функциональная модель динамического наблюдения и коррекции здоровья (студентов, сотрудников организации)
14. Управление сферой здравоохранения в регионе
15. Инновационная деятельность медицинской организации: состояние и перспективы развития
16. Методология подбора кадров и оценка качества работы персонала (на примере конкретной медицинской организации)
17. Эволюция управление качеством медицинской помощи
18. Учет, аудит и анализ эффективности использования основных средств и проблемы их улучшения в здравоохранении
19. Показатели здоровья подростков (конкретной территории): сравнительно-сопоставительный анализ
20. Совершенствование организации медицинской помощи в сельском муниципальном образовании
21. Законодательные основы первичной медико-санитарной помощи населению (конкретного региона) и пути ее совершенствования
22. Здоровье городских подростков и мероприятия по его укреплению
23. Комплексное изучение неудовлетворенности медицинской помощью в муниципальном образовании (на примере отдельного муниципального образования)
24. Организация услуг здравоохранения в условиях рынка
25. Формы финансового обеспечения охраны материнства и детства в Российской Федерации
26. Российская модель добровольного медицинского страхования и возможности её модификации
27. Административно-правовые проблемы управления здравоохранением в субъектах федерации
28. Социально-экономические проблемы организации специализированной помощи на региональном уровне
29. Профессионально-квалификационная характеристика врачебных кадров городских амбулаторно-поликлинических учреждений (на примере конкретной медицинской организации)
30. Научное обоснование основных путей профилактики больным (БСК, новообразованиями, травматизмом и др.)

Порядок утверждения тем магистерских диссертаций.

Магистранту предоставляется право выбора темы диссертации из предложенного списка, составленного кафедрой, реализующей магистерскую программу.

Магистранту предоставляется право предложения своей тематики диссертационного исследования с необходимым обоснованием целесообразности ее разработки.

Тема диссертации может быть заказана предприятием (организацией), с которым(ой) университет имеет договор о сотрудничестве или работодателем магистранта. В этом случае предприятие (организация) оформляет заявку на разработку конкретной темы в виде письма на имя декана факультета.

Содержание диссертации должно ориентироваться на решение теоретических и практических задач, связанных с основными видами профессиональной деятельности магистра по направлению «Общественное здравоохранение».

Тема диссертации фиксируется в заявлении магистранта на имя руководителя магистерской программы, и подается на кафедру, реализующей магистерскую программу.

Порядок выполнения, порядок предзащиты и представления в государственную аттестационную комиссию выпускной квалификационной работы.

Подготовка и защита магистерской диссертации проводятся в сроки, установленные графиком учебного процесса высшего учебного заведения.

С целью осуществления выпускающей кафедрой контроля качества ВКР и подготовки студентов к официальной защите рекомендуется проведение заседания выпускающей кафедры, где студент, в присутствии руководителя ВКР, проходит предварительную защиту ВКР. К предварительной защите студент представляет задание на ВКР и полный непереплетенный (несброшюрованный) вариант ВКР.

В обязанности членов кафедры входит:

- оценка степени готовки ВКР;
- рекомендации по устранению выявленных недостатков работы (при их наличии);
- рекомендации о допуске ВКР к официальной защите;

Подготовленная и переплетенная ВКР представляется студентом на выпускающую кафедру не менее чем за две недели до дня ее защиты по расписанию. В случае, если ВКР не представлена студентом в установленный срок по уважительным причинам, декан факультета может в установленном порядке изменить дату защиты, напротив соответствующее представление на имя ректора Университет о переносе сроков защиты ВКР. Перенос сроков защиты ВКР оформляется приказом ректора Университета.

Передача экземпляра ВКР для составления официального отзыва и рецензии осуществляется выпускающей кафедрой.

ВКР подлежит обязательному внешнему рецензированию в соответствии с порядком, определенным выпускающей кафедрой и ФГОС по соответствующему направлению подготовки.

ВКР вместе с результатами предварительной защиты, отзывом руководителя и официальными рецензиями должна быть сдана выпускающей кафедрой секретарю государственной экзаменационной комиссии не позднее

12 часов рабочего дня, предшествующего дню защиты работы по расписанию.

Отрицательный отзыв руководителя ВКР и (или) официального рецензента, не влияет на допуск ВКР к защите. Оценку по результатам защиты ВКР выставляет государственная экзаменационная комиссия.

Автор ВКР имеет право ознакомиться с официальными рецензиями и отзывом руководителя о его работе до начала процедуры защиты.

Порядок защиты магистерской диссертации.

Выпускник защищает ВКР в государственной экзаменационной комиссии по защите ВКР (далее – комиссия), входящей в состав государственной аттестационной комиссии по направлению подготовки, утверждаемой в соответствии с Положением об итоговой государственной аттестации выпускников.

Защита ВКР проводится в соответствии с графиком итоговой государственной аттестации, утверждаемым Ученым советом Университета, и по расписанию, утверждаемому в Университете.

Защиты ВКР проводится на открытом заседании комиссии с участием не менее двух третей ее состава.

Обязательные элементы процедуры защиты:

- выступление автора ВКР;
- оглашение официальных рецензий;
- оглашение отзыва руководителя.

Для сообщения по содержанию ВКР студенту отводится не более 10 минут. При защите могут представляться дополнительные материалы, характеризующие научную и практическую ценность выполненной работы (печатные статьи по теме, документы, указывающие на практическое применение результатов работы и т.п.), использоваться технические средства для презентации материалов ВКР.

После оглашения официальных отзывов и рецензий студенту должно быть предоставлено время для ответа на замечания, имеющиеся в отзыве и рецензии(ях).

Вопросы членов комиссии автору ВКР должны находиться в рамках ее темы и предмета исследования.

На открытой защите ВКР могут присутствовать все желающие, которые вправе задавать студенту вопросы по теме защищаемой работы.

Общая продолжительность защиты ВКР не должна превышать 0,5 часа.

Критерии выставления оценок (соответствия уровня подготовки выпускника требованиям ФГОС) на основе выполнения и защиты магистерской диссертационной работы.

При оценке магистерской диссертации учитывается:

- обоснованность выбора и актуальность темы исследования;

- уровень осмыслиения теоретических вопросов и обобщения собранного материала, обоснованность и четкость сформулированных выводов (обобщений) и предложений (при наличии);
- четкость структуры работы и логичность, последовательность изложения материала;
- методологическая обоснованность исследования;
- владение научным стилем изложения, орфографическая и пунктуационная грамотность;
- объем и уровень анализа научной литературы и правоприменительной практики по исследуемой проблеме;
- соответствие формы представления дипломной работы всем требованиям, предъявляемым к оформлению данных работ;
- содержание отзыва научного руководителя и мнение рецензента;
- качество устного доклада соискателя;
- глубина и точность ответов магистранта на вопросы, замечания и рекомендации во время защиты работы.

Члены ГАК, руководствуясь указанными критериями, индивидуально оценивают диссертационное исследование и его защиту.

Итоговая оценка выводится по четырех бальной шкале («неудовлетворительно», «удовлетворительно», «хорошо», «отлично») по согласованию всех членов комиссии. При отсутствии единого мнения членов комиссии, приоритетом пользуется мнение председателя комиссии.

Результаты защиты магистерской диссертации объявляются в тот же день после оформления протоколов заседания ГАК.

3. Перечень рекомендуемой литературы

Научные методы общественного здравоохранения.

Основная учебная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: нац. рук. [Текст] / под ред. В.И. Стародубова и др. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 620 с.

2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для студентов высш. учеб. заведений / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 607 с.

3. Хенеган К. Доказательная медицина: пер. с англ. [Текст]/ К. Хенеган, Б. Дуглас. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2013. - 125 с.

Дополнительная учебная литература:

1. Биостатистика [Текст] : учеб.-метод. пособие для обуч. по прогр. магистратуры по напр. подготовки - 32.04.01 - общ. здравоохранение / О. В. Медведева [и др.] ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2017. - 133 с.

2. Практикум общественного здоровья и здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для студентов учреждений высш. проф. образования / И. Н. Денисов [и др.]. - М. : Мед. информ. агентство, 2016. - 456 с.

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Медик В. А., Юрьев В. К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437100.html>

4. Медицинская документация: учетные и отчетные формы [Текст] : метод. пособие / Р. А. Хальфин [и др.]. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2013. - 60 с.

5. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов / под ред. Г.Н. Царик. - Кемерово : ГОУ ГБОУ "КемГМА", 2012. - 911 с.

6. Информационные технологии в здравоохранении [Текст] : метод. указ. для студентов заоч. отд. фак. высш. сестр. образования / Ряз. гос. мед. ун-т; сост. М.П. Булаев, И.С. Маркова, М.А. Шмонова. - Рязань : РИО РязГМУ, 2014. - 43 с.

7. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В.А. Медик, В.И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437018.html>

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

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

Управление качеством медицинской помощи.

Основная учебная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: нац. рук. [Текст] / под ред. В.И. Стародубова и др. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 620 с.

2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для студентов высш. учеб. заведений / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 607 с.

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Медик В. А., Юрьев В. К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437100.html>

Дополнительная учебная литература:

1. Управление качеством медицинской помощи [Текст] : учеб.-метод. пособие для обуч. по прогр. магистратуры по напр. подготовки -

32.04.01 - общ. здравоохранение / О. В. Медведева [и др.] ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 102 с.

2. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов / под ред. Г.Н. Царик. - Кемерово : ГОУ ГБОУ "КемГМА", 2012. - 911 с.

3. Практикум общественного здоровья и здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для студентов учреждений высш. проф. образования / И. Н. Денисов [и др.]. - М. : Мед. информ. агенство, 2016. - 456 с.

4. Организационно-аналитическая деятельность [Электронный ресурс] : учебник / С. И. Двойников и др.; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434208.html>

5. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / Решетников А.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>

6. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В.А. Медик, В.И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437018.html>

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

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

Администрирование и менеджмент в здравоохранении.

Основная учебная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: нац. рук. [Текст] / под ред. В.И. Стародубова и др. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 620 с.

2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для студентов высш. учеб. заведений / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 607 с.

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / Медик В. А., Юрьев В. К. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437100.html>

Дополнительная учебная литература:

1. Администрирование и менеджмент в здравоохранении [Текст] : учеб.-метод. пособие для обуч. по прогр. магистратуры по напр. подготовки -

32.04.01 - общ. здравоохранение / О. В. Медведева [и др.] ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2016. - 210 с.

2. Практикум общественного здоровья и здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для студентов учреждений высш. проф. образования / И. Н. Денисов [и др.]. - М. : Мед. информ. агентство, 2016. - 456 с.

3. Управление персоналом организации [Текст] : учеб. для студентов высш. учеб. заведений / под ред. А.Я. Кибанова. - М. : ИНФРА-М, 2014. - 694 с.

4. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов / под ред. Г.Н. Царик. - Кемерово : ГОУ ГБОУ "КемГМА", 2012. - 911 с.

5. Организационно-аналитическая деятельность [Электронный ресурс] : учебник / С. И. Двойников и др.; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434208.html>

6. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / Решетников А.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>

7. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В.А. Медик, В.И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437018.html>

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

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

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

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

Управление проектами в сфере здравоохранения

Основная учебная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: нац. рук. [Текст] / под ред. В.И. Стародубова и др. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2014. - 620 с.

2. Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для студентов высш. учеб. заведений / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 607 с.

3. Хенеган К. Доказательная медицина: пер. с англ. [Текст]/ К. Хенеган, Б. Дуглас. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2013. - 125 с

Дополнительная учебная литература:

1. Медведева О.В. Управление проектами в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания населения [Текст] : учеб.-метод. пособие для обуч. по прогр. магистратуры по напр. подготовки - 32.04.01 - общ. здравоохранение / О. В. Медведева, Н. А. Афонина, Н. В. Чвырева ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2016. - 91 с.

2. Медицинская документация: учетные и отчетные формы [Текст] : метод. пособие / Р. А. Хальфин [и др.]. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2013. - 60 с.

3. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] : учеб. для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов / под ред. Г.Н. Царик. - Кемерово: ГОУ ГБОУ "КемГМА", 2012. - 911 с.

4. Организационно-аналитическая деятельность [Электронный ресурс] : учебник / С. И. Двойников и др.; под ред. С. И. Двойникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434208.html>

5. Экономика здравоохранения [Электронный ресурс] / Решетников А.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431368.html>

6. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс] : учебник / В.А. Медик, В.И. Лисицин. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437018.html>

7. Практикум общественного здоровья и здравоохранения [Текст] : учеб. пособие для студентов учреждений высш. проф. образования / И. Н. Денисов [и др.]. - М. : Мед. информ. агентство, 2016. - 456 с.

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

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

4. Оценочные средства

Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:

Задача 1. Сотрудник постоянно уклоняется от ответственности, переспрашивает, как следует выполнять текущую работу, но в результате все делает весьма старательно. Сотрудник работает в организации более полугода.

Вопросы:

1. Чем может быть вызвана эта ситуация?

2. Каковы Ваши действия?

Ответ к задаче 1. Подобное поведение может быть симптомом как проблем подчиненного, так и неэффективного руководства менеджера. В первом случае необходимо получить как можно больше сведений о подчи-

ненном, в том числе и из первоисточника. Целесообразно подвергнуть тщательному анализу уровень компетентности и профессиональной пригодности подчиненного. Вместе с тем, причиной описанного поведения могут быть:

- свойства характера подчиненного, в том числе неуверенность в себе, а также недоверие к окружающим, в том числе к начальнику;
- желание найти «компромат» на начальника, используя его же указания с целью занятия вышестоящей должности.

С другой стороны, возможна ситуация, когда начальник не дает четких указаний или постоянно их меняет. Поступающие так менеджеры весьма часто склонны винить подчиненных в недоработках. Вполне возможно, что поведение подчиненного продиктовано попыткой избежать выговора со стороны такого начальника.

Задача 2. Вас назначили руководителем крупной многопрофильной больницы. Какие требования должны быть учтены менеджментом организации при формулировке миссии организации? Сформулируйте миссию крупной многопрофильной больницы.

Ответ к задаче 2. В отличие от цели, миссия организации не привязана к какому-то сроку и выражает устремленность на перспективу, стратегические приоритеты и социальную значимость деятельности организации. В процессе выработки формулировки миссии нужно ответить на три вопроса:

- 1) Чем занимается организация (какие услуги оказывает)?
- 2) Кому служит организация (кто является потребителем услуг)?
- 3) Как (в общих чертах) работает организация (принципы, культура организации, основные ценности)?

Задача 3. Вам необходимо сформулировать цели и принципы политики в области стимулирования труда персонала медицинской организации, учитывая, что организация имеет весь набор функциональных подсистем по управлению персоналом.

Ответ к задаче 3. Политика в области стимулирования персонала - это система денежных и неденежных вознаграждений наемному работнику за результаты его труда на предприятии. Разработка политики в области стимулирования персонала выступает, как одна из важнейших, стратегических, задач в управлении персоналом. Соответственно, построение системы стимулирования персонала является функцией менеджера по персоналу. *Значение и основные задачи разработки политики в области стимулирования персонала.* Основное значение системы стимулирования заключается в том, чтобы с помощью этой системы направить производственное поведение сотрудников организации на достижение стоящих перед ней стратегических задач. Иными словами, соединить материальные интересы сотрудников со стратегическими задачами организации. Эта ключевая установка определяет цели системы стимулирования:

- *Привлечение персонала в организацию.* Организации конкурируют между собой на рынке труда за привлечение человеческих ресурсов, которые им необходимы для достижения стратегических задач. В этом смысле систе-

ма стимулирования должна быть конкурентоспособной применительно к той категории работников, которые требуются организации.

- *Сохранение сотрудников в организации.* Когда вознаграждение в организации не соответствует тому, что предлагает рынок, сотрудники могут начать покидать ее. Чтобы избежать потери сотрудников, на профессиональное обучение и развитие которых организация затратила определенные средства и которые являются ценным ресурсом, руководители должны обеспечить конкурентоспособность системы стимулирования.

- *Стимулирование производительного поведения.* Вознаграждение должно ориентировать работников на те действия, которые необходимы для организации. Производительность, творчество, опыт, преданность философии организации должны поощряться через систему стимулирования.

- *Контроль издержек на рабочую силу.* Продуманная система стимулирования позволяет организации контролировать и эффективно управлять затратами на рабочую силу, обеспечивая при этом наличие требуемых сотрудников.

- *Административная эффективность и простота.* Система стимулирования должна быть хорошо понятна каждому сотруднику и проста для администрирования, т.е. не требовать значительных материальных и трудовых ресурсов для обеспечения ее бесперебойного функционирования.

- *Соответствие требованиям законодательства.* Во всех странах вознаграждение работников регулируется государственным законодательством.

Задача 4. На заводе работает 950 человек. В течение года им было выдано 900 листков временной нетрудоспособности с общим числом дней нетрудоспособности – 12.600.

Вопрос: Рассчитать показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

1. Число случаев нетрудоспособности.
2. Число дней нетрудоспособности.
3. Среднюю длительность 1 случая нетрудоспособности.

Ответ к задаче 4. 1. Число случаев нетрудоспособности: $100 \cdot 900 / 950 = 94,2$ случаев (по шкале Ноткина - средний уровень – от 80-99 случаев)

2. Число дней нетрудоспособности: $100 \cdot 12.600 / 950 = 1326$ дней (по шкале Ноткина – высокий уровень – от 1200-1499 дней)

3. Средняя длительность 1 случая нетрудоспособности: $12.600 / 900 = 14$ дней.

Средняя длительность случая нетрудоспособности зависит от тяжести заболевания, степени эффективности лечения и правильности организации экспертной службы. При анализе этого показателя прослеживают его динамику за смежные годы по отдельным срокам. Снижение показателя свидетельствует об уменьшении трудопотерь предприятия, если не возрастает число случаев временной утраты трудоспособности.

Задача 5. В городе N. численность населения составляла 500000 человек. В течение года умерло 7500 человек. Распределение умерших по причи-

нам смерти: - болезни системы кровообращения - 250000; - злокачественные новообразования - 160000; - несчастные случаи, отравления и травмы - 140000.

Вопрос: На основании абсолютных чисел, представленных в задаче, необходимо:

1. Вычислить структуру и дать характеристику причин смертности.

Ответ к задаче 5. Структура причин смерти: болезни системы кровообращения $250000/500000 \cdot 100\% = 50,0\%$; злокачественные новообразования $160000/7500 \cdot 100\% = 32,0\%$; несчастные случаи, отравления и травмы $140000/7500 \cdot 100\% = 28,0\%$; прочие причины $100\% - (50,0+32,0+28,0) = 10,0$. В структуре причин смерти лидируют БСК, второе место занимают злокачественные новообразования, третье - несчастные случаи, отравления и травмы.

Задача 6. Мальчик 8 лет (городской житель) имеет рост 129 см, вес – 30,1 кг, окружность груди – 65 см.

Вопрос: Проведите оценку физического развития мальчика по шкалам регрессии.

Ответ к задаче 6. По оценочной таблице рост 129 см относится к группе средних величин роста, ему соответствует вес 28,2 кг. Вес мальчика выше стандартного на 1,9 кг ($30,1 \text{ кг} - 28,2 \text{ кг} = 1,9 \text{ кг}$). Эту разницу нужно разделить на частную сигму $\sigma_R = 2,88 \times (1,9 / 2,88) = 0,65 (\sigma)$. Таким образом, вес мальчика выше стандартного на $0,65\sigma$ и находится в пределах средних величин. Окружность грудной клетки – 65 см, выше стандартной на 2,2 см ($65 \text{ см} - 62,8 \text{ см} = +2,2$), в долях сигмы регрессии это равно $2,2 / 3,37 = 0,65\sigma$, т. е. окружность груди также находится в средних пределах. Следовательно, физическое развитие мальчика среднее, гармоничное.

Задача 7. В г. Н. проживает 100000 человек, за последние годы отмечается рост смертности, сформировался регрессивный тип структуры населения. За изучаемый год в городе родилось 1300 детей, из них 10 умерли на первом году жизни, в том числе 5 - от состояний, возникших в перинатальном периоде, 4 - от врожденных аномалий, 1 - от пневмонии.

Вопросы: 1. При каком соотношении возрастных групп можно говорить о регрессивном типе структуры населения?

2. Какие демографические показатели можно рассчитать по представленной информации?

Ответ к задаче 7. 1. В возрастной структуре население, как правило, распределяется по одногодичным или по пятилетним возрастным группам. Однако для оценки общих структурных сдвигов применяют укрупненное распределение на три возрастные группы: 0-14 лет, 15-49 лет, 50 лет и старше. На основании расчета удельного веса лиц в возрасте 0-14, 15-49, 50 лет и старше определяется возрастной тип населения. По возрастному составу различают прогрессивный, регрессивный и стационарный типы населения. Прогрессивный тип населения (доля лиц в возрасте 0-14 лет больше, чем доля лиц в возрасте 50 лет и старше) - обеспечивает дальнейшее увеличение чис-

ленности населения. Стационарный тип населения (доля лиц в возрасте 0-14 лет и 50 лет и старше одинаковы) – определяет стабилизацию численности населения. Регрессивный тип населения (доля лиц в возрасте 50 лет и старше больше, чем доля лиц в возрасте 0-14 лет) - угрожает нации вымиранием (т.к. имеет место сокращение численности населения).

2. Можно рассчитать показатель рождаемости, уровень младенческой смертности и структуру причин младенческой смертности.

Показатель рождаемости: $1300 \cdot 1000 / 100.000 = 13,0$ на 1000 населения (уровень рождаемости по ориентировочной таблице оценки естественного движения населения по А.М. Маркову - низкий, т.к. меньше 15%).

Показатель младенческой смертности: $10 \cdot 1000 / 1300 = 7,7$ на 1000 родившихся (уровень младенческой смертности по ориентировочной таблице оценки естественного движения населения по А.М. Маркову - очень низкий, т.к. меньше 20%).

Структура причин младенческой смерти:

Состояния, возникающие в перинатальном периоде: $5 \cdot 100\% / 10 = 50,0\%$

Врожденные аномалии: $4 \cdot 100\% / 10 = 40,0\%$

Пневмонии: $1 \cdot 100\% / 10 = 10,0\%$

Задача 8. Заведующий отделением отобрал на экспертизу 10 историй болезни врача-терапевта. Проведена экспертиза по медицинским стандартам. Обследование проведено почти полностью, имеются только некоторые упущения. Поставлен верный, развернутый диагноз. Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью. После окончания лечения состояние здоровья пациента хорошее (достигнуты основные ожидаемые результаты). Проведите оценку качества оказанной медицинской помощи, используя соответствующие шкалы.

Ответ к задаче 8. Оцениваем по шкале оценки набора диагностических мероприятий - проведено почти полностью - 75 % (ОДМ.)

1. Оцениваем по шкале оценки диагноза «поставлен верный развернутый диагноз» - 100% (ОД).

2. Оцениваем по шкале набора лечебно-оздоровительных мероприятий, «выполнены почти полностью» - 75% (ОЛМ).

3. Оценивает по шкале состояния здоровья «хорошее, достигнуты основные ожидаемые результаты» - 75% (ОК).

Подставляем в формулу:

$$\text{УКЛ} = \frac{(0,5 \times 75\%) + (0,2 \times 100\%) + (0,3 \times 75\%) + (1 \times 75\%)}{200\%} =$$

$$\text{УКЛ} = \frac{37,5\% + 20\% + 22,5\% + 75\%}{200\%} =$$

$$\text{УКЛ} = \frac{155\%}{200\%} = 0,775$$

200%

Полученный коэффициент сравниваем со «шкалой оценки качества медицинской помощи». По шкале оценка качества данный результат попадает в интервал от 1 до 0,7. Следовательно, уровень качества лечения – «хороший».

Задача 9. При выборочном обследовании пациентов, находившихся на лечении в стационаре интенсивного лечения, было установлено, что 12,5% из них были госпитализированы не по показаниям. 20% пациентов находились в отделении при отсутствии необходимости их круглосуточного наблюдения медицинским персоналом. Проведите оценку адекватности оказания медицинской помощи осуществляется на основе анализа целесообразности её предоставления с учетом уровней (этапности), медицинских показаний и критериев завершения этапа лечебно-диагностического процесса.

Ответ к задаче 9. Из условий задачи следует, что 87,5% пациентов госпитализируются в данное отделение с учетом медицинских показаний, что соответствует 5 баллам. Критерии пребывания больных в стационаре соблюдаются в 80% случаев, что соответствует 4 баллам. Средний балл оценки адекватности оказания медицинской помощи (КАОМП) составит:

$$K_{AOMP} = (5+4)/2 = 4,5 \text{ балла}$$

Задача 10. Определение уровня КЛДИ с использованием формулы и шкалы экспертных оценок позволяет констатировать, что уровень качества диагностического материала (ОДМ) составил 87%, что соответствует 4 баллам экспертной шкалы оценок, выбор аппаратуры и методов исследования – 92%, (ОАМ) – также 5 баллам. В 20% случаев имеет место нарушение технологии исследования, что составляет 3 балла по шкале экспертных оценок (ОТИ = 3 балла). Результаты исследования и заключение по ним объективно отражают процессы, происходящие в пробах крови (ОР соответствует 100%, или 5 баллам). Заключение является адекватным полученным результатам (ОЗ составляет 100%, или 5 баллов). Оцените уровень качества гематологических лабораторно-диагностических исследований.

Ответ к задаче 10. Уровень качества лабораторно-диагностических исследований конкретного профиля (вида) определяется с использованием формулы: $LDI = (ODM + OAM + OTI + OR + OZ) / KRP$

где: ЛДИ - показатель качества лабораторно-диагностических исследований;

ОДМ - оценка диагностического материала (степень подготовки объекта для диагностики);

ОАМ - обоснованность применения аппаратуры и методики обследования;

ОТИ - оценка технологии исследования;

ОР - оценка результатов исследования;

ОЗ - оценка заключения;

КРП - количество рассматриваемых позиций

Подставляем данные в формулу: $LDI = (4 + 5 + 3 + 5 + 5) / 5 = 4,4$ балла

5. Порядок подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся

предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

**Фонд оценочных средств
для государственной итоговой аттестации**
выпускников по программам магистратуры по направлению подготовки -
32.04.01 Общественное здравоохранение

**Матрица компетенций, сформированность которых оценивается
на государственном экзамене**

| Номер ситуационной задачи и/или задания/билета | Компетенции |
|--|--|
| 1. | УК1, УК3, УК4; ОПК1, ОПК2, ПК1, ПК3 |
| 2. | УК1, УК2, УК6; ОПК1, ОПК2, ОПК4, ПК1, ПК2, ПК-3 |
| 3. | УК1, УК3, УК4, ОПК-1, ОПК-2, ОПК4, ПК1, ПК2, ПК3 |
| 4. | УК1, УК4, УК6, ОПК1, ОПК4, ОПК5, ПК2, ПК3, ПК4 |
| 5. | УК1, УК2, УК3, УК4, УК5, УК6, ОПК1, ОПК2, ОПК3, ОПК4, ОПК5, ОПК6, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4 |
| 6. | УК1, УК2, ОПК1, ОПК2, ОПК3, ПК1, ПК2 |
| 7. | УК1, УК3, УК4, ОПК1, ОПК2, ОПК3, ОПК5, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4 |
| 8. | УК1, УК4, УК5, УК6, ОПК3, ОПК5, ОПК6, ПК3, ПК4 |
| 9. | УК1, ОПК1, ОПК2, ОПК4, ПК1, ПК2, ПК3 |
| 10. | УК1, УК2, УК3, ОПК1, ОПК3, ОПК5, ПК1, ПК2 |
| 11. | УК1, ОПК1, ОПК2, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК4 |
| 12. | УК1, УК2, ОПК1, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК2 |
| 13. | УК1, УК4, УК5, ОПК2, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК3 |
| 14. | УК1, УК4, ОПК1, ОПК2, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК3, ПК4 |
| 15. | УК1, УК2, ОПК1, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК2 |
| 16. | УК1, УК3, УК4, УК5, ОПК2, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК2 |
| 17. | УК1, УК3, УК4, ОПК1, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК3 |
| 18. | УК1, УК3, ОПК1, ОПК2, ОПК4, ПК1, ПК4 |
| 19. | УК1, УК3, УК4, УК6, ОПК1, ОПК2, ОПК4, ПК3, ПК4 |
| 20. | УК1, УК4, УК5, УК6, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК3, ПК4 |
| 21. | УК1, УК4, УК6, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК3, ПК4 |
| 22. | УК1, УК4, УК6, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК3, ПК4 |
| 23. | УК1, УК4, УК6, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК3, ПК4 |
| 24. | УК1, УК4, УК6, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК2, ПК3, ПК4 |
| 25. | УК1, УК4, УК6, ОПК1, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК2, ПК3 |
| 26. | УК1, УК4, УК6, ОПК1, ОПК3, ОПК4, ПК1, ПК2, ПК3 |
| 27. | УК1, УК2, УК6, ОПК1, ОПК2, ОПК3, ПК1, ПК2, ПК3 |
| 28. | УК1, УК2, УК4, УК6, ОПК1, ОПК3, ПК2, ПК3 |
| 29. | УК1, УК2, УК3, УК6, ОПК1, ОПК3, ПК2, ПК3 |
| 30. | УК1, УК2, УК3, УК6, ОПК1, ОПК3, ПК2, ПК3 |
| 31. | УК1, УК2, УК3, УК6, ОПК1, ОПК3, ПК2, ПК3 |
| 32. | УК1, УК2, УК3, УК6, ОПК1, ОПК2, ОПК3, ПК1, ПК2, ПК3 |
| 33. | УК1, УК2, УК3, УК6, ОПК1, ОПК2, ОПК3, ПК1, ПК2, ПК3 |
| 34. | УК1, УК2, УК3, УК6, ОПК1, ОПК3, ПК2, ПК3 |
| 35. | УК1, УК2, УК3, УК6, ОПК1, ОПК3, ПК2, ПК3 |

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций:

Перечень вопросов:

1. Понятия «команда», «командообразование» и «группа»: сходства и отличия.
2. Определение команды и ее роль в деятельности организации. Основные признаки и функции команды.
3. Эффективная и результативная команда. Управление взаимоотношениями в команде.
4. Командный стиль управления в больших и малых коллективах. Особенности работы в команде.
5. Формирование команды. Ролевая структура команды.
6. Приемы оптимизации работы команд. Критерии и методы профессионального отбора в процессе формирования команд.
7. Подготовка и проведение эффективного совещания.
8. Общая характеристика организаций. Внутренняя и внешняя среда организаций.
9. Особенности управленческого труда. Функции и роли менеджера.
10. Линейные и функциональные руководители.
11. Процессуальные теории мотивации и их использование в практике управления.
12. Виды и методы контроля. Содержание и этапы процесса контроля
13. Общая характеристика формальных и неформальных организаций. Формальные рабочие группы и их характеристика.
14. Типы организационных решений. Факторы, влияющие на принятие управленческих решений.
15. Миссия и цели организации. Рекомендации их формирования.
16. Сущность контроллинга, его функции и задачи. Инструментальные аспекты контроллинга.
17. Управление конфликтами в организации.
18. Администрирование в теории управления, различия понятий «администрирование» и «менеджмент».
19. Персонал как основной ресурс, определяющий успех деятельности организаций. Управление кадрами, комплексный подход к управлению кадрами.
20. Деловая этика, деловые отношения: понятия и характеристика.
21. Реализация стратегии управления персоналом, задачи, понятие кадровой стратегии. Стратегия кадрового менеджмента.
22. Цель набора персонала, задача службы персонала. Источники привлечения кандидатов.

23. Эффективность работы персонала организаций. Методы повышение эффективности работы персонала.
24. Методы деловой оценки персонала (традиционные и нетрадиционные). Их преимущества и недостатки.
25. Методы обучения персонала, сравнительная характеристика.
26. Методы мотивации персонала в организации (экономические и неэкономические)
27. Аттестация персонала.
28. Управление деловой карьерой. Виды карьеры. Цели карьеры. Разработка карьерограмм.
29. Медицинская документация, группы медицинской документации. Общая характеристика медицинского учета, медицинской отчетности и их анализа.
30. Требования к ведению документации. Правила ведения первичной медицинской документации.
31. Общественное здоровье и здравоохранение как наука. Задачи и основные разделы общественного здоровья.
32. Оценочные уровни здоровья населения. Основные методы науки об общественном здоровье и здравоохранении.
33. Показатели оценки общественного здоровья и требования к ним
34. Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении в здравоохранении.
35. Социальные и биологические закономерности здоровья населения.
36. Образ жизни и здоровье.
37. Профилактика: цель, задачи, виды, уровни. Структура и функции профилактической деятельности
38. Заболеваемость населения. Виды заболеваемости в статистике заболеваемости.
39. Специальный учет важнейших неэпидемических болезней. Показатели заболеваемости важнейшими неэпидемическими болезнями.
40. Понятие «инвалидность». Статистический учет инвалидности. Показатели инвалидности.
41. Понятие физического развития. Факторы и признаки физического развития. Методы оценки физического развития.
42. Определение демографии, разделы демографии. Механическое и естественное движение населения.
43. Типы возрастной структуры населения. Влияние изменения возрастной структуры на воспроизводство населения.
44. Показатели рождаемости. Оценочные уровни показателя рождаемости.
45. Показатели смертности населения. Оценочные уровни показателя смертности.

46. Понятие средней продолжительности предстоящей жизни.
47. Статистика и ее роль в медицине и здравоохранении (статистика здоровья, статистика здравоохранения). Гипотеза и проверка гипотезы.
48. Относительные величины и их применение в здравоохранении.
49. Область применения средних величин в медицине и здравоохранении. Статистическая сущность средних величин
50. Надежность и точность исследования. «Уровень вероятности безошибочного прогноза» и его применение. Оценка достоверности производных величин
51. Графические изображения статистических данных.
52. Классификация рядов динамики. Показатели динамики. Методы оценки динамических рядов.
53. Корреляция виды корреляционного анализа.
54. Методы стандартизации, их характеристика и применение
55. Концепция капитала здоровья. Факторы, влияющие на здоровье (детерминанты здоровья).
56. Обзор правовых документов в области охраны здоровья. Категория здоровья в системе правового регулирования.
57. Права и обязанности граждан в сфере охраны здоровья.
58. Гарантии социального обеспечения, в том числе за счет средств обязательного социального страхования.
59. Гарантии определения потребности гражданина в социальной защите, реабилитации и уходе, установления временной нетрудоспособности, инвалидности.
60. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи и право на медицинскую помощь.
61. История развития систем управления качеством.
62. Характеристики качества медицинской помощи. Компоненты качества медицинской помощи.
63. Методические подходы к оценке эффективности медицинской помощи.
64. Нормативно-правовые акты Российской Федерации, регламентирующие вопросы контроля качества и безопасности медицинской деятельности.
65. Модели управления качеством в здравоохранении.
66. Потребительские риски в сфере здравоохранения, связанные с низким качеством медицинской помощи.
67. Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи.
68. Комплекс показателей (ВОЗ) и система управления качеством медицинской помощи.
69. Виды деятельности в управлении качеством медицинской помощи. Механизм контроля качества медицинской помощи.

70. Качество медицинской помощи, определение, основные понятия (медицинская технология, профессиональный стандарт, ресурсное обеспечение лечебно-профилактического процесса и др.).

71. Качество медицинской помощи. Организационные технологии его обеспечения и оценки.

72. Компоненты деятельности по обеспечению качества: выполнение профессиональных функций, использование ресурсов, контроль степени риска медицинского вмешательства, удовлетворенность пациента медицинским обслуживанием.

73. Непрерывное улучшение качества медицинской помощи. Управление качеством - важнейшая составляющая стратегии непрерывного улучшения качества медицинской помощи.

74. Стандартизация в медицине и здравоохранении. Стандарты медицинской помощи (ресурсные, организационные, технологические).

75. Субъекты контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

76. Качество исполнения и качество соответствия. Понятия надлежащего и ненадлежащего качества медицинской помощи.

77. Формы и виды контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

78. Государственный и внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

79. Ведомственный и внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности.

80. Экспертная деятельность. Экспертиза качества медицинской помощи.

81. Порядок организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

82. Целевая экспертиза качества медицинской помощи.

83. Плановая экспертиза качества медицинской помощи.

84. Врачебная тайна.

85. История развития методологии управления проектами и характеристика этапов.

86. Определения понятия «проект». Типы проектов по сферам деятельности.

87. Классы проектов по составу, структуре и предметной области проекта. Виды проектов по характеру предметной области проекта и длительности.

88. Общие признаки проектов.

89. Основные элементы проекта, сравнение принципов управления проектами и управления процессами.

90. Управление проектами, методы управления проектами.

91. Жизненный цикл проекта.
 92. Задачи менеджмента проекта, свойства проекта.
 93. Проектное управление применительно к здравоохранению, содержание и реализация проектного менеджмента в здравоохранении.
 94. Проектирование и создание комплексов, стадии программно-целевого управления.
 95. Программно-целевое планирование. Этапы разработки стратегии.
 96. Программа, ее характеристики и отличительные черты.
 97. Проблемы методологии управления проектом применительно к сфере медицинских услуг.
 98. Принципы проектно-ориентированного управления разработкой медицинской услуги.
 99. SWOT анализ проекта.
 100. Риск, проектный риск, факторы, характеризующие риск проекта.
- Управление рисками

Перечень ситуационных задач:

Задача 1. Сотрудник постоянно уклоняется от ответственности, переспрашивает, как следует выполнять текущую работу, но в результате все делает весьма старательно. Сотрудник работает в организации более полугода.

Вопросы:

1. Чем может быть вызвана эта ситуация?
2. Каковы Ваши действия?

Ответ к задаче 1. Подобное поведение может быть симптомом как проблем подчиненного, так и неэффективного руководства менеджера. В первом случае необходимо получить как можно больше сведений о подчиненном, в том числе и из первоисточника. Целесообразно подвергнуть тщательному анализу уровень компетентности и профессиональной пригодности подчиненного. Вместе с тем, причиной описанного поведения могут быть:

- свойства характера подчиненного, в том числе неуверенность в себе, а также недоверие к окружающим, в том числе к начальнику;
- желание найти «компромат» на начальника, используя его же указания с целью занятия вышестоящей должности.

С другой стороны, возможна ситуация, когда начальник не дает четких указаний или постоянно их меняет. Поступающие так менеджеры весьма часто склонны винить подчиненных в недоработках. Вполне возможно, что поведение подчиненного продиктовано попыткой избежать выговора со стороны такого начальника.

Задача 2. Вас назначили руководителем крупной многопрофильной больницы. Какие требования должны быть учтены менеджментом организации при формулировке миссии организации? Сформулируйте миссию крупной многопрофильной больницы.

Ответ к задаче 2. В отличие от цели, миссия организации не привязана к какому-то сроку и выражает устремленность на перспективу, стратегические приоритеты и социальную значимость деятельности организации. В процессе выработки формулировки миссии нужно ответить на три вопроса:

1. Чем занимается организация (какие услуги оказывает)?
2. Кому служит организация (кто является потребителем услуг)?
3. Как (в общих чертах) работает организация (принципы, культура организации, основные ценности)?

Задача 3. Вам необходимо сформулировать цели и принципы политики в области стимулирования труда персонала медицинской организации, учитывая, что организация имеет весь набор функциональных подсистем по управлению персоналом.

Ответ к задаче 3. Политика в области стимулирования персонала - это система денежных и неденежных вознаграждений наемному работнику за результаты его труда на предприятии. Разработка политики в области стимулирования персонала выступает, как одна из важнейших, стратегических, задач в управлении персоналом. Соответственно, построение системы стимулирования персонала является функцией менеджера по персоналу. *Значение и основные задачи разработки политики в области стимулирования персонала.* Основное значение системы стимулирования заключается в том, чтобы с помощью этой системы направить производственное поведение сотрудников организации на достижение стоящих перед ней стратегических задач. Иными словами, соединить материальные интересы сотрудников со стратегическими задачами организации. Эта ключевая установка определяет цели системы стимулирования:

- *Привлечение персонала в организацию.* Организации конкурируют между собой на рынке труда за привлечение человеческих ресурсов, которые им необходимы для достижения стратегических задач. В этом смысле система стимулирования должна быть конкурентоспособной применительно к той категории работников, которые требуются организации.

- *Сохранение сотрудников в организации.* Когда вознаграждение в организации не соответствует тому, что предлагает рынок, сотрудники могут начать покидать ее. Чтобы избежать потери сотрудников, на профессиональное обучение и развитие которых организация затратила определенные средства и которые являются ценным ресурсом, руководители должны обеспечить конкурентоспособность системы стимулирования.

- *Стимулирование производительного поведения.* Вознаграждение должно ориентировать работников на те действия, которые необходимы для организации. Производительность, творчество, опыт, преданность философии организации должны поощряться через систему стимулирования.

- *Контроль издержек на рабочую силу.* Продуманная система стимулирования позволяет организации контролировать и эффективно управлять затратами на рабочую силу, обеспечивая при этом наличие требуемых сотрудников.

- *Административная эффективность и простота.* Система стимулирования должна быть хорошо понятна каждому сотруднику и проста для администрирования, т.е. не требовать значительных материальных и трудовых ресурсов для обеспечения ее бесперебойного функционирования.

- *Соответствие требованиям законодательства.* Во всех странах вознаграждение работников регулируется государственным законодательством.

Задача 4. Известно, что число физических лиц врачей - 70, число физических лиц среднего медицинского персонала - 140.

1. Определите соотношение врачей и среднего медицинского персонала больницы.

2. Оцените полученные данные.

Ответ к задаче 4. Соотношение числа физических лиц врачей и числа физических лиц среднего медицинского персонала $70 : 140 = 1:2$.

Соотношение врачей и среднего медицинского персонала со ставило 1:2, а оптимальным это соотношение должно быть 1: 4. Следовательно, данная больница недостаточно укомплектована средним медицинским персоналом, что обязательно скажется на качестве оказания медицинской помощи и, возможно, приведет к его снижению.

Задача 5. На заводе работает 950 человек. В течение года им было выдано 900 листков временной нетрудоспособности с общим числом дней нетрудоспособности – 12.600.

Вопрос: Рассчитать показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

1. Число случаев нетрудоспособности.

2. Число дней нетрудоспособности.

3. Среднюю длительность 1 случая нетрудоспособности.

Ответ к задаче 5. 1. Число случаев нетрудоспособности: $100 \cdot 900 / 950 = 94,2$ случаев (по шкале Ноткина - средний уровень – от 80-99 случаев)

2. Число дней нетрудоспособности: $100 \cdot 12.600 / 950 = 1326$ дней (по шкале Ноткина – высокий уровень – от 1200-1499 дней)

3. Средняя длительность 1 случая нетрудоспособности: $12.600 / 900 = 14$ дней.

Средняя длительность случая нетрудоспособности зависит от тяжести заболевания, степени эффективности лечения и правильности организации экспертной службы. При анализе этого показателя прослеживают его динамику за смежные годы по отдельным срокам. Снижение показателя свидетельствует об уменьшении трудопотерь предприятия, если не возрастает число случаев временной утраты трудоспособности.

Задача 6. В городе N. численность населения составляла 500000 человек. В течение года умерло 7500 человек. Распределение умерших по причинам смерти: - болезни системы кровообращения - 250000; - злокачественные новообразования - 160000; - несчастные случаи, отравления и травмы - 140000.

Вопрос: На основании абсолютных чисел, представленных в задаче, необходимо:

2. Вычислить структуру и дать характеристику причин смертности.

Ответ к задаче 6. Структура причин смерти: болезни системы кровообращения $250000/500000 \cdot 100\% = 50,0\%$; злокачественные новообразования $160000/7500 \cdot 100\% = 32,0\%$; несчастные случаи, отравления и травмы $140000/7500 \cdot 100\% = 28,0\%$; прочие причины $100\% - (50,0+32,0+28,0) = 10,0$. В структуре причин смерти лидируют БСК, второе место занимают злокачественные новообразования, третье - несчастные случаи, отравления и травмы.

Задача 7. Мальчик 8 лет (городской житель) имеет рост 129 см, вес – 30,1 кг, окружность груди – 65 см.

Вопрос: Проведите оценку физического развития мальчика по шкалам регрессии.

Ответ к задаче 7. По оценочной таблице рост 129 см относится к группе средних величин роста, ему соответствует вес 28,2 кг. Вес мальчика выше стандартного на 1,9 кг ($30,1 \text{ кг} - 28,2 \text{ кг} = 1,9 \text{ кг}$). Этую разницу нужно разделить на частную сигму $\sigma_R = 2,88 \times (1,9 / 2,88) = 0,65 (\sigma)$. Таким образом, вес мальчика выше стандартного на $0,65\sigma$ и находится в пределах средних величин. Окружность грудной клетки – 65 см, выше стандартной на 2,2 см ($65 \text{ см} - 62,8 \text{ см} = +2,2$), в долях сигмы регрессии это равно $2,2 / 3,37 = 0,65\sigma$, т. е. окружность груди также находится в средних пределах. Следовательно, физическое развитие мальчика среднее, гармоничное.

Задача 8. В медицинских организациях города за отчетный период было зарегистрировано 400 000 первичных обращений населения, в том числе по поводу болезней органов дыхания - 130 000; травм, отравлений и других последствий внешних причин - 65 000; болезней нервной системы - 25 000. Среднегодовая численность населения в отчетном году составила 600 000 человек.

Вопросы:

1. На основании представленных данных рассчитайте относительные показатели.

2. Укажите, к какому виду относительных величин они относятся.

3. Назовите виды относительных величин и раскройте их сущность.

Ответ к задаче 8.

1, 2. За отчетный период уровень первичной заболеваемости городского населения составил 666,7 на 1000 человек (интенсивный показатель).

В структуре выявленной патологии более половины всех заболеваний (55,0%) пришлось на три класса болезней, в том числе 32,5% - болезни органов дыхания, 16,3% - травмы, отравления и другие последствия внешних причин, 6,2% - болезни нервной системы. Остальные классы болезней составили 45,0%. Рассчитанные статистические коэффициенты относятся к экспенсивным показателям.

3. По своему содержанию относительные величины (статистические коэффициенты), чаще всего применяемые в медицинской статистике, подразделяют на 4 вида: экстенсивные коэффициенты (относительные величины распределения или структуры); интенсивные коэффициенты (относительные величины частоты); коэффициенты (относительные величины) соотношения; коэффициенты (относительные величины) наглядности.

Задача 9. Численность населения в сельском районе 20 000 человек, родилось за 2017 год 200 детей, умерло 376 человек.

Вопросы:

1. Вычислите показатель рождаемости в сельском районе и дайте ему оценку?

2. Вычислите показатель общей смертности в районе и дайте ему оценку

Ответ к задаче 9.

1. Коэффициент рождаемости рассчитывается как отношение числа родившихся за год к численности населения, умноженное на 1000:

$$\frac{200 \times 1000}{20000} = 10 \%$$

Уровень рождаемости в сельском районе оценивается как низкий.

2. Коэффициент общей смертности вычисляется как отношение числа умерших за год к численности населения, умноженное на 1 000:

$$\frac{376 \times 1000}{20000} = 18,8\%$$

Уровень смертности в районе оценивается как высокий

Задача 10. Рассчитайте показатели заболеваемости детского населения области Р., учитывая условия, представленные в таблице:

| Наименование заболевания | Число заболеваний |
|--------------------------|-------------------|
| Дизентерия острая | 100 |
| Токсическая диспепсия | 500 |
| Колит | 400 |
| Всего | 1000 |

Вычислите структуру заболеваемости детей болезнями желудочно-кишечного тракта и изобразите ее графически, выбрав оптимальный вариант.

Ответ к задаче 10. Показатель структуры (или экстенсивный показатель) вычисляется как отношение части к целому, то есть отношение числа заболеваний каждой нозологической формы к общему числу заболеваний, умноженное на 100:

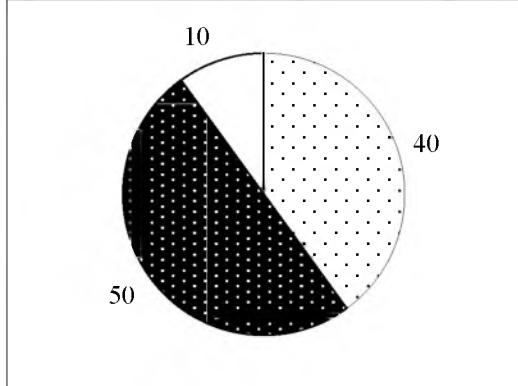
для острой дизентерии: $100 / 1000 \cdot 100\% = 10,0\%$

для токсической диспепсии: $500 / 1000 \cdot 100\% = 50,0\%$

для колита: $400 / 1000 \cdot 100\% = 40,0\%$

Экстенсивный показатель можно изобразить в виде секторной или внутристолбиковой диаграммы. В данном случае оптимальным вариантом является секторная диаграмма, т.к. нет необходимости сравнения динамики структуры.

Структура заболеваемости детей болезнями желудочно-кишечного тракта, в % (секторная диаграмма).



доля острой дизентерии 10%
доля токсической диспепсии 50%
доля колита 40 %

Задача 11. Предложите блоки опросного листа по проблеме «Изучение репродуктивной и хозяйствственно-экономической функции семьи»

Ответ к задаче 11.

- 1 блок - паспортные данные мужчин и женщин;
- 2 блок – социально-экономическая характеристика семьи;
- 3 блок – предусматривает изучение субъективной оценки здоровья членов семьи и факторов, его определяющих;
- 4 блок – посвящен изучению репродуктивной функции респондентов
- 5 блок – предусматривает изучение мер семейной политики, которые в наибольшей степени могли бы повлиять на решение семей иметь большее число детей.

Задача 12. Предложите блоки опросного листа по проблеме «Изучение здоровья студентов».

Ответ к задаче 12

- 1 блок - паспортные данные;
- 2 блок – позволяет получить социально-экономическую характеристику респондентов;
- 3 блок – предусматривает изучение субъективной оценки здоровья студентами и факторов, его определяющих;
- 4 блок – посвящен изучению здоровьесберегающего поведения студентов.

Задача 13. Предложите блоки опросного листа по проблеме «Изучение мнения медицинского персонала о кадровых ресурсах муниципального здравоохранения».

Ответ к задаче 13

- 1 блок - включает паспортные данные респондентов;
- 2 блок – позволяет получить развернутую социально-гигиеническую характеристику опрошенных;
- 3 блок – предусматривает изучение субъективной оценки здоровья респондентов и факторов, его определяющих;

4 блок – посвящен изучению мнения респондентов о финансировании, материально-технической базе и уровне качества медицинской помощи лечебно-профилактического учреждении.

Задача 14. Определите численность населения трудоспособного возраста на начало следующего года, если за текущий год имеются следующие данные: численность населения трудоспособного возраста на начало года ($P_{тph}$) - 70 млн. человек; численность умерших в трудоспособном возрасте в течение года (N) - 0,2 млн. человек; численность молодежи, достигшей в данном году трудоспособного возраста, P_b - 2,0 млн. человек; численность лиц, достигших пенсионного возраста в текущем году (P_p) - 1,6 млн. человек.

Ответ к задаче 14. Численность населения трудоспособного возраста на конец анализируемого года или на начало следующего года (P_{trk}) рассчитывается следующим образом: $P_{trk} = P_{trh} + (P_b - P_p - N) = 70 + (2,0 - 1,6 - 0,2) = 70,2$ млн. человек.

Ответ. Численность населения трудоспособного возраста на начало следующего года составит 70,2 млн. человек.

Задача 15. Заведующий отделением отобрал на экспертизу 10 историй болезни врача-терапевта. Проведена экспертиза по медицинским стандартам. Обследование проведено почти полностью, имеются только некоторые упущения. Поставлен верный, развернутый диагноз. Лечебно-оздоровительные мероприятия выполнены почти полностью. После окончания лечения состояние здоровья пациента хорошее (достигнуты основные ожидаемые результаты). Проведите оценку качества оказанной медицинской помощи, используя соответствующие шкалы.

Ответ к задаче 15. Оцениваем по шкале оценки набора диагностических мероприятий - проведено почти полностью - 75 % (ОДМ.)

1. Оцениваем по шкале оценки диагноза «поставлен верный развернутый диагноз» - 100% (ОД).

2. Оцениваем по шкале набора лечебно-оздоровительных мероприятий, «выполнены почти полностью» - 75% (ОЛМ).

3. Оценивает по шкале состояния здоровья «хорошее, достигнуты основные ожидаемые результаты» - 75% (ОК).

Подставляем в формулу:

$$УКЛ = \frac{(0,5 \times 75\%) + (0,2 \times 100\%) + (0,3 \times 75\%) + (1 \times 75\%)}{200\%} =$$

$$УКЛ = \frac{37,5\% + 20\% + 22,5\% + 75\%}{200\%} =$$

$$УКЛ = \frac{155\%}{200\%} = 0,775$$

Полученный коэффициент сравниваем со «шкалой оценки качества медицинской помощи». По шкале оценка качества данный результат попадает в интервал от 1 до 0,7. Следовательно, уровень качества лечения – «хороший».

Задача 16. При выборочном обследовании пациентов, находившихся на лечении в стационаре интенсивного лечения, было установлено, что 12,5% из них были госпитализированы не по показаниям. 20% пациентов находились в отделении при отсутствии необходимости их круглосуточного наблюдения медицинским персоналом. Проведите оценку адекватности оказания медицинской помощи осуществляется на основе анализа целесообразности её предоставления с учетом уровней (этапности), медицинских показаний и критериев завершения этапа лечебно-диагностического процесса.

Ответ к задаче 16. Из условий задачи следует, что 87,5% пациентов госпитализируются в данное отделение с учетом медицинских показаний, что соответствует 5 баллам. Критерии пребывания больных в стационаре соблюдаются в 80% случаев, что соответствует 4 баллам. Средний балл оценки адекватности оказания медицинской помощи (КАОМП) составит:

$$K_{AOMP} = (5+4)/2 = 4,5 \text{ балла}$$

Задача 17. Определение уровня КЛДИ с использованием формулы и шкалы экспертных оценок позволяет констатировать, что уровень качества диагностического материала (ОДМ) составил 87%, что соответствует 4 баллам экспертной шкалы оценок, выбор аппаратуры и методов исследования – 92%, (ОАМ) – также 5 баллам. В 20% случаев имеет место нарушение технологии исследования, что составляет 3 балла по шкале экспертных оценок (ОТИ = 3 балла). Результаты исследования и заключение по ним объективно отражают процессы, происходящие в пробах крови (ОР соответствует 100%, или 5 баллам). Заключение является адекватным полученным результатам (ОЗ составляет 100%, или 5 баллов). Оцените уровень качества гематологических лабораторно-диагностических исследований.

Ответ к задаче 17. Уровень качества лабораторно-диагностических исследований конкретного профиля (вида) определяется с использованием формулы: $LDI = (ODM + OAM + OTI + OR + OZ) / KRP$

где: ЛДИ - показатель качества лабораторно-диагностических исследований;

ОДМ - оценка диагностического материала (степень подготовки объекта для диагностики);

ОАМ - обоснованность применения аппаратуры и методики обследования;

ОТИ - оценка технологии исследования;

ОР - оценка результатов исследования;

ОЗ - оценка заключения;

КРП - количество рассматриваемых позиций

Подставляем данные в формулу: $LDI = (4 + 5 + 3 + 5 + 5) / 5 = 4,4 \text{ балла}$

Задача 18. Предметная область экспертной оценки «Внедомственная экспертиза страховых медицинских организаций в системе ОМС». Перечислите документы выхода предметной области блока.

Ответ к задаче 18.

- комплексные статистические количественные, качественные и экономические сведения о состоянии КМП в МО и рекомендации по ее совершенствованию,
- предписания независимым экспертам на проведение плановых и выборочных экспертиз,
- сформированные регистры врачей-экспертов,
- нормативы на проведение экспертизы в МО (формализованные вопросы для экспертов и нормативы расчетов штрафных санкций МО, графики оптимального движения экспертов в МО),
- методы направленного отбора и выборочного метода на основании анализа реестров, статистических данных по КМП, по уровню осложнений, по летальности, по повторным обращениям, по увеличению сроков лечения и претензий к КМП,
- по выполнению технологии лечебно-диагностического процесса, диспансеризации, профилактических осмотров.

Задача 19. В отделении патологии недоношенных детей работают 3 врача. За прошедший месяц первый врач – пролечил 5 больных (УКЛ1 – 0,6; УКЛ2 – 0,87; УКЛ3 – 0,9; УКЛ4 – 0,75; УКЛ5 – 0,9), 2 врач пролечил 3 больных (УКЛ1 – 0,7; УКЛ2 – 0,9; УКЛ3 – 0,5), 3 врач пролечил 4 больных (УКЛ1 – 0,8; УКЛ2 – 0,7; УКЛ3 – 0,6; УКЛ4 – 0,7). Рассчитать уровень качества отделения за истёкший месяц. Оцените возможность дальнейшей работы данного отделения в системе ОМС.

Ответ к задаче 19.

Решение:

$$0.6+0.87+0.9+0.75+0.9/5=0.804$$

$$0.7+0.9+0.5/3=0.7$$

$$0.8+0.7+0.6+0.7/4=0.7$$

$$0.80+0.70+0.70=2.2$$

$2.2/3=0.7$ -это средний месячный уровень качества лечения по отделению. Данному отделению возможно работать в системе обязательного ОМС, но необходимо направить на профессиональную переподготовку врачей отделения.

Задача 20. В городе Д. Врач терапевтического отделения за истёкший месяц пролечил 3 больных. Уровень качества лечения больных был экспертино оценён: УКЛ1 – 0,5; УКЛ2 – 0,71; УКЛ3 – 0,68. Рассчитайте коэффициент уровня качества лечения врача за прошедший период. Оцените возможность дальнейшей работы врача в системе ОМС.

Ответ к задаче 20. $0.5+0.71+0.68=1.89/3=0.63$ Возможна дальнейшая работа врача, но при условии профессиональной переподготовки в текущем году.

Задача 21. В отделение реанимации поступила 9-летняя девочка после автодорожного происшествия. Состояние девочки было критическим, требовалась срочная операция. Врач Р. принимает решение оперировать девочку и в ходе операции удаляет селезенку.

Через два часа разыскали мать девочки, которая заявила, что подаст в суд на врача, так как ее ребенка оперировали без ее согласия.

Вопросы:

1. Что означает экстренная медицинская помощь?
2. Разъясните смысл понятия «согласие гражданина на медицинскую помощь».
3. Права ли мать девочки?
4. Правильно ли поступил врач?

Ответ к задаче 21. 1. Статья 39 «Основ законодательства об охране здоровья граждан РФ» определяет скорую (экстренную) медицинскую помощь как состояние, требующее срочного медицинского вмешательства (при несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях и заболеваниях) и осуществляемое безотлагательно.

2. Ст. 32 «Основ законодательства об охране здоровья граждан РФ» гласит, что необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является добровольное информированное согласие пациента. «Добровольное» означает, что дееспособный пациент самостоятельно, осознанно, без чьего-либо давления извне решает согласиться на медицинское вмешательство - операцию, диагностическое обследование и пр. «Информированное» означает, что пациент знает диагноз, ему разъяснили метод лечения, прогноз, связанные с медицинским вмешательством возможные риски и пр. Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном порядке недееспособными, дают их законные представители после ознакомления со всей необходимой информацией.

3. Мать девочки неправа. Врач должен был поступить в соответствии с ч. 2 ст. 32 «Основ законодательства об охране здоровья граждан РФ»: «В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах больного решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц МО и матери ребенка».

Задача 22. Больной Н. при перевязке попросил процедурную сестру сделать обезболивающий укол, так как он не может больше выносить боль.

Медсестра ответила, что при подобной перевязке обезболивание не положено, к тому же у неё нет нужного лекарства.

Вопросы:

1. Где закреплено право больного на обезболивание?
2. Как должна поступить медицинская сестра в подобной ситуации?

Ответ к задаче 22. Право больного на обезболивание закреплено в п. 5 ст. 19 «Основ законодательства об охране здоровья граждан», 2011 г. Пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами. Понятие] медицинское вмешательство включает в себя и перевязку в том числе.

Медицинская сестра должна сообщить врачу о просьбе пациента, который должен назначить ему обезболивающий препарат

Задача 23. Медицинская сестра, узнав, что поступивший с травмами головы, рук и других частей тела пациент является ВИЧ инфицированным, отказалась обрабатывать его раны, заявив, что она не получает дополнительно за вредность и опасность при работе с больными СПИДом и ВИЧ-инфицированными, а также очень боится заразиться сама и заразить свою маленькую дочку.

Вопросы:

1. Права ли медицинская сестра?
2. Что сказано по этому поводу в законодательстве?

Ответ к задаче 23. Медицинская сестра неправа. Медицинский работник не имеет права отказать в медицинской помощи ВИЧ-инфицированному гражданину. В соответствии со ст. 14 Федерального закона «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», ВИЧ-инфицированным оказываются все виды медицинской помощи по клиническим показаниям, при этом они пользуются всеми правами, предусмотренными законодательством РФ об охране здоровья граждан. В частности, п. 1 ст. 30 «Основ законодательства об охране здоровья граждан РФ» гласит, что пациент имеет право на уважительное и гуманное отношение со стороны обслуживающего и медицинского персонала, а п. 9 ст. 30 - на сохранение в тайне информации о своем заболевании.

Задача 24. В связи с юбилеем одной из больниц районного центра готовился сюжет об успехах данной клиники для местной печати и телевидения. Журналисты проводили беседы с медицинским персоналом, больными. На видеопленке фиксировались отдельные медицинские манипуляции и оборудование. Через месяц вышла газета, а на местном телевидении прошел сюжет, где рассказывалось о достижениях, проблемах и перспективах клиники, в том числе содержалась информация о здоровье подростка 14 лет, страдавшего тяжелым недугом с неблагоприятным для излечения прогнозом. Возникшие случаи психологического давления со стороны сверстников, которым стала известна данная информации, привели подростка к попытке самоубийства.

Вопросы:

1. Можно ли расценивать данный случай как пример нарушения прав пациента?
2. Есть ли основания для возникновения юридической ответственности в связи с разглашением врачебной тайны?

Ответ к задаче 24:

1. Да, случай является нарушением прав пациента на основании уголовную ответственность за разглашение врачебной тайны на основании ст. 137 Уголовного Кодекса РФ - «Преступления против конституционных прав и свобод человека и гражданина», согласно части 1 указанной статьи противоправными действиями являются «незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, без его согласия либо распространение этих сведений в публичном выступлении, публично демонстрирующемся произведении или средствах массовой информации

2. Статья же 151 ГК РФ определяет, что, если вследствие разглашения врачебной тайны гражданину причинён моральный вред, то суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации такого вреда.

Задача 25. Страховая медицинская организация А заключила договор ОМС с организацией Б - работодателем застрахованных 1 января 2018 г. Договор содержит следующие условия: наименования сторон, срок действия, размер и порядок внесения страховых взносов, права и обязанности сторон. Первый взнос по договору был получен только 7 февраля 2018 г. Страховая медицинская организация А отказалась оплачивать медицинскую помощь, которую получали работники организации Б период с 1 января по 6 февраля.

Вопросы:

1. Правомерен ли отказ страховой медицинской организации А в оплате медицинской помощи?

Ответ к задаче 25: Отказ Страховой медицинской организации А в оплате медицинской помощи правомерен. Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

Задача 26. Гражданка А. получила полис ОМС в Москве. Во время проживания у родственников в Московской области она заболела ОРЗ и решила обратиться к терапевту в местную поликлинику. В поликлинике терапевт отказал ей в приеме на том основании, что полис получен в Москве, а не в Московской области, и порекомендовал обратиться за медицинской помощью по месту постоянного жительства.

Вопросы:

1. Правомерны ли действия терапевта? Если нет, то какие положения законодательства РФ были нарушены?

2. К кому в поликлинике необходимо обратиться гражданке А. с жалобой на действия терапевта?

3. Кто должен представлять интересы гражданки А. в описанном случае?

Ответ к задаче 26:

1. Действия терапевта неправомерны. Согласно ФЗ N 326 "Об обязательном медицинском страховании в РФ" страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на террито-

риях других государств, с которыми Российская Федерация имеет соглашения о медицинском страховании граждан.

2. Обратиться с заявлением на имя главврача данного медицинского учреждения. Кроме того, Вы можете позвонить в свою страховую организацию по телефону, который указан на полисе ОМС, или в территориальный фонд ОМС.

3. В описанном случае представлять интересы граждански А. должна страховая компания.

Задача 27. Больная К., 75 лет пришла по записи на прием к врачу. Оказалось, что ее амбулаторной карты нет. Медицинская сестра сказала, чтобы она шла в регистратуру и взяла там свою карту или пусть сидит и ждет, когда ее принесут. Через 30 минут ожидания карточку так и не принесли. Медицинская сестра сказала, что ее карту потеряли. Женщина стала возмущаться, что ее карту постоянно не могут найти и теряют. На что медсестра ей ответила: «А я-то при чем? Вот кто теряет, тому и предъявляйте претензии». Возник конфликт, после которого женщина написала жалобу главному врачу.

Ответ к задаче 27. Налицо – ошибки организации лечебного процесса в поликлинике. Карточка больной должна была находиться в кабинете врача, т.к. больная была записана на прием заранее. Если карточка отсутствует, то медицинская сестра должна сама решить эту проблему, не включая в это больную, не обсуждая с ней это.