

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования  
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

**Кафедра общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А.Семашко  
Института общественного здоровья им.Ф.Ф.Эрисмана**

**Методические материалы по дисциплине:**

**Общественное здоровье и здравоохранение**

**основная профессиональная образовательная программа высшего  
профессионального образования - программа специалитета  
31.05.02 Педиатрия**

## Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

- 1) По данным ВОЗ, наибольшее влияние на возникновение заболеваний населения оказывают
  - A. Социально-экономические условия и образ жизни населения +
  - B. Организация и качество медицинской помощи
  - C. Экологическая обстановка
  - D. Наследственность
  
- 2) Общественное здоровье-это
  - A. Наука о закономерностях здоровья населения +
  - B. Наука о социологии здоровья
  - C. Система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья
  - D. Наука о социальных проблемах медицины
  
- 3) Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют
  - A. Образ жизни и условия жизни +
  - B. Биологические
  - C. Экологические
  - D. Уровень организации медицинской помощи
  
- 4) Здоровье населения рассматривается (изучается) как
  - A. Многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению общей заболеваемости, без учета влияния факторов окружающей среды +
  - B. Однофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
  - C. Многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
  - D. Оценка показателей естественного движения населения
  
- 5) Основным принципом охраны здоровья граждан является
  - A. Приоритет профилактических мер в области здравоохранения +
  - B. Самообеспечение граждан в случае утраты здоровья
  - C. Платность и софинансирование медицинской помощи для инвалидов
  - D. Расширение показаний для лечения в круглосуточных стационарах
  
- 6) Укажите определение понятия "здоровье" данное всемирной организацией здравоохранения
  - A. Здоровье - это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов +
  - B. Здоровье человека - это гармоничное единство биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями
  - C. Здоровье - это процесс сохранения и развития биологических,

- физиологических, психологических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности человека при максимальной продолжительности его активной жизни
- D. Здоровье - это динамическое равновесие организма с окружающей природной и социальной средой, при котором все заложенные в биологической и социальной сущности человека способности проявляются наиболее полно
- 7) Одним из критериев оценки общественного здоровья является
- A. Физическое развитие +
  - B. Уровень занятости населения
  - C. Уровень развития здравоохранения
  - D. Уровень доходов населения
- 8) В структуре факторов, влияющих на здоровье населения, доля наследственных факторов составляет
- A. 17-20% +
  - B. 8-12%
  - C. 80-85%
  - D. 50-55%
- 9) В структуре факторов, влияющих на здоровье населения, доля образа жизни составляет
- A. 50-55% +
  - B. 8-12%
  - C. 18-22%
  - D. 17-20%
- 10) В структуре факторов, влияющих на здоровье населения, доля системы здравоохранения составляет примерно
- A. 8-10% +
  - B. 1-5%
  - C. 5-7%
  - D. 30-35%
- 11) Под медицинской статистикой понимают отрасль статистики, включающую
- A. Совокупность статистических методов по изучению здоровья населения и факторов, влияющих на него, а также вопросов, связанных с медициной и здравоохранением +
  - B. Статистические методы по изучению здоровья населения
  - C. Совокупность статистических методов, необходимых для анализа деятельности медицинской организации
  - D. Статистические методы по изучению и совершенствованию управления в учреждениях здравоохранения

- 12) На каком этапе статистического исследования создаются макеты статистических таблиц
- A. При составлении плана и программы исследований +
  - B. На этапе сбора материала
  - C. На этапе статистической обработки материалов
  - D. При проведении анализа результатов
- 13) Количественная репрезентативность выборочной совокупности обеспечивается за счет
- A. Выборки, включающей достаточное число наблюдений (рассчитывается по специальным формулам) +
  - B. Десятипроцентной выборки из генеральной совокупности
  - C. Двадцатипроцентной выборки
  - D. Случайного отбора наблюдений
- 14) К какому виду статистического наблюдения относится регистрация рождаемости и смертности
- A. Сплошное +
  - B. Выборочный
  - C. Единовременное
  - D. Плановое
- 15) Какие из ниже перечисленных способов наблюдения позволяют получить наиболее объективную информацию о состоянии здоровья населения
- A. Выкопировка данных из медицинской документации +
  - B. Опрос
  - C. Анкетирование
  - D. Наблюдение
- 16) К единовременному наблюдению относится
- A. Перепись населения +
  - B. Регистрация браков
  - C. Регистрация заболеваний
  - D. Регистрация рождений
- 17) Программа статистического исследования включает
- A. Составление программы сбора материала +
  - B. Разработку анкет
  - C. Определение объекта исследования
  - D. Определение исполнителей исследования
- 18) Единица наблюдения определяется
- A. Целью и задачами исследования +
  - B. Программой исследования

- C. Планом исследования
- D. Опросом респондентов

19) Из перечисленных видов статистических таблиц наиболее информативной является

- A. Комбинационная +
- B. Простая
- C. Групповая
- D. Сложная

20) Заболеваемость вирусным гепатитом а в районе к. в текущем году составила 6,0 на 10000 населения. указанный показатель является

- A. Интенсивным +
- B. Экстенсивным
- C. Показателем соотношения
- D. Показателем наглядности

21) Дополните утверждение:

Коэффициент корреляции между уровнем травматизма и стажем работы токарей составил (гху) равен - 0,91. Установленная связь вариационная корреляционная +

22) Дополните утверждение:

Частота хронического гастрита среди студентов лечебного факультета медицинского вуза составляет 10 %. Данный показатель является экстенсивным интенсивным +

23) Дополните утверждение:

В структуре общей заболеваемости студентов медицинского вуза гастрит составляет 15%. Данный показатель является; экстенсивным + интенсивным

24) Дополните утверждение:

За последние 15 лет заболеваемость студентов медицинского вуза гастритом выросла на 5 %. Данный показатель является: показателем соотношения показателем наглядности+

25) Дополните утверждение:

Последовательное изложение учитываемых признаков - вопросов, на которые необходимо получить ответы при проведении данного исследования – это

Программа сбора материала +  
Программа анализа материала

- 26) Дополните утверждение:  
Группировка ответов по атрибутивным признакам называется  
Типологической +  
Вариационной
- 27) Дополните утверждение:  
Группировка ответов по количественным признакам называется  
Типологической  
Вариационной +
- 28) Дополните утверждение:  
Вариационный ряд, в котором каждая варианта встречается по одному раз,  
является  
Простым +  
Взвешенным
- 29) Дополните утверждение:  
Вариационный ряд, в котором варианты соединены в группы,  
объединяющие их по величине в пределах определенного интервала,  
называется  
Сгруппированный (интервальный) ряд +  
Несгруппированный
- 30) Дополните утверждение:  
Результаты исследования факторов риска артериальной гипертонии  
показали, что коэффициент корреляции между показателем индекса массы  
тела и уровнем систолического артериального давления (гху) равен + 0,84.  
Установленная связь является:  
Прямой, сильной +  
Обратной, слабой
- 31) РАЗДЕЛ ДЕМОГРАФИИ «ДИНАМИКА» ИЗУЧАЕТ  
А. воспроизводство населения +  
В. состав населения по возрасту  
С. численность населения  
D. состав населения по полу
- 32) РАЗДЕЛ ДЕМОГРАФИИ «ДИНАМИКА» ИЗУЧАЕТ ПОКАЗАТЕЛИ  
А. рождаемости  
В. численности населения  
С. соотношения мужчин и женщин

D. возрастного состава населения

33) РАЗДЕЛ ДЕМОГРАФИИ «ДИНАМИКА» ИЗУЧАЕТ ПОКАЗАТЕЛИ

- A. фертильности +
- B. численности населения
- C. соотношения мужчин и женщин
- D. возрастного состава населения

34) РАЗДЕЛ ДЕМОГРАФИИ «ДИНАМИКА» ИЗУЧАЕТ ПОКАЗАТЕЛИ

- A. младенческой смертности +
- B. численности населения
- C. распределения населения по территории
- D. поло-возрастного состава населения

35) РАЗДЕЛ ДЕМОГРАФИИ «ДИНАМИКА» ИЗУЧАЕТ ПОКАЗАТЕЛИ

- A. фертильности +
- B. численности населения
- C. распределения населения по территории
- D. поло-возрастного состава населения

36) ПЕРЕСЕЛЕНИЕ ДЛЯ РАБОТЫ ПО КОНТРАКТУ В УДАЛЕННЫЕ РАЙОНЫ СЕВЕРА РОССИИ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ

- A. временной миграции +
- B. сезонной миграции
- C. маятниковой миграции
- D. урбанизации

37) ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛЮДЕЙ В ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ПЕРИОДЫ ГОДА С ОДНОЙ ТЕРРИТОРИИ НА ДРУГУЮ И ОБРАТНО ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ

- A. сезонной миграции +
- B. временной миграции
- C. иммиграции
- D. урбанизации

38) РЕГУЛЯРНЫЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОСТОЯННОГО СВОЕГО МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ И ОБРАТНО ЯВЛЯЮТСЯ ПРИМЕРОМ

- A. маятниковой миграции +
- B. временной миграции
- C. сезонной миграции
- D. урбанизации

39) ДОБРОВОЛЬНОЕ ИЛИ ВЫНУЖДЕННОЕ ПЕРЕСЕЛЕНИЕ ИЗ СВОЕГО ОТЕЧЕСТВА В ДРУГУЮ СТРАНУ НА ПОСТОЯННОЕ ИЛИ ВРЕМЕННОЕ ПРОЖИВАНИЕ НАЗЫВАЕТСЯ

- A. эмиграцией +
  - B. сезонной миграцией
  - C. маятниковой миграцией
  - D. иммиграцией
- 40) ВЪЕЗД НА ПОСТОЯННОЕ ПРОЖИВАНИЕ ГРАЖДАН В ЧУЖУЮ СТРАН НАЗЫВАЕТСЯ
- A. иммиграцией +
  - B. сезонной миграцией
  - C. маятниковой миграцией
  - D. эмиграцией
- 41) ОКОНЧАТЕЛЬНАЯ СМЕНА ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА НАЗЫВАЕТСЯ
- A. безвозвратной миграцией +
  - B. сезонной миграцией
  - C. эмиграцией
  - D. маятниковой миграцией
- 42) УРБАНИЗАЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕРОМ
- A. внутренней миграции +
  - B. внешней миграции
  - C. эмиграции
  - D. иммиграции
- 43) ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ РОЖДАЕМОСТЬЮ И СМЕРТНОСТЬЮ, РАВНЫЙ ВОЗРАСТУ СМЕРТИ, НАЗЫВАЕТСЯ
- A. продолжительностью жизни +
  - B. ожидаемой продолжительностью предстоящей жизни
  - C. естественным приростом
  - D. средним возрастом населения
- 44) ГИПОТЕТИЧЕСКОЕ КОЛИЧЕСТВО ЛЕТ, КОТОРОЕ ПРЕДСТОИТ ПРОЖИТЬ ПОКОЛЕНИЮ СВЕРСТНИКОВ ИЛИ РОДИВШИХСЯ В ИЗУЧАЕМОМ ГОДУ, ЕСЛИ СОХРАНЯТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ ЖИЗНИ ЭТОГО ПОКОЛЕНИЯ ПОВОЗРАСТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СМЕРТНОСТИ ДАННОГО ГОДА, НАЗЫВАЕТСЯ
- A. ожидаемой продолжительностью предстоящей жизни +
  - B. продолжительностью жизни
  - C. естественным приростом
  - D. средним возрастом населения
- 45) БИОЛОГИЧЕСКАЯ СПОСОБНОСТЬ ЖЕНЩИНЫ, МУЖЧИНЫ, БРАЧНОЙ ПАРЫ К ЗАЧАТИЮ И РОЖДЕНИЮ ОПРЕДЕЛЕННОГО КОЛИЧЕСТВА ДЕТЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- A. фертильностью +
  - B. рождаемостью
  - C. суммарным показателем рождаемости
  - D. суммарным показателем фертильности
- 46) Заболеваемость населения это отнесенное к среднегодовой численности населения
- A. число лиц, у которых в данном году были зарегистрированы какие-то заболевания
  - B. число первичных обращений населения в поликлинику за год
  - C. число заболеваний, зарегистрированных за год на определённой территории +
  - D. число обращений населения в поликлинику по поводу заболеваний
- 47) Основной метод изучения заболеваемости населения
- A. По обращаемости за медицинской помощью +
  - B. По данным переписи населения
  - C. По опросам всего населения
  - D. По данным антропометрических измерений
- 48) Первичная заболеваемость - это
- A. частота заболеваний, впервые в жизни выявленных и зарегистрированных в данном году +
  - B. все заболевания, зарегистрированные врачом за год
  - C. частота всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году
  - D. частота заболеваний, возникших у населения, впервые в жизни за год
- 49) Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) - это
- A. все заболевания, зарегистрированные врачом за год
  - B. частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном году, так и известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году +
  - C. частота всех заболеваний, впервые зарегистрированных в данном году, включая заболевания с временной нетрудоспособностью
  - D. частота всех заболеваний, возникших у населения в данном году
- 50) При поступлении на работу в цех анилиновых красителей химического комбината гражданин К. прошел медицинский осмотр. Этот осмотр является
- A. Предварительным +
  - B. целевым
  - C. периодическим
  - D. комплексным

- 51) Выявить влияние различных факторов на возникновение заболеваний позволяют следующие показатели
- A. распространенность (общая заболеваемость)
  - B. первичная заболеваемость +
  - C. структура причин смерти
  - D. уровень инвалидности
- 52) Демография как наука изучает
- A. Численность и состав населения +
  - B. Летальность
  - C. Заболеваемость населения
  - D. Инвалидность
- 53) Смерть человека регистрируется в органах ЗАГС на основании
- A. Медицинской справки о смерти
  - B. Осмотра умершего
  - C. Любых документов, удостоверяющих личность умершего
  - D. Врачебного свидетельства о смерти ф. №106/у +
- 54) Медицинские осмотры как метод изучения заболеваемости обладают следующими преимуществами
- A. дают представление о распространенности хронических заболеваний у всего населения
  - B. позволяют выявить скрыто протекающую патологию +
  - C. требуют относительно небольших финансовых затрат
  - D. позволяют судить о частоте хронической патологии у декретированных контингентов +
- 55) Ишемическая болезнь, по поводу которой больной обращается к врачу поликлиники ежегодно в течение ряда лет, войдет в статистику:
- A. первичной заболеваемости
  - B. общей заболеваемости +
  - C. распространенности
- 56) Первичная профилактика может включать
- A. разработку гигиенических требований к условиям окружающей среды +
  - B. создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов
  - C. проведение индивидуального и группового консультирования, направленного на формирование здорового образа жизни +
  - D. диспансерные осмотры, наблюдение, лечение больных хроническими заболеваниями
- 57) Международная статистическая классификация болезней и проблем,

связанных со здоровьем десятого пересмотра содержит число классов

- A. 21 +
- B. 19
- C. 20
- D. 11

58) В МКБ-10 заболевания и проблемы, связанные со здоровьем сгруппированы по принципам

- A. этиологии, системам организма, факторам, влияющим на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения +
- B. локализации, патогенезу, патоморфологии
- C. системам организма, общности факторов риска, патогенезу
- D. этиологии, патогенезу, тяжести

59) Целью первичной профилактики является:

- A. сохранение и развитие условий, способствующих улучшению здоровья, как индивидуума, так и населения в целом +
- B. выявление отклонений в жизнедеятельности человека в целях проведения соответствующей коррекции
- C. достижение длительной и стойкой ремиссии за счет предупреждения обострений хронических заболеваний
- D. предупреждение осложнений, обострений, прогрессирования хронического заболевания

60) Первичная профилактика преимущественно носит

- A. медицинский характер
- B. социальный характер +
- C. правовой характер
- D. юридический характер

61) Эффективность первичной профилактики можно оценить по следующим показателям

- A. рост индекса здоровья +
- B. снижение в динамике первичной заболеваемости
- C. увеличение доли людей, ведущих здоровый образ жизни +
- D. снижение показателя летальности

62) Компонентами вторичной профилактики могут являться

- A. проведение диспансеризации лиц с повышенным риском заболеваемости +
- B. создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов
- C. проведение мероприятий экономического, характера с целью к адаптации в социальной среде жизнедеятельности больных и инвалидов
- D. разработка государственных программ, направленных на формирование здорового образа жизни

- 63) Врач, выявивший острое профессиональное заболевание, обязан направить «экстренное извещение...» в центр гигиены и эпидемиологии в течение
- A. 12 часов +
  - B. 6 часов
  - C. 24 часов
  - D. 7 дней
- 64) ЗНАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОТДЕЛЬНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ НЕОБХОДИМО ДЛЯ
- A. оценки особенностей здоровья группы в определенный период жизни +
  - B. анализа деятельности стационара
  - C. переписи населения
  - D. отчета главного врача за анализируемый период
- 65) ИЗУЧЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ УЧИТЫВАЕТСЯ КАК
- A. городское, сельское население +
  - B. работающее, неработающее население
  - C. трудоспособное, нетрудоспособное население
  - D. эмигранты, иммигранты
- 66) ГЛАВНЫЙ КРИТЕРИЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ, ОТРАЖАЮЩИЙ ВЛИЯНИЕ ЭНДО- И ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ
- A. физическое развитие детей +
  - B. психофизиологическая регуляция
  - C. социальная обстановка
  - D. психическое развитие детей
- 67) КОМПЛЕКС МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ОРГАНИЗМА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЙ ОПРЕДЕЛЕННЫЙ ЭТАП БИОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ - ЭТО
- A. физическое развитие +
  - B. психическое здоровье
  - C. психофизиологические особенности
  - D. поло-возрастные особенности
- 68) СОМАТОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ХАРАКТЕРИЗУЮТ
- A. рост, масса тела, окружность грудной клетки +
  - B. степень развития подкожно-жировой клетчатки
  - C. жизненную емкость легких
  - D. степень развития мускулатуры

- 69) СОМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТ
- A. степень развития подкожно-жировой клетчатки +
  - B. рост, масса тела, окружность грудной клетки
  - C. артериальное давление
  - D. мышечную силу рук
- 70) ФИЗИОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТ
- A. жизненную емкость легких +
  - B. степень развития мускулатуры
  - C. ширину плеч, таза, бедер
  - D. жиротложение
- 71) МЕТОД ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПУТЕМ СРАВНЕНИЯ ДАННЫХ АНТРОПОМЕТРИИ СО СРЕДНЕСТАТИСТИЧЕСКИМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ НАЗЫВАЕТСЯ
- A. центильный метод +
  - B. метод спирографии
  - C. метод реоэнцефалографии
  - D. метод электроэнцефалографии
- 72) ЦЕНТИЛЬНОЙ МЕТОД ПРЕДПОЛАГАЕТ ОЦЕНКУ ПАРАМЕТРОВ
- A. длина тела, масса, обхват головы, длина окружности груди +
  - B. жиротложения, развития подкожно-жировой клетчатки
  - C. жизненная емкость легких
  - D. мышечная сила рук
- 73) ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ПРИ МАССОВЫХ ОБСЛЕДОВАНИЯХ ДЕТЕЙ ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ
- A. спирографии +
  - B. реоэнцефалографии
  - C. электроэнцефалографии
  - D. центильного метода
- 74) В СТРУКТУРЕ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПЕРВОЕ МЕСТО ЗАНИМАЮТ БОЛЕЗНИ
- A. системы кровообращения +
  - B. органов дыхания
  - C. костно-мышечной системы и соединительной ткани
  - D. мочеполовой системы
- 75) ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- A. способ жизнедеятельности, соответствующий генетически обусловленным типологическим особенностям данного человека, конкретным условиям жизни и направленный на формирование, сохранение и укрепление здоровья и на полноценное выполнение человеком его социально - биологических функций +
- B. образ жизни человека, направленный на сохранение здоровья, профилактику болезней и укрепление человеческого организма в целом
- C. деятельность человека по укреплению своего здоровья и профилактике различных заболеваний
- D. средство достижения поставленных целей и задач, успешно реализовывать свои планы, справляться с трудностями, а если придется, то и с колоссальными перегрузками.

### 76) ЭЛЕМЕНТОМ СТРУКТУРЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. оптимальный двигательный режим +
- B. тип высшей нервной деятельности
- C. морфофункциональный тип
- D. преобладающий механизм вегетативной нервной регуляции

### 77) ТРЕНИРОВКА ИММУНИТЕТА И ЗАКАЛИВАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕМЕНТОМ

- A. структуры здорового образа жизни +
- B. типа высшей нервной деятельности
- C. морфофункциональный типа
- D. механизма вегетативной нервной регуляции

### 78) РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕМЕНТОМ

- A. структуры здорового образа жизни +
- B. типа высшей нервной деятельности
- C. морфофункциональный типа
- D. механизма вегетативной нервной регуляции

### 79) ОПТИМАЛЬНАЯ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕМЕНТОМ

- A. структуры здорового образа жизни +
- B. типа высшей нервной деятельности
- C. морфофункциональный типа
- D. механизма вегетативной нервной регуляции

### 80) РАЦИОНАЛЬНЫЙ РЕЖИМ ЖИЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ ЭЛЕМЕНТОМ

- A. структуры здорового образа жизни +
- B. типа высшей нервной деятельности
- C. морфофункционального типа
- D. механизма вегетативной нервной регуляции

- 81) ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗОЖ УЧИТЫВАЮТ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРЫЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ
- A. тип высшей нервной деятельности +
  - B. психосексуальную и половую культуру
  - C. рациональный режим жизни
  - D. отсутствие вредных привычек
- 82) ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗОЖ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ТИП ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ
- A. психофизиологической особенностью +
  - B. психосексуальной и половой культурой
  - C. рациональным режимом жизни
  - D. вредной привычкой
- 83) ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗОЖ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, КОТОРЫМИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A. возрастно-половую принадлежность +
  - B. психосексуальная и половая культура
  - C. рациональный режим жизни
  - D. отсутствие вредных привычек
- 84) ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЗОЖ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ СОЦИАЛЬНУЮ ОБСТАНОВКУ, КОТОРАЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- A. психофизиологической особенностью +
  - B. психосексуальную и половую культуру
  - C. рациональным режимом жизни
  - D. отсутствием вредных привычек
- 85) ГИПОДИНАМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- A. недостатком физической активности +
  - B. снижением вязкости крови
  - C. снижением артериального давления
  - D. снижением количества СОЭ
- 86) ОБУЧЕНИЕ ДЕТЕЙ В ШКОЛАХ ЗОЖ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОЙ ПОЛИТИКИ
- A. Информационной +
  - B. Административной
  - C. Экономической
  - D. Бюджетного ограничения
- 87) ОГРАНИЧЕНИЕ ВРЕМЕНИ ПРОДАЖИ АЛКОГОЛЬНЫХ НАПИТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОЙ ПОЛИТИКИ ЗОЖ
- A. Административной +

- В. Информационной
- С. Экономической
- Д. Бюджетного ограничения

88) ЗАПРЕТ НА КУРЕНИЕ В ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОЙ ПОЛИТИКИ ЗОЖ

- А. Административной +
- В. информационной
- С. экономической
- Д. бюджетного ограничения

89) СТРОИТЕЛЬСТВО БЕГОВЫХ И ВЕЛОСИПЕДНЫХ ДОРОЖЕК В ЖИЛЫХ КВАРТАЛАХ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОЙ ПОЛИТИКИ ЗОЖ

- А. экономической +
- В. информационной
- С. административной
- Д. бюджетного ограничения

90) УСТАНОВЛЕНИЕ МИНИМАЛЬНЫХ ЦЕН НА АЛКОГОЛЬНУЮ И ТАБАЧНУЮ ПРОДУКЦИЮ ЯВЛЯЕТСЯ МЕРОЙ ПОЛИТИКИ ЗОЖ

- А. экономической +
- В. информационной
- С. административной
- Д. бюджетного ограничения

91) ДОКУМЕНТ, КОТОРЫЙ ВВЕЛ В ДЕЙСТВИЕ КОМПЛЕКС ЭФФЕКТИВНЫХ МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ЗАЩИТУ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ТАБАЧНОГО ДЫМА

- А. федеральный закон от 23.02.2013 №15 +
- В. распоряжение Правительства Р Ф от 30.12. 2009 №2128-р
- С. политическая Декларация ВОЗ октябрь 2011
- Д. резолюция Генеральной Ассамблеи ООН по неинфекционным заболеваниям 2014 г.

92) ДОКУМЕНТ, КОТОРЫЙ ВВЕЛ В ДЕЙСТВИЕ КОМПЛЕКС ПРОФИЛАКТИКИ АЛКОГОЛИЗМА СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА ПЕРИОД ДО 2020 ГОДА

- А. распоряжение Правительства Р Ф от 30.12. 2009 №2128-р +
- В. федеральный закон от 23.02.2013 №15
- С. политическая Декларация ВОЗ октябрь 2011
- Д. резолюция Генеральной Ассамблеи ООН по неинфекционным заболеваниям 2014 г.

93) ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПОЛНОЦЕННОГО СНА СОСТАВЛЯЕТ

- А. 7-8 ч +

- В. 5-6 ч.
- С. 10 ч.
- Д. 4-5 ч.

94) ВЫБЕРИТЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГИГИЕНИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ

- А. система образования, включающая в себя комплексную просветительную, обучающую и воспитательную деятельность, направленную на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование общей гигиенической культуры, закрепление гигиенических навыков, создание мотивации для ведения здорового образа жизни, как отдельных людей, так и общества в целом +
- В. направление должно охватывать не только все разделы гигиены, но и пропаганду физической культуры и спорта, борьбу с вредными привычками (злоупотреблением алкоголем, курением), закаливание и использование резервных сил организма.
- С. проблемы, связанные с заботой о здоровье будущих поколений, охраной здоровья матери и ребенка
- Д. профилактика массовых инфекционных и наиболее распространенных неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистых, онкологических, эндокринных, костно-суставных), а также профессиональных заболеваний.

95) ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ОБУЧЕНИЕ И ВОСПИТАНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ПРОВОДИТСЯ

- А. врачами и средним медицинским персоналом +
- В. психологом
- С. методистом
- Д. самостоятельно пациентом

96) ВРАЧ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ» ОПРЕДЕЛЯЕТ

- А. стратегию в области гигиенического воспитания населения +
- В. контингенты для диспансеризации
- С. группу здоровья пациента
- Д. группу инвалидности

97) МЕТОДЫ, ПРЕДУСМАТРИВАЮЩИЕ ИЗЛОЖЕНИЕ СПЕЦИАЛИСТОМ СВЕДЕНИЙ ПО ВОПРОСАМ ЗДОРОВЬЯ СТИЛЕЙ ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОДНОВРЕМЕННО БОЛЬШОМУ ЧИСЛУ ЛИЦ, НАЗЫВАЮТСЯ

- А. Массовые +
- В. Групповые
- С. индивидуальные
- Д. организационные

- 98) ФОРМЫ, ОСНОВАННЫЕ НА НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ОБЩЕНИИ СПЕЦИАЛИСТА С ГРУППОЙ ЛИЦ (ДО 35-40) УЧАСТНИКОВ ПО ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ТЕМАТИКЕ, НАЗЫВАЮТСЯ
- A. групповые +
  - B. массовые
  - C. индивидуальные
  - D. организационные
- 99) ФОРМЫ, ОСНОВАННЫЕ НА НЕПОСРЕДСТВЕННОМ ОБЩЕНИИ МЕЖДУ СПЕЦИАЛИСТОМ И ЛИЦОМ НА КОТОРОЕ НАПРАВЛЕН ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС, НАЗЫВАЮТСЯ
- A. индивидуальные +
  - B. групповые
  - C. массовые
  - D. организационные
- 100) МЕТОД, ОСНОВАННЫЙ НА ПРЕДЪЯВЛЕНИИ ГОТОВОЙ ИНФОРМАЦИИ, ОБЪЯСНЕНИИ И ИЛЛЮСТРИРОВАНИИ СЛОВОМ, ИЗОБРАЖЕНИЕМ, НАЗЫВАЕТСЯ
- A. информационно-рецептивный +
  - B. репродуктивны
  - C. организационно-распределительный
  - D. проблемного изложения
- 101) МЕТОД, КОТОРЫЙ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ ЗНАНИЙ (ДЕЙСТВИЙ) УЖЕ ИЗВЕСТНЫХ И ОСОЗНАННЫХ РЕЦИПИЕНТАМИ
- A. репродуктивный +
  - B. социологический
  - C. организационно-распределительный
  - D. проблемного изложения
- 102) МЕТОД ГИГИЕНИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ, КОТОРЫЙ НЕ ТОЛЬКО ДАЕТ КЛЮЧ К ПОНИМАНИЮ НАУЧНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ И АНАЛИТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ, НО И РАСКРЫВАЕТ ЛОГИКУ РЕШЕНИЙ НАЗЫВАЕТСЯ
- A. проблемного изложения +
  - B. социологический
  - C. организационно-распределительный
  - D. репродуктивный
- 103) ПЕРВИЧНУЮ ДОВРАЧЕБНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЮТ
- A. фельдшеры +
  - B. врачи-терапевты участковые

- C. врачи общей практики
- D. врачи дневных стационаров

104) В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ДОВРАЧЕБНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ УЧАСТВУЮТ

- A. акушеры +
- B. врачи-терапевты участковые
- C. врачи-специалисты
- D. семейные врачи

105) ПЕРВИЧНУЮ ВРАЧЕБНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЮТ

- A. врачи-терапевты участковые +
- B. врачи-специалисты
- C. фельдшеры
- D. акушеры

106) В ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ ВРАЧЕБНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ

- A. врачи общей практики +
- B. врачи-специалисты
- C. врачи скорой медицинской помощи
- D. фельдшеры

107) ПЕРВИЧНУЮ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЮТ

- A. врачи-специалисты +
- B. врачи скорой медицинской помощи
- C. врачи общей практики
- D. врачи-педиатры участковые

108) ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ

- A. профилактику и лечение наиболее распространенных заболеваний и травм +
- B. оказание высококвалифицированной специализированной лечебно-профилактической помощи населению
- C. оказание медицинской помощи заболевшим и пострадавшим на месте происшествия
- D. транспортировку больных

109) ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- A. иммунизацию населения против основных инфекционных заболеваний +
- B. комплексную реабилитацию пациентов с хроническими заболеваниями
- C. меры по социальной защите в случае утраты здоровья

D. оказание высококвалифицированной специализированной помощи

110) ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- A. повышение уровня санитарной культуры населения +
- B. транспортировку пациентов
- C. обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения
- D. экспертизу стойкой нетрудоспособности

111) ДОЛЯ ЛИЦ, ВАКЦИНИРОВАННЫХ ПРОТИВ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЯВЛЯЕТСЯ КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО РАЗВИТИЮ

- A. первичной медико-санитарной помощи +
- B. специализированной помощи
- C. противоэпидемической помощи
- D. стационарной помощи

112) ОДНИМ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. охрана здоровья матери и ребенка, включая мероприятия по планированию семьи +
- B. обеспечение доступных для людей пожилого возраста медицинских и социальных услуг
- C. меры по снижению вреда, связанного с алкоголем
- D. мероприятия по укреплению психического здоровья

113) КРИТЕРИЕМ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО РАЗВИТИЮ ПМСП В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СТРАТЕГИИ ВОЗ «ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ» ЯВЛЯЕТСЯ УРОВЕНЬ

- A. младенческой смертности +
- B. рождаемости
- C. детской смертности
- D. общей смертности

114) К КРИТЕРИЯМ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО РАЗВИТИЮ ПМСП В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СТРАТЕГИИ ВОЗ «ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ» ОТНОСИТСЯ

- A. состояние питания детей +
- B. уровень преступности
- C. уровень ВВП на душу населения
- D. уровень безработицы

115) ОДНИМ ИЗ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО РАЗВИТИЮ ПМСП В РАМКАХ РЕАЛИЗАЦИИ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ СТРАТЕГИИ ВОЗ «ЗДОРОВЬЕ ДЛЯ ВСЕХ» ЯВЛЯЕТСЯ

- A. охват населения безопасным водоснабжением +
- B. доступность высокотехнологичной помощи
- C. показатель естественного прироста населения
- D. сальдо миграции

116) ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ В УСЛОВИЯХ

- A. амбулаторных +
- B. стационарных
- C. экстренных
- D. санаторных

117) ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ В

- A. условиях дневного стационара +
- B. стационарных условиях
- C. экстренной форме
- D. санаторных условиях

118) РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ НА ФЕЛЬДШЕРСКОМ УЧАСТКЕ СОСТАВЛЯЕТ

- A. 1300 человек в возрасте 18 лет и старше +
- B. 1700 человек в возрасте 18 лет и старше
- C. 1200 человек в возрасте 18 лет и старше
- D. 1300 человек взрослого и детского населения

119) РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ ПРИКРЕПЛЕННОГО НАСЕЛЕНИЯ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ СОСТАВЛЯЕТ

- A. 1700 человек +
- B. 1300 человек
- C. 1200 человек
- D. 1300 человек

120) К ПРИНЦИПАМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

- A. приоритет укрепления здоровья и профилактики заболеваний +
- B. приоритет реабилитации и восстановительного лечения
- C. дифференцированность в распределении служб здравоохранения
- D. этапность в оказании медицинской помощи

121) ПРИНЦИПОМ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. участие населения в развитии здравоохранения и проведении мероприятий по охране здоровья +
- B. свободный выбор пациентом семейного врача

- C. приоритет высокотехнологичной медицинской помощи
- D. этапность в оказании медицинской помощи

122) В МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ В

- A. фельдшерско-акушерских пунктах +
- B. лечебно-диагностических центрах
- C. сельских больницах
- D. центрах профилактики

123) В МАЛОЧИСЛЕННЫХ НАСЕЛЕННЫХ ПУНКТАХ ПЕРВИЧНАЯ МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ В

- A. фельдшерских здравпунктах +
- B. межрайонных диспансерах
- C. отделениях скорой помощи
- D. отделениях неотложной помощи

124) ПОЛИКЛИНИКА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ОКАЗЫВАЕТ

- A. первичную медико-санитарную помощь +
- B. скорую помощь
- C. высокотехнологичную медицинскую помощь
- D. специализированную медицинскую помощь

125) ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ В ЕЕ СТРУКТУРЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРЕДУСМАТРИВАТЬ НАЛИЧИЕ

- A. отделения (кабинета) доврачебной помощи +
- B. оперативного отдела
- C. малой операционной
- D. кабинета медико-генетического консультирования

126) В СТРУКТУРЕ ПОЛИКЛИНИКИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТСЯ НАЛИЧИЕ

- A. кабинетов врачей-специалистов +
- B. кабинета планирования семьи
- C. отделения медико-социальной экспертизы
- D. кабинета скорой помощи

127) К ОСНОВНЫМ ЗАДАЧАМ РЕГИСТРАТУРЫ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ

- A. организация и осуществление регистрации вызовов врачей на дом по месту жительства (пребывания) больного
- B. проведение консультативной работы по вопросам лечения наиболее распространенных заболеваний
- C. оформление документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность
- D. оформление полисов обязательного медицинского страхования

- 128) К ОСНОВНЫМ ЗАДАЧАМИ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ
- A. проведение диспансеризации населения +
  - B. оказание скорой медицинской помощи
  - C. проведение медико-социальной экспертизы
  - D. обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия прикрепленного населения
- 129) ОДНОЙ ИЗ ЗАДАЧ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
- A. экспертиза временной нетрудоспособности +
  - B. оказание скорой медицинской помощи
  - C. экспертиза стойкой нетрудоспособности
  - D. осуществление санитарно-эпидемиологического надзора
- 130) НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА ДОМУ ПОСЛЕ ПОСТУПЛЕНИЯ ОБРАЩЕНИЯ БОЛЬНОГО ОКАЗЫВАЕТСЯ ПОЛИКЛИНИКОЙ В ТЕЧЕНИЕ НЕ БОЛЕЕ
- A. 2 часов +
  - B. 3 часов
  - C. 6 часов
  - D. 12 часов
- 131) К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫМ ПРОБЛЕМАМ ОТНОСЯТ
- A. болезни системы кровообращения +
  - B. болезни органов пищеварения
  - C. болезни нервной системы
  - D. болезни крови
- 132) К УПРАВЛЯЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТ
- A. вредные привычки +
  - B. наследственность
  - C. возраст
  - D. пол
- 133) К НЕУПРАВЛЯЕМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТ
- A. наследственность +
  - B. употребление алкоголя
  - C. режим дня
  - D. несбалансированное питание
- 134) ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ
- A. пропаганду здорового образа жизни +
  - B. проведение курсов профилактического лечения и целевого оздоровления
  - C. проведение целевых медицинских профилактических осмотров
  - D. проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями

135) ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ВКЛЮЧАЕТ

- A. проведение целевых медицинских профилактических осмотров +
- B. вакцинацию населения
- C. пропаганду здорового образа жизни
- D. проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями и инвалидов

136) К ЭЛЕМЕНТАМ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОЖНО ОТНЕСТИ

- A. проведение диспансеризации больных хроническими заболеваниями и инвалидов +
- B. оздоровление
- C. проведение иммунопрофилактики
- D. целевое санитарно-гигиеническое воспитание и консультирование, обучение конкретным знаниям и навыкам

137) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО

- A. индексу здоровья +
- B. показателю первичной заболеваемости
- C. частоте и длительности осложнений
- D. частоте и длительности обострений

138) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО

- A. показателю первичной заболеваемости +
- B. показателю инвалидности
- C. показателю смертности
- D. доле здоровых лиц в популяции

139) ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОЖНО СУДИТЬ ПО ВСЕМ ПОКАЗАТЕЛЯМ, КРОМЕ

- A. доле лиц здоровых лиц в популяции +
- B. частоте инвалидизации
- C. частоты и длительности временной нетрудоспособности
- D. частоте осложнений

140) АБСОЛЮТНЫЙ (АТРИБУТИВНЫЙ) РИСК ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- A. дополнительную заболеваемость, связанную с воздействием фактора риска +
- B. силу влияния фактора риска
- C. эффективность вторичной профилактики
- D. распространенность фактора риска

141) ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ РИСК ХАРАКТЕРИЗУЕТ

- A. силу связи между воздействием и заболеванием +

- В. дополнительную заболеваемость, связанную с воздействием фактора риска
- С. распространенность заболевания
- Д. эффективность первичной профилактики

142) СТРАТЕГИЯ ВЫСОКОГО РИСКА

- А. реализуется в рамках мер медицинской профилактики +
- В. применяется на уровне медицинских организаций и оздоровительных учреждений
- С. вовлекает 25-30% населения
- Д. может обеспечить не менее половины успеха от общего вклада всей профилактической работы в снижение смертности

143) ПОПУЛЯЦИОННАЯ СТРАТЕГИЯ

- А. требует не более 10% от общей суммы средств, затрачиваемых на борьбу с НИЗ +
- В. обуславливает 50-60% снижения смертности от болезней системы кровообращения
- С. вовлекает 25-30% населения
- Д. может дать весьма быстрый результат (через 3-4 года)

144) КРИТЕРИЯМИ ОТНЕСЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ К МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПРОБЛЕМЕ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- А. наличие приоритетных мест в структуре обращаемости за медицинской помощью +
- В. большие экономические потери
- С. наличие приоритетных мест в структуре смертности
- Д. наличие приоритетных мест в структуре инвалидности

145) ОТДЕЛЕНИЕ (КАБИНЕТ) МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЫЧНО ОРГАНИЗУЕТСЯ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (ЕЕ СТРУКТУРНОМ ПОДРАЗДЕЛЕНИИ), ОКАЗЫВАЮЩЕЙ

- А. первичную медико-санитарную помощь +
- В. специализированную медицинскую помощь
- С. скорую медицинскую помощь
- Д. паллиативную медицинскую помощь

146) КАКОЕ СТРУКТУРНОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ НЕ ВХОДИТ В СОСТАВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

- А. процедурный кабинет +
- В. анамнестический кабинет
- С. кабинет пропаганды здорового образа жизни
- Д. кабинет медицинской помощи при отказе от курения

147) КАКОЕ ИЗ НАПРАВЛЕНИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

ЯВЛЯЕТСЯ САМОЙ ГЛАВНОЙ И ПРИОРИТЕТНОЙ ЗАДАЧЕЙ

- A. профилактическая работа с населением +
- B. методическая работа
- C. координационная работа
- D. санитарно-эпидемиологический надзор

148) ОБЪЕКТОМ ПРОФИЛАКТИКИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- A. все лица, проживающее на территории, прикрепленной к медицинской организации +
- B. группы риска из числа прикрепленного контингента
- C. школьники и студенты
- D. все лица, имеющие полис ОМС

149) ПО ДАННЫМ ВОЗ, К ОСНОВНЫМ ГЛОБАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СМЕРТНОСТИ В МИРЕ ОТНОСИТСЯ

- A. Употребление табака +
- B. Стрессовые воздействия
- C. Отягощенная наследственность
- D. Неблагоприятное воздействие окружающей среды

150) К ОСНОВНЫМ ГЛОБАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СМЕРТНОСТИ В МИРЕ, ПО ДАННЫМ ВОЗ, ОТНОСИТСЯ

- A. Недостаточная физическая активность +
- B. Чрезмерная физическая нагрузка
- C. Недостаточное потребление животных жиров
- D. Загрязнение окружающей среды

151) К ОСНОВНЫМ ГЛОБАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СМЕРТНОСТИ В МИРЕ, ПО ДАННЫМ ВОЗ, ОТНОСИТСЯ

- A. Нарушение сна
- B. Повышенный уровень артериального давления +
- C. Неблагоприятные коммунально-бытовые условия
- D. Неблагоприятные условия труда

152) ПО ДАННЫМ ВОЗ, К ОСНОВНЫМ ГЛОБАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СМЕРТНОСТИ В МИРЕ ОТНОСИТСЯ

- A. Неблагоприятное воздействие окружающей среды
- B. Стрессовые воздействия
- C. Повышенный уровень сахара крови +
- D. Низкий уровень дохода

153) ВОЗ К ОСНОВНЫМ ГЛОБАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СМЕРТНОСТИ В МИРЕ ОТНОСИТ

- A. Избыточное потребление соли

- В. Избыточный вес и ожирение +
- С. Отягощенная наследственность
- D. Неблагоприятные условия труда

154) К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСИТСЯ

- A. Курение +
- В. Атеросклероз
- С. Сахарный диабет
- D. Ревматизм

155) К ПЕРВИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТ

- A. Артериальную гипертензию
- В. Сахарный диабет
- С. Гиподинамию +
- D. Ревматизм

156) К ВТОРИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСИТСЯ

- A. Атеросклероз +
- В. Загрязнение окружающей среды
- С. Неудовлетворительная работа служб здравоохранения
- D. Употребление алкоголя

157) К ВТОРИЧНЫМ ФАКТОРАМ РИСКА ОТНОСЯТ

- A. Иммунодефицитное состояние +
- В. Загрязнение окружающей среды
- С. Употребление табака
- D. Психоэмоциональный стресс

158) ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- A. основана на методе активного диспансерного наблюдения +
- В. основана на формировании потребности людей в здоровом образе жизни
- С. основана на функционировании многоуровневых скрининговых систем
- D. охватывает большие группы населения (популяцию) или население в целом

ГОРОДСКИЕ (РАЙОННЫЕ, МЕЖРАЙОННЫЕ) ЦЕНТРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КАК САМОСТОЯТЕЛЬНЫЕ ЮРИДИЧЕСКИЕ ЛИЦА ОРГАНИЗУЮТСЯ В ГОРОДАХ И РАЙОНАХ С НАСЕЛЕНИЕМ

- A. более 250 тысяч человек +
- В. более 50 тысяч человек
- С. более 100 тысяч человек
- D. более 1 миллиона человек

159) В СТРУКТУРУ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

## ВКЛЮЧАТЬ

- A. кабинет медицинской профилактики +
- B. отделение мониторинга здоровья населения
- C. отдел по контролю за неинфекционными заболеваниями
- D. отдел межсекторальных и внешних связей

### 160) СТРУКТУРА ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ ВКЛЮЧАЕТ

- A. кабинет (зал) лечебной физкультуры +
- B. информационно-аналитический отдел
- C. отдел эпидемиологического надзора
- D. отделение по контролю за факторами риска

### 161) КАБИНЕТ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВКЛЮЧАЕТ

- A. кабинет пропаганды здорового образа жизни +
- B. информационно-аналитический отдел
- C. методический кабинет
- D. кабинет лечебной физкультуры

### 162) В СТРУКТУРУ КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВХОДИТ

- A. кабинет медицинской помощи при отказе от курения +
- B. кабинет мониторинга здоровья населения
- C. кабинет по контролю за факторами риска
- D. кабинет иммунопрофилактики

### 163) К ЗАДАЧАМ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ОТНОСИТСЯ

- A. формирование у граждан ответственного отношения к своему здоровью и здоровью своих близких +
- B. проведение и анализ мониторинга неинфекционных заболеваний и их факторов риска
- C. проведение иммунопрофилактики
- D. осуществление санитарно-эпидемиологического надзора

### 164) ЗАДАЧЕЙ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. выявление лиц с высоким риском развития неинфекционных заболеваний +
- B. организация массовых профилактических и оздоровительных мероприятий совместно с медицинскими организациями
- C. издательская деятельность
- D. осуществление производственного контроля

### 165) ФУНКЦИЕЙ КАБИНЕТА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. участие в организации и проведении диспансеризации +
- B. осуществление санитарно-эпидемиологического надзора

- C. лабораторный контроль вредных факторов производственной среды
- D. организация и проведение обучения медицинских работников в области профилактики заболеваний

166) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО

- A. индексу здоровья +
- B. показателю первичной заболеваемости
- C. частоте и длительности осложнений
- D. частоте и длительности обострений

167) Критерием эффективности первичной профилактики является

- A. увеличение доли людей, ведущих здоровый образ жизни +
- B. снижение частоты и тяжести инвалидизации
- C. снижение показателя летальности
- D. снижение показателя частоты и длительности временной нетрудоспособности

168) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОЖНО ОЦЕНИТЬ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ

- A. первичной заболеваемости +
- B. первичной инвалидности
- C. общей смертности
- D. доли здоровых лиц в популяции

169) КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. снижение в динамике первичной заболеваемости +
- B. увеличение средней продолжительности жизни
- C. снижение частоты и тяжести инвалидизации
- D. рост показателя распространенности

170) ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ МОЖНО СУДИТЬ ПО ПОКАЗАТЕЛЮ

- A. частоты временной нетрудоспособности +
- B. первичной заболеваемости
- C. доле лиц здоровых лиц в популяции
- D. охват вакцинацией лиц, подлежащих вакцинации

171) КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРЕТИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. снижение частоты и длительности обострений +
- B. снижение числа лиц, подверженных воздействию факторов риска
- C. рост индекса здоровья
- D. снижение потенциала здоровья

- 172) ОСНОВНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ ПОПУЛЯЦИОННОЙ СТРАТЕГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
- А. повышение уровня информированности и мотивирование населения к ведению здорового образа жизни +
  - В. выявление и снижение уровней факторов риска у различных групп населения с высокими рисками развития заболеваний
  - С. выявление конкретных рисков развития и прогрессирования заболеваний для каждого пациента
  - Д. проведение индивидуальных мер профилактики и оздоровления
- 173) СТРАТЕГИЯ ВЫСОКОГО РИСКА РЕАЛИЗУЕТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ ЧЕРЕЗ
- А. диспансеризацию населения +
  - В. пропаганду здорового образа жизни
  - С. лечение хронических заболеваний
  - Д. повышение доступности лекарственной терапии
- 174) ОСНОВНЫМИ ГЛОБАЛЬНЫМИ ФАКТОРАМИ РИСКА СМЕРТНОСТИ В МИРЕ ЯВЛЯЮТСЯ
- А. повышенный уровень артериального давления +
  - В. стрессы
  - С. нерегулярное и нерациональное питание
  - Д. избыточная физическая нагрузка
- 175) В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕВОЧКИ И ПОДГОТОВКА ЕЁ К БУДУЩЕМУ МАТЕРИНСТВУ ЯВЛЯЕТСЯ
- А. первым этапом +
  - В. вторым этапом
  - С. третьим этапом
  - Д. четвёртым этапом
- 176) КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО АНТЕНАТАЛЬНОЙ ОХРАНЕ ПЛОДА И СОХРАНЕНИЮ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
- А. вторым этапом +
  - В. первым этапом
  - С. пятым этапом
  - Д. шестым этапом
- 177) В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ИНТРАНАТАЛЬНАЯ ОХРАНА ПЛОДА И СОХРАНЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ РОДОВ (ВКЛЮЧАЯ РАЦИОНАЛЬНОЕ

ВЕДЕНИЕ РОДОВ, В Т.Ч. С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ СЕМЕЙНО-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ) ЯВЛЯЕТСЯ

- А. третьим этапом +
- В. первым этапом
- С. вторым этапом
- Д. пятым этапом

178) ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. шестым этапом +
- В. пятым этапом
- С. четвертым этапом
- Д. третьим этапом

179) ПЯТЫЙ ЭТАП СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ВКЛЮЧАЕТ

- А. охрану здоровья ребёнка в дошкольный период +
- В. охрану здоровья детей школьного возраста
- С. оказание помощи женщине вне беременности
- Д. сохранение здоровья женщины во время родов

180) К СПЕЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ОТНОСЯТ

- А. перинатальную смертность +
- В. рождаемость
- С. общую плодовитость
- Д. повозрастную плодовитость

181) К СПЕЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ОТНОСЯТ

- А. младенческую смертность +
- В. рождаемость
- С. общую фертильность
- Д. повозрастную фертильность

182) СПЕЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАТЕЛЕМ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. смертность детей в разных возрастных группах +
- В. рождаемость
- С. общая фертильность
- Д. повозрастная плодовитость

- 183) ПРИ РАСЧЁТЕ ПОКАЗАТЕЛЯ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ОДНИМ ИЗ СЛАГАЕМЫХ ЧИСЛИТЕЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЧИСЛО БЕРЕМЕННЫХ, УМЕРШИХ
- A. от любой причины независимо от срока гестации +
  - B. от любой причины только после 22 недель гестации
  - C. от любой причины только после 28 недель гестации
  - D. по причине, связанной с беременностью, независимо от срока гестации
- 184) ПЕРИОД, ОБЪЕДИНЯЮЩИЙ ПЕРИОД С 22 НЕДЕЛЬ (ПОЛНЫХ 154 ДНЕЙ) ГЕСТАЦИИ, ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД (РОДЫ) И ПЕРВЫЕ 168 ЧАСОВ ЖИЗНИ РЕБЁНКА, ОПРЕДЕЛЯЮТ КАК
- A. перинатальный период +
  - B. антенатальный период
  - C. неонатальный период
  - D. постнеонатальный период
- 185) ПОКАЗАТЕЛЬ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ ВЫЧИСЛЯЮТ В
- A. промилле +
  - B. процентах
  - C. продецимилле
  - D. просантимилле
- 186) ПРИ ВЫЧИСЛЕНИИ ПОКАЗАТЕЛЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ В ЗНАМЕНАТЕЛЕ УЧИТЫВАЕТСЯ
- A. число родившихся живыми и мёртвыми +
  - B. число живорождённых
  - C. число родившихся живыми, но умерших в первые 168 часов после родов
  - D. число родившихся живыми, но умерших в первые 24 часа после родов
- 187) ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ УЧЁТНО-ОТЧЁТНЫХ ФОРМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
- A. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы +
  - B. Журнал учёта приёма беременных, рожениц и родильниц
  - C. Журнал записи родовспоможения на дому
  - D. Медицинская карта прерывания беременности
- 188) ПРИ УСЛОВИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ЖЕНЩИНА ДОЛЖНА ПОСЕТИТЬ ВРАЧА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
- A. 14-16 раз +
  - B. 10-12 раз
  - C. 12-14 раз

D. более 16 раз

189) ДОЛЯ КОЕК ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО РОДОВОГО ОТДЕЛЕНИЯ (I АКУШЕРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ) ОТ ОБЩЕГО ЧИСЛА АКУШЕРСКИХ КОЕК РОДИЛЬНОГО ДОМА СОСТАВЛЯЕТ

A. 50-55% +

B. 40-45%

C. 50-60%

D. 70-75%

190) ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

A. охват дородовым патронажем беременных +

B. смертность новорождённых

C. заболеваемость новорождённых

D. летальность новорождённых

191) К ПОКАЗАТЕЛЯМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ ОТНОСИТСЯ

A. показатель первичной заболеваемости у детей +

B. перинатальная смертность

C. заболеваемость новорождённых

D. летальность новорождённых

192) ПЕРВИЧНЫЙ ПАТРОНАЖ НОВОРОЖДЁННОГО ВРАЧ-ПЕДИАТР ПРОВОДИТ

A. на дому по месту жительства новорождённого +

B. в детской поликлинике по месту жительства новорождённого

C. в родильном доме (отделении)

D. в детской поликлинике по месту регистрации новорождённого

193) ПЕРВЫЙ ПРИЁМ (ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ РОДИЛЬНОГО ДОМА (ОТДЕЛЕНИЯ)) ЗДОРОВОГО РЕБЁНКА В ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ВРАЧ-ПЕДИАТР ПРОВОДИТ

A. когда ребёнку исполнится 1 месяц +

B. через неделю после выписки из родильного дома (отделения)

C. через 2 недели после выписки из родильного дома (отделения)

D. через 1,5 месяца после выписки из родильного дома (отделения)

194) ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИЕЙ ПРЕДПОЛАГАЕТ ОСМОТР БЕРЕМЕННОЙ ВРАЧОМ-СТОМАТОЛОГОМ

A. 2 раза и в дальнейшем по показаниям +

B. 1 раз и в дальнейшем по показаниям

C. 3 раза и в дальнейшем по показаниям

D. только при наличии жалоб

- 195) В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ГЕСТАЦИИ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПОСЕЩАТЬ ВРАЧА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
- A. 1 раз в месяц +
  - B. 2 раза в месяц
  - C. каждые 10 дней
  - D. каждые 7 дней
- 196) ПОСЛЕ 20 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ГЕСТАЦИИ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПОСЕЩАТЬ ВРАЧА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
- A. 2 раза в месяц +
  - B. 1 раз в месяц
  - C. каждые 15 дней
  - D. каждые 10 дней
- 197) ПОСЛЕ 32 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ГЕСТАЦИИ ЗДОРОВОЙ ЖЕНЩИНЕ РЕКОМЕНДУЮТ ПОСЕЩАТЬ ВРАЧА В ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ
- A. 3-4 раза в месяц +
  - B. 2 раза в месяц
  - C. 1 раз в месяц
  - D. каждые 15 дней
- 198) ПЕРВОЕ СКРИНИНГОВОЕ УЗИ ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОВОДЯТ ПРИ СРОКЕ ГЕСТАЦИИ
- A. 11-14 недель +
  - B. 18-21 неделя
  - C. 22-25 недель
  - D. 28-30 недель
- 199) ОДНИМ ИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РОДИЛЬНОГО ДОМА ЯВЛЯЕТСЯ
- A. частота осложнений в послеродовом периоде +
  - B. частота гинекологических заболеваний
  - C. частота осложнений беременности
  - D. охват беременных физиопсихопрофилактической подготовкой к родам
- 200) ОСНОВНЫМИ УЧЕТНЫМИ ДОКУМЕНТАМИ ПРИ ИЗУЧЕНИИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
- A. Статистическая карта выбывшего из стационара +
  - B. Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов
  - C. Карта учета диспансеризации

D. Медицинская карта стационарного пациента

201) ДАННЫЕ О ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ:

- A. работы стационара +
- B. работы поликлиники
- C. преемственности в работе поликлиники и стационара
- D. качества диагностики в стационаре

202) КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ЧИСЛО ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА 1-й БОЛЬНИЧНОЙ КОЙКЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА?

- A. оборот койки +
- B. среднее время простоя койки
- C. выполнение плана койко-дней
- D. среднегодовая занятость койки

203) КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УМНОЖЕНИЕМ СРЕДНЕГОДОВОГО ЧИСЛА КОЕК НА НОРМАТИВ ЗАНЯТОСТИ КОЙКИ В ГОДУ?

- A. плановое число койко-дней +
- B. средний койко-день
- C. фактическая стоимость одного койко-дня
- D. оборот койки

204) КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРОЦЕНТНЫМ ОТНОШЕНИЕМ ЧИСЛА ФАКТИЧЕСКИ ПРОВЕДЕННЫХ ПАЦИЕНТАМИ КОЙКО-ДНЕЙ К ПЛАНОВОМУ ЧИСЛУ КОЙКО-ДНЕЙ?

- A. выполнение плана койко-дней +
- B. средний койко-день
- C. среднее время простоя койки
- D. функция больничной койки

205) КАКОГО ПРОФИЛЯ КОЙКАМ ТРЕБУЕТСЯ НАИМЕНЬШЕЕ ВРЕМЯ ДЛЯ СМЕНЫ ОДНОГО ПАЦИЕНТА НА КОЙКЕ?

- A. акушерским +
- B. инфекционным
- C. гинекологическим
- D. терапевтическим

206) МОЩНОСТЬ СТАЦИОНАРА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- A. числом коек +
- B. числом среднего медперсонала
- C. числом врачей
- D. численностью прикрепленного населения

207) МОЩНОСТЬ ПОЛИКЛИНИКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- A. числом посещений в смену +
- B. числом участков
- C. численностью прикрепленного населения
- D. числом врачей

208) НОРМАТИВНАЯ ЧИСЛЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ УЧАСТКЕ ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ:

- A. 1700 +
- B. 800
- C. 1200
- D. 2300

209) К КАКОМУ РАЗДЕЛУ ГОДОВОГО ОТЧЕТА СТАЦИОНАРА ОТНОСЯТСЯ ДАННЫЕ ОБ УКОМПЛЕКТОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКИМ ПЕРСОНАЛОМ?

- A. штаты +
- B. деятельность поликлиники
- C. деятельность стационара
- D. подразделения, установки, транспорт

210) КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ПРОЦЕНТНОЕ ОТНОШЕНИЕ ЧИСЛА ЗАНЯТЫХ ВРАЧЕБНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ К ЧИСЛУ ШТАТНЫХ ВРАЧЕБНЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ?

- A. укомплектованность врачами +
- B. структура посещений поликлиники по специальностям
- C. участковость на приеме у терапевта
- D. цеховая участковость

211) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ, К ПЕРВОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТ ГРАЖДАН

- A. практически здоровых, не нуждающихся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни +
- B. с риском развития заболевания, нуждающихся в проведении профилактических мероприятий по индивидуальной программе
- C. нуждающихся в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях
- D. нуждающихся в дообследовании и лечении в стационаре

212) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ, КО ВТОРОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТ ГРАЖДАН

- A. с риском развития заболевания, нуждающихся в проведении профилактических мероприятий по индивидуальной программе +
- B. практически здоровых, не нуждающихся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни
- C. нуждающихся в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях

- D. нуждающихся в дообследовании и лечении в стационаре
- 213) ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ РАБОТАЮЩИХ, К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТ ГРАЖДАН
- A. имеющие НИЗ и нуждающихся в дополнительном обследовании в амбулаторных условиях +
  - B. практически здоровых, не нуждающихся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни
  - C. с риском развития заболевания, нуждающихся в проведении профилактических мероприятий по индивидуальной программе
  - D. нуждающихся в дообследовании и лечении в стационаре
- 214) КАКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЛИКЛИНИКИ?
- A. участковость +
  - B. занятость койки в году
  - C. первичный выход на инвалидность
  - D. больничная летальность
- 215) КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТ ДИСПАНСЕРНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ?
- A. полнота охвата диспансерным наблюдением +
  - B. полнота охвата населения периодическими медицинскими осмотрами
  - C. послеоперационная летальность
  - D. степень использования коечного фонда
- 216) ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ СТУДЕНТА ИЛИ УЧАЩЕГОСЯ КОЛЛЕДЖА ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВЫДАЕТСЯ:
- A. справка установленного образца +
  - B. выписка из медицинской карты
  - C. справка N 086/у
  - D. листок нетрудоспособности
- 217) ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМ ЧЛЕНОМ СЕМЬИ (ВЗРОСЛЫМ), НАХОДЯЩИМСЯ НА ЛЕЧЕНИИ В СТАЦИОНАРЕ
- A. не выдается +
  - B. выдается на 3 дня
  - C. выдается на 6 дней
  - D. выдается на 10 дней
- 218) ФУНКЦИЯ, НЕ ОТНОСЯЩАЯСЯ К КОМПЕТЕНЦИИ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:
- A. проведение медико-социальной экспертизы +

- В. продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней
  - С. выдача заключения о необходимости перевода на другую работу
  - Д. освобождение выпускников школ от итоговой аттестации
- 219) ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО КОНТИНГЕНТА ИМЕЮТ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ ТРАВМОЙ
- А. лица, признанные безработными и состоящим на учете в государственной службе занятости населения +
  - В. лица, находящиеся под арестом
  - С. лица, находившиеся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет
  - Д. проходящим медицинское освидетельствование, обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
- 220) ИНОСТРАННЫМ ГРАЖДАНАМ, РАБОТАЮЩИМ ПО ТРУДОВОМУ ДОГОВОРУ В ОРГАНИЗАЦИЯХ РФ, ДЛЯ УДОСТОВЕРЕНИЯ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ
- А. выдается листок нетрудоспособности +
  - В. выдается справка произвольной формы
  - С. не выдается никакой документ
  - Д. выдается справка установленного образца
- 221) МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК, НА КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВЫДАТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ЛЕЧАЩИМ ВРАЧОМ ЕДИНОЛИЧНО
- А. до 15 дней (с последующим направлением больного на врачебную комиссию) +
  - В. на 7 дней
  - С. на 10 дней
  - Д. до 30 дней
- 222) ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ О НЕОБХОДИМОСТИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПРИНИМАЕТ
- А. врачебная комиссия +
  - В. лечащий врач
  - С. заведующий отделением
  - Д. главный врач
- 223) МОЖЕТ ЛИ БЫТЬ ВЫДАН ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТУ, ОБРАТИВШЕМУСЯ ЗА НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩЬЮ В ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ СТАЦИОНАРА, НО НЕ ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОМУ В СТАЦИОНАР?

- A. листок нетрудоспособности не выдается, делается только запись об оказанной помощи, при необходимости выдается справка произвольной формы +
- B. оформляется выписка об осмотре пациента
- C. может быть выдан листок нетрудоспособности на срок до 3 дней
- D. может быть выдан листок нетрудоспособности на срок до 5 дней
- 224) ГРАЖДАНАМ, НАПРАВЛЕННЫМ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ОРГАНАМИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ НА ЛЕЧЕНИЕ В КЛИНИКИ КУРОРТОЛОГИИ, ФИЗИОТЕРАПИИ И РЕАБИЛИТАЦИИ, ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМ РАБОТНИКОМ НА ОСНОВАНИИ РЕШЕНИЯ ВРАЧЕБНОЙ КОМИССИИ
- A. на время лечения и с учетом дней на проезд к месту лечения и обратно +
- B. только на время лечения
- C. на время лечения и проезда только к месту лечения
- D. листок нетрудоспособности не будет выдаваться
- 225) ПРИ НАСТУПЛЕНИИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В ПЕРИОД ОТПУСКА БЕЗ СОХРАНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЕТСЯ
- A. со дня окончания отпуска +
- B. с 1-го дня нетрудоспособности
- C. с 3-го дня нетрудоспособности
- D. с 6-го дня нетрудоспособности
- 226) УКАЖИТЕ СРОКИ НАПРАВЛЕНИЯ НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ГРАЖДАН, ПРИ ОЧЕВИДНОМ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ (КРОМЕ ТУБЕРКУЛЕЗА, ТРАВМЫ И РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ОПЕРАЦИЙ).
- A. не позднее 4 месяцев +
- B. не позднее 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе
- C. вне зависимости от срока работающие инвалиды в случае ухудшения клинического и трудового прогноза
- D. не позднее 30 дней после постановки диагноза
- 227) НА КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ СРОК МОЖЕТ ПРОДЛИТЬ ВРАЧЕБНАЯ КОМИССИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПРИ БЛАГОПРИЯТНОМ КЛИНИЧЕСКОМ И ТРУДОВОМ ПРОГНОЗЕ?
- A. до 10 месяцев (при травме и реконструктивных операциях), а в некоторых случаях (при Туберкулезе) до 12 месяцев +
- B. до 2 месяцев (при травме и реконструктивных операциях), а в некоторых случаях (при Туберкулезе) до 4 месяцев

- С. до 3 месяцев(при травме и реконструктивных операциях), а в некоторых случаях (при Туберкулезе) до 5 месяцев
- Д. до 6 месяцев (при травме и реконструктивных операциях), а в некоторых случаях (при Туберкулезе) до 8 месяцев
- 228) ДО КАКОГО СРОКА МОЖЕТ ЕДИНОЛИЧНО ПРОДЛИТЬ ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ?
- А. до 15 дней +
  - В. до 10 дней
  - С. до 25 дней
  - Д. до 30 дней
- 229) КТО В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИМЕЕТ ПРАВО НАПРАВЛЯТЬ ГРАЖДАН НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ?
- А. лечащий врач с утверждением врачебной комиссии лечебно-профилактической медицинской организации +
  - В. главный врач медицинской организации
  - С. лечащий врач самостоятельно
  - Д. лечащий врач с письменного разрешения заведующего отделением
- 230) ОСНОВНЫМ ПУТЕМ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ГРАЖДАН РФ НА СОЦИАЛЬНУЮ ЗАЩИТУ ЯВЛЯЕТСЯ
- А. создание специальных фондов для финансирования мероприятий по социальной защите +
  - В. упорядочение медицинского и пенсионного страхования
  - С. сбалансирование доходов и расходов отдельных групп населения
  - Д. усиление роли общественных организаций
- 231) КАК НАЗЫВАЕТСЯ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН, РЕГЛАМЕНТИРУЮЩИЙ ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В РФ
- А. О медицинском страховании граждан Российской Федерации +
  - В. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации
  - С. Об обязательном социальном страховании населения РФ
  - Д. Об основах медицинского страхования в Российской Федерации
- 232) В СООТВЕТСТВИИ С ФЗ №326 «ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ В РФ» ОБЪЕКТОМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
- А. страховой случай
  - В. страховые взносы на обязательное медицинское страхование
  - С. застрахованный гражданин
  - Д. страховой риск, связанный с возникновением страхового случая +

- 233) В РАЗРАБОТКЕ ПРОГРАММ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ПРИНИМАЮТ УЧАСТИЕ
- A. Министерство здравоохранения
  - B. органы управления здравоохранением
  - C. страховые медицинские организации +
  - D. граждане
- 234) ОБЯЗАННОСТИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ
- A. анализ причин временной нетрудоспособности застрахованных
  - B. защита прав и интересов застрахованных +
  - C. аккумуляция взносов на ОМС
  - D. финансирование целевых программ в области здравоохранения
- 235) РАЗМЕР СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ НЕРАБОТАЮЩЕГО НАСЕЛЕНИЯ
- A. определяется территориальным органом исполнительной власти +
  - B. составляет 5,2% от среднего фонда заработной платы населения
  - C. законодательно определяется, как % бюджета территории (населенного пункта)
  - D. это норматив, определяемый Федеральным фондом ОМС
- 236) ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС ЯВЛЯЕТСЯ
- A. выравнивание финансовых условий для выполнения базовой программы ОМС +
  - B. заключение договоров ОМС с медицинскими организациями
  - C. финансирование территориальных целевых программ в рамках ОМС
  - D. финансирование всех структур системы ОМС
- 237) ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ ЭКСПЕРТОВ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
- A. контроль выплат страховых взносов страхователем
  - B. контроль и оценка объема, сроков и качества оказания медицинской помощи +
  - C. заключение договоров ОМС с пациентами
  - D. принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан
- 238) СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПО ОМС – ЭТО
- A. исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации +
  - B. финансовое обеспечение всей необходимой медицинской помощи и услуг пациенту
  - C. исполнение обязательств по функционированию системы ОМС
  - D. исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу

- финансовой помощи по оплате лекарств и отдельных услуг
- 239) **БАЗОВАЯ ПРОГРАММА ОМС**
- A. гарантирует объем и качество первичной медико-санитарной помощи
  - B. определяет права и обязанности субъектов медицинского страхования
  - C. определяет возможности для получения бесплатной медицинской помощи
  - D. определяет гарантированный объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи всем гражданам РФ +
- 240) **КАКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИМЕЮТ ПРАВО ОКАЗЫВАТЬ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СИСТЕМЕ ОМС**
- A. только государственные МО
  - B. организации имеющие лицензию на медицинскую деятельность +
  - C. МО работающие в системе здравоохранения не менее 3-х лет
  - D. крупные МО, с количеством работающих специалистов не менее 10-ти человек
- 241) **ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ**
- A. государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по ОМС рамках базовой программы независимо от финансового положения страховщика +
  - B. создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи, оказываемой в рамках программы госгарантий
  - C. взаимосвязь всех субъектов и участников ОМС
  - D. свобода выбора страховой медицинской организации и медицинской организации
- 242) **К ПОЛНОМОЧИЮ ГОСУДАРСТВА В СФЕРЕ ОМС ОТНОСИТСЯ**
- A. определение общих принципов взаимодействия субъектов
  - B. утверждение территориальной программы ОМС и к ней единых требований
  - C. разработка и реализация государственной политики в сфере охраны здоровья населения
  - D. установление тарифов страховых взносов на ОМС и порядка их взимания и участников ОМС +
- 243) **СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ**
- A. медико-экономическую экспертизу +
  - B. предупредительный надзор
  - C. ведомственный контроль
  - D. контроль санитарно-эпидемиологического благополучия
- 244) **СУБЪЕКТОМ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ**
- A. медицинская организация
  - B. СМО
  - C. застрахованный гражданин +
  - D. территориальный фонд

245) УЧАСТНИКОМ ОМС ЯВЛЯЕТСЯ

- A. застрахованное лицо
- B. больница, поликлиника, станция скорой помощи +
- C. Федеральный фонд
- D. Страхователь

246) ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ ОТЛИЧИЯ ОМС ОТ ДМС ЯВЛЯЕТСЯ

- A. отношение к страхователю
- B. необходимость платить за услугу +
- C. возможность полного возврата финансов при оказании услуг ненадлежащего качества
- D. активная конкуренция

247) ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО

- A. выявление нарушений при оказании медицинской помощи, оценка правильности выбора медицинской технологии и степени достижения запланированного результата, установление причинно-следственных связей +
- B. установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам условиям договоров
- C. установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи и объема медицинских услуг, предъявленных к оплате, записям в медицинской документации
- D. установление взаимосвязи между финансовыми затратами на оказание медицинской помощи и ее качеством

248) НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. анализ статистических показателей деятельности МО
- B. метод экспертных оценок +
- C. анкетирование пациентов
- D. анкетирование медицинского персонала

249) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МОНИТОРИНГА УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ИЗУЧАЮТ МНЕНИЕ

- A. социальных работников, посещающих инвалидов на дому
- B. экономистов о рациональном использовании финансовых средств МО
- C. пациентов после завершения лечебно-диагностического или реабилитационного процесса в МО +
- D. лиц, работающих на производстве в условиях воздействия неблагоприятных профессиональных факторов

250) СТАНДАРТ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО

- A. цена определенного набора медицинских услуг
- B. набор диагностических и лечебных мероприятий, рекомендованных к применению при данном заболевании
- C. перечень мероприятий по оказанию медицинской помощи, разработанный с учетом тарифов на мед. услуги
- D. реально достижимый и нормативно утвержденный на определенный период времени уровень медицинской помощи +

251) К ВЕДОМСТВЕННОМУ ЗВЕНУ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

- A. Росздравнадзор
- B. орган управления здравоохранением +
- C. страховая медицинская организация
- D. Фонд обязательного медицинского страхования

252) ЦЕЛЮ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ВЕДОМСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. внедрение современных медицинских технологий
- B. проверка выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохранения и страховыми компаниями
- C. обеспечение санитарно-эпидемиологического режима медицинского учреждения
- D. обеспечение прав пациента на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества на основе оптимального использования кадровых и материально-технических ресурсов +

253) К ВНЕВЕДОМСТВЕННОМУ ЗВЕНУ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ

- A. краевая больница
- B. страховая медицинская организация
- C. городская поликлиника
- D. орган управления здравоохранением +

254) СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

- A. ведомственный контроль
- B. предупредительный контроль
- C. медико-экономический контроль +
- D. контроль санитарно-эпидемиологического благополучия

255) ЦЕЛЮ ПРОВЕДЕНИЯ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. оценка качества выполнения медицинской услуги конкретному пациенту
- B. проверка выполнения договорных обязательств между учреждениями здравоохранения и страховыми компаниями +
- C. определение возможностей медицинского учреждения оказывать заявленные виды медицинской помощи

- D. анализ случаев оказания медицинской помощи пациентам, имеющим полис ОМС, выданный определенной страховой компанией
- 256) СИСТЕМА УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО МЕТОДИКЕ ДОНАБЕДИАНА ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩУЮ ТРИАДУ СТАНДАРТОВ
- A. ресурсы, процесс, результат +
  - B. доступность, безопасность, эффективность
  - C. смертность, заболеваемость, травматизм
  - D. медицинский, социальный, экономический
- 257) ВИД КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ, КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ОМС
- A. лечебно-профилактическая экспертиза
  - B. контроль лечебно-диагностического процесса
  - C. медико-экономическая экспертиза экономико-статистический контроль +
  - D. экономико-статистический контроль
- 258) МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ – ЭТО
- A. установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам условиям договоров +
  - B. установление связи качества оказания медицинской помощи с финансовыми затратами на нее
  - C. установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации МО
  - D. обнаружение нарушений в оказании медицинской помощи, оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей
- 259) МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА – ЭТО
- A. установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации МО +
  - B. установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам условиям договоров
  - C. установление связи качества оказания медицинской помощи с финансовыми затратами на нее
  - D. обнаружение нарушений в оказании медицинской помощи, оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей
- 260) ЭКСПЕРТИЗА КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – ЭТО

- A. установление связи качества оказания медицинской помощи с финансовыми затратами на нее
- B. установление соответствия сведений об объемах оказанной медицинской помощи застрахованным лицам условиям договоров
- C. установление соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации МО
- D. выявление нарушений в оказании медицинской помощи, оценка правильности выбора медицинской технологии, степени достижения запланированного результата и установление причинно-следственных связей +

261) СТРУКТУРЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИЕ МСЭ

- A. Федеральное и Главное бюро МСЭ +
- B. Бюро МСЭ, поликлиника
- C. Главное бюро МСЭ, медицинские организации
- D. Центр социальной защиты, Бюро МСЭ

262) ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ГЛАВНОГО БЮРО МСЭ СУБЪЕКТОВ РФ

- A. Рассмотрение жалоб граждан, прошедших освидетельствование, на решения бюро МСЭ +
- B. Оценка состояния инвалидности в России
- C. Участие в разработке и реализации программ по проблемам инвалидности и инвалидов
- D. Установление степени профессиональной утраты трудоспособности

263) К ОСНОВНЫМ ВИДАМ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ОТНОСЯТСЯ

- A. Нарушения статодинамических функции
- B. Нарушения функций всех систем организма +
- C. Нарушения анатомической целостности организма
- D. Нарушение психо-эмоциональных функций

264) ОПРЕДЕЛЕНО СЛЕДУЮЩЕЕ ЧИСЛО СТЕПЕНЕЙ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА

- A. 4 +
- B. 2
- C. 3
- D. 5

ВЫДЕЛЕНА СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ЭКСПЕРТНЫХ СОСТАВОВ БЮРО МСЭ

- A. Специализированного профиля +
- B. Основного профиля

- С. Детского профиля  
D. Общепсихического профиля
- 265) ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ГЛАВНОГО БЮРО МСЭ
- A. Проведение по собственной инициативе повторных освидетельствований граждан +
  - B. Определение нуждаемости инвалидов в медицинской и профессиональной реабилитации
  - C. Определение прогноза стойких расстройств организма
  - D. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности (в процентах)
- 266) ГРАЖДАНИН (ЕГО ЗАКОННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ) МОЖЕТ ОБЖАЛОВАТЬ РЕШЕНИЕ БЮРО В ГЛАВНОМ БЮРО В СРОК
- A. 30 дней +
  - B. 7 дней
  - C. 10 дней
  - D. 15 дней
- 267) ОПРЕДЕЛЕНО СЛЕДУЮЩЕЕ ЧИСЛО СТЕПЕНЕЙ ОГРАНИЧЕНИЯ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ
- A. 3 +
  - B. 1
  - C. 2
  - D. 4
- 268) УСТАНОВЛИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ИНВАЛИДНОСТИ
- A. 1,2,3, ребенок-инвалид +
  - B. 1, 2, 3
  - C. 1, 2, 3, 4
  - D. 1, 2
- 269) ЧИСЛО ВИДОВ СТОЙКИХ РАССТРОЙСТВ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА
- A. 6 +
  - B. 3
  - C. 4
  - D. 5
- 270) К I СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ОТНОСИТСЯ
- A. стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 10 до 30% +
  - B. стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами,

от 40 до 60%

С. стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 70 до 80%

Д. стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 90 до 100%

271) К II СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ОТНОСИТСЯ

А. стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 40 до 60% +

В. стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 10 до 30%

С. стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 70 до 80%

Д. стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 90 до 100%

А. К III СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ОТНОСИТСЯ

В. стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 70 до 80% +

С. стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 10 до 30%

Д. стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 40 до 60%

Е. стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 90 до 100%

272) К IV СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ СТОЙКИХ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА ЧЕЛОВЕКА ОТНОСИТСЯ

А. стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 90 до 100% +

В. стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 10

до 30%

- C. стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 40 до 60%
- D. стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, от 70 до 80%

273) В КАКОЙ СРОК РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО БЮРО МОЖЕТ БЫТЬ ОБЖАЛОВАНО В ФЕДЕРАЛЬНОМ БЮРО

- A. 1 месяц +
- B. 14 дней
- C. 3 месяца
- D. 1 год

274) ИНВАЛИДНОСТЬ – ЭТО

- A. социальная недостаточность вследствие заболевания, травмы или анатомического дефекта, характеризующаяся стойким нарушением функций организма, приводящих к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты +
- B. состояние неблагополучия систем организма, приведшее к ограниченным возможностям для человека
- C. нарушение здоровья со II и более степенью стойких нарушений функций организма, определяющее необходимость его социальной защиты
- D. стойкие нарушения функций организма, вследствие заболеваний характеризующаяся стойким нарушением функций организма,

275) ПРЕДМЕТОМ АНАЛИЗА МАТЕРИАЛЬНЫХ И ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. лечебно-хозяйственная деятельность медицинских организаций, направленная на осуществление их функций по медицинскому обслуживанию населения и эффективное использование имеющихся у них ресурсов +
- B. предпринимательская деятельность, направленная на увеличение прибыли медицинских организаций и увеличение спроса на медицинские услуги у населения
- C. лечебная деятельность социальных организаций, направленная на распределение ресурсов наиболее рациональным образом
- D. хозяйственная деятельность, направленная на улучшение благосостояния медицинских учреждений и общества в целом

276) ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЦЕЛЕЙ АНАЛИЗА МАТЕРИАЛЬНЫХ И ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. контроль выполнения плановых показателей медицинских организаций, обоснование экономических затрат +

- В. увеличение расходования материальных и финансовых ресурсов
- С. составление плана экономии средств на качестве услуг
- Д. составление наглядного представления расходов и доходов медицинского учреждения

277) ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ СПОСОБСТВУЕТ

- А. устойчивости медицинской организации и повышению качества услуг +
- В. росту числа повторных обращений пациентов
- С. улучшению производительности труда обслуживающего персонала медицинского учреждения
- Д. росту ВВП

278) К ПРИНЦИПАМ АНАЛИЗА МАТЕРИАЛЬНЫХ И ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ МОЖНО ОТНЕСТИ

- А. комплексность, коллективность, принцип ведущего звена, однородность учета, оптимальное сочетание видов экономического анализ+
- В. коллективность, структурированность, однородность, длительность
- С. принцип первичного звена, однородность учета, иерархичность, удобство пользования
- Д. автономность, направленность на положительный финансовый результат, срочность

279) УЧЕТ СПЕЦИФИКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ПРИ АНАЛИЗЕ МАТЕРИАЛЬНЫХ И ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ПОЗВОЛЯЕТ

- А. объективно оценить использование материальных, финансовых и трудовых ресурсов в каждом учреждении +
- В. определить наиболее вероятные ошибки в работе медицинского персонала
- С. улучшить качество лечения
- Д. распределить ресурсы в равном количестве между подразделениями

280) ДАННЫЕ АНАЛИЗА МАТЕРИАЛЬНЫХ И ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

- А. текущего и перспективного планирования, для повышения эффективности управления здравоохранением +
- В. составления публичных рейтингов медицинских организаций
- С. привлечения клиентов в медицинскую организацию
- Д. расчета заработной платы работников

281) АНАЛИЗ МАТЕРИАЛЬНЫХ И ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ

- А. принятием соответствующих управленческих решений +
- В. составлением стандартов качества
- С. разработкой стратегии управления человеческими ресурсами

D. выводом и постановкой задач

282) МАТЕРИАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВКЛЮЧАЮТ

- A. здания, сооружения, оборудования, транспорт, лекарственные средства и изделий медицинского назначения, расходные материалы, инструментарий и другие материальные ценности +
- B. денежный капитал, в том числе счета в банках, наличность, ценные бумаги, имеющиеся в организации здравоохранения
- C. информацию, человеческий капитал, опыт и наработки, находящиеся в собственности организации здравоохранения
- D. документы, базы данных, информационные системы

283) МАТЕРИАЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ

- A. производства медицинских товаров и услуг +
- B. комфорта персонала
- C. обеспечения «финансовой подушки» медицинской организации
- D. проведения обследований

284) ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ ЭТО

- A. совокупность всех видов денежных средств (рубли и иностранная валюта, ценные бумаги, платежные карты и денежные документы) +
- B. наличность в кассах организаций здравоохранения, доступная для использования
- C. здания, сооружения, оборудования, транспорт, лекарственные средства и изделий медицинского назначения, расходные материалы, инструментарий и другие материальные ценности
- D. потенциально возможные заемные средства на определенный период времени

285) СУБЪЕКТ, КОТОРЫЙ РАСПОРЯЖАЕТСЯ ФИНАНСОВЫМИ РЕСУРСАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- A. фонд ОМС +
- B. кадастровая палата
- C. налоговая служба
- D. ассоциация врачей

286) ФИНАНСОВЫЕ РЕСУРСЫ ПО СТЕПЕНИ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ДЕЛЯТ НА

- A. собственные и заемные +
- B. управленческие и производственные
- C. личные и общие
- D. внутренние и внешние

287) СОБСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ЭТО

- A. совокупные денежные средства, находящиеся в хозяйственном обороте и

- принадлежащие медицинской организации +
- В. совокупный капитал, состоящий из выраженной рыночной стоимости оборудования на балансе медицинской организации
  - С. вклады участников медицинских общественных организаций
  - Д. деньги, полученные за услуги от клиентов

288) ЗАТРАТЫ (ИЗДЕРЖКИ) ПОКАЗЫВАЮТ

- А. расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и (или) услуг +
- В. результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и реализации этой продукции
- С. оборачиваемость оборотных средств и показывает среднюю стоимость ресурсов, необходимых для производства продукции стоимостью 1 руб
- Д. скорость оборота ресурсов (раз) за определенный (отчетный) период времени и показывает величину реализованной продукции, приходящуюся на 1 руб. оборотных средств.

289) ПЕРЕМЕННЫЕ ЗАТРАТЫ ХАРАКТЕРИЗУЮТ

- А. издержки на производство и реализацию продукции, величина которых изменяется пропорционально объему этой продукции +
- В. расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и (или) услуг
- С. финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и реализации этой продукции.
- Д. оборачиваемость оборотных средств и показывает среднюю стоимость ресурсов, необходимых для производства продукции стоимостью 1 рубль

290) ПОСТОЯННЫЕ ЗАТРАТЫ ПОКАЗЫВАЮТ

- А. издержки на производство и реализацию продукции, размер которых не зависит от объема производств +
- В. расход материальных, финансовых, информационных и других ресурсов в стоимостном выражении, используемых в процессе производства медицинских товаров и (или) услуг
- С. финансовые результаты деятельности организации здравоохранения и выражающаяся в превышении доходов от реализации медицинских товаров и (или) услуг над затратами по производству и реализации этой продукции
- Д. оборачиваемость оборотных средств и показывает среднюю стоимость ресурсов, необходимых для производства продукции стоимостью 1 руб

291) ОСНОВНЫЕ НОРМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В АМБУДАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ - ЭТО

- A. нормативы организации врачебных и общеврачебных участков +
- B. санитарно-эпидемиологические нормы
- C. гигиенические нормы
- D. нормы производительности труда (нагрузка).

292) ОСНОВНЫЕ НОРМЫ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ В СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- A. нормативы обеспечения населения койками по специальностям в стационарах на 1000 жителей +
- B. санитарно-эпидемиологические нормы
- C. гигиенические нормы
- D. нормы производительности труда (нагрузка).

293) ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ЭКОНОМИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- A. получение экономического эффекта через улучшение состояния общественного здоровья +
- B. увеличение доходов медицинских организаций
- C. определение приоритетных направления развития
- D. улучшение финансового состояния собственников организации здравоохранения

294) МЕТОД ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ

- A. сопоставления эффектов альтернативных вариантов медицинских вмешательств и различных программ здравоохранения в расчете на единицу вложенных ресурсов +
- B. бухгалтерской отчетности и управленческого учета
- C. применения лучших практик мирового опыта в сфере здравоохранения
- D. сопоставления инвестиций и отдачи от них по каждому направлению деятельности

295) АНАЛИЗ ОБЩЕЙ СТОИМОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

- A.  $COI=DC+IC$  +
- B.  $COI=DC- IC$
- C.  $COI=PC- IC$
- D.  $COI=PC+ IC$

296) В ПЕРЕЧЕНЬ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ЭКОНОМИЧЕСКОГО УЩЕРБА В СВЯЗИ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, НЕ ВХОДИТ

- A. ущерб, связанный с психологическим состоянием членов семьи инвалида +
- B. выплаты пособий по инвалидности
- C. потери не созданного ВВП

D. потери, связанные с оказанием медицинской помощи  
297) ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ИЗ-ЗА ПОТЕРИ НЕСОЗДАННОГО ВВП И ПОТЕРИ УМЕНЬШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКО-ЛЕТ СВЯЗАН С

- A. летальностью +
- B. инвалидностью
- C. временной нетрудоспособностью
- D. потерей кормильца

298) ПРЕДОТВРАЩЕННЫЙ ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ - ЭТО

- A. ущерб, который удалось предотвратить путем лечебно-профилактических мероприятий +
- B. ущерб, трансформированный в выгоду
- C. ущерб, вызванный ростом цен на медицинские услуги
- D. ущерб, который удалось смягчить более чем на 20%

299) КРИТЕРИИ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ КАК

- A. отношение предотвращенного экономического ущерба к затратам на медицинское обслуживание +
- B. произведение предотвращенного экономического ущерба на число пациентов
- C. ВВП, утерянное в связи с ущербом
- D. отношение ВВП к стоимости диспансерного наблюдения больных

300) МЕТОД МИНИМИЗАЦИИ ЗАТРАТ ПОЗВОЛЯЕТ

- A. рассматривать две или несколько предлагаемых программ, медицинских технологий, процедур, услуг, которые приводят к строго одинаковым результатам +
- B. рассматривать одну конкретную задачу, стоящую перед медицинским специалистом
- C. рассматривать комплексную и качественно новую проблему
- D. использовать, когда руководитель ограничен во времени и бюджете

## **Вопросы для прохождения промежуточной аттестации**

Вопрос 1. Какое из известных вам определений индивидуального здоровья наиболее полно характеризует его?

Ответ: Это здоровье каждого человека, оцениваемое как самим человеком, так и лечащим врачом на основании медицинских обследований и консультаций

Вопрос 2. Дайте определение общественному здоровью

Ответ: Является важнейшим интегрированным показателем развития общества и характеризует жизнеспособность общества, отображающую физическое, психическое, социальное благополучие населения.

Вопрос 3. Перечислите основные составляющие оценки общественного здоровья?

Ответ: Для оценки общественного здоровья применяются четыре группы взаимосвязанных статистических показателей:

- 1) демографические показатели;
- 2) показатели заболеваемости;
- 3) показатели первичного выхода на инвалидность;
- 4) показатели физического развития.

Вопрос 4. Какие основные факторы определяют состояние здоровья населения.

Ответ: Общественное здоровье как совокупное здоровье населения предопределено комплексным действием социальных, поведенческих, биологических и других факторов, — это организованные усилия общества, направленные на улучшение здоровья, продолжение жизни и улучшение качества жизни всего населения.

Вопрос 5. Дайте определение вариационного ряда.

Ответ: Вариационный ряд — ряд числовых измерений какого-либо признака, отличающихся друг от друга по своей величине и расположенных в определенном порядке (возрастания или убывания)

Вопрос 6. Какие виды относительных величин Вы знаете?

Ответ: Различают четыре вида относительных величин: интенсивные, экстенсивные, соотношения и наглядности.

Вопрос 7: Какую роль играют относительные величины в оценке здоровья населения.

Ответ: В медицинских исследованиях из средних величин наиболее часто используется среднее арифметическое, которое позволяет оценить размер признака в совокупности (например, рост детей разного возраста, скорость оседания эритроцитов при разных заболеваниях, нагрузка врачей разных

специальностей и др.) позволяют его обобщающие характеристики, называемые средними величинам

Вопрос 8: Дайте определение понятия «факторы риска» и их структуру

Ответ: Факторы риска (risk factors) — это потенциально опасные для здоровья факторы поведенческого, биологического, генетического, экологического, социального характера, окружающей и производственной среды, повышающие вероятность развития заболеваний, их прогрессирование и неблагоприятный исход.

Вопрос 9: Дайте определение понятия «факторы риска» и их структуру.

Ответ: Выделяют модифицируемые — поддающиеся изменению воздействию и немодифицируемые факторы риска.

К модифицируемым относятся, например, биологические факторы, такие как уровень в крови липидов, глюкозы, артериального давления, поведенческие — особенности образа жизни и привычек (неправильное питание, курение, низкая физическая активность, злоупотребление алкоголем, повышенный уровень психоэмоционального напряжения и др.). К немодифицируемым — пол, возраст и некоторые генетические характеристики и другие, которые не поддаются изменениям используются в основном при определении причин и прогноза развития заболевания.

Вопрос 10. Что такое суммарный риск развития и прогрессирования заболеваний?

Ответ: К категории лиц высокого суммарного риска развития фатальных ССЗ относятся следующие.

1. Больные с клиническими проявлениями ССЗ независимо от профиля факторов риска.
2. Пациенты без симптомов ССЗ, имеющие:
  - а) сочетание факторов риска, при котором 10-летний риск достигает  $\geq 5\%$  в настоящее время или при прогнозе для возраста 60 лет;
  - б) значительно повышенные уровни отдельных факторов риска: ОХС  $\geq 8$  ммоль/л, ХС ЛПНП  $\geq 6$  ммоль/л, АД  $\geq 180/110$  мм рт. ст.;
  - в) диабет 2-го и 1-го типа с микроглобулинурией.

Вопрос 11. Дайте определение образа жизни и здорового образа жизни

Ответ: Образ жизни — это способ и формы индивидуальной и коллективной жизнедеятельности человека, характеризующие особенности его поведения, общения, склада мышления, устоявшаяся форма бытия человека в мире, находящая свое выражение в его деятельности, интересах, убеждениях. Образ жизни представляет собой совокупность условий, обстоятельств, ситуаций, характерных для чьейлибо жизни, и является ведущим фактором, определяющим здоровье населения

Здоровый образ жизни — это образ жизни, направленный на сохранение и укрепление здоровья человека, профилактику заболеваний, возможность

длительного сохранения физической и творческой активности, достижение активного долголетия.

Вопрос 12. Какие элементы включает Здоровый образ жизни?

Ответ: Структура здорового образа жизни включает следующие элементы:

- оптимальный двигательный режим;
- тренировку иммунитета и закаливание;
- рациональное питание;
- оптимальную психофизиологическую регуляцию;
- психосексуальную и половую культуру;
- рациональный режим жизни;
- отсутствие вредных привычек;
- самообразование

Вопрос 13. Назовите показатели воспроизводства (естественного движения) населения и факторы, их определяющие

Ответ: Естественное движение населения, или его воспроизводство - изменение численности, состава и размещения населения, обусловленное рождением, смертью, динамикой браков и разводов.

К основным показателям воспроизводства населения относятся следующие.

Общий коэффициент рождаемости, Общий коэффициент смертности, Коэффициент естественного прироста, Фертильность, Коэффициенты младенческой смертности. Перинатальная (околородовая) смертность, Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ)

Вопрос 14. Укажите, для каких целей используются показатели заболеваемости.

Ответ: Показатели заболеваемости населения в целом или его отдельных групп используются:

- для комплексной оценки состояния здоровья населения в целом и отдельных групп (в том числе для сравнения с показателями заболеваемости зарубежных стран);
- формирования государственной, в том числе межведомственной, социальной политики в области охраны и укрепления здоровья, развития здравоохранения и повышения качества жизни населения;
- обоснования ресурсной потребности здравоохранения (материально-технической, кадровой, финансовой и др.
- планирования, в том числе с применением программно-целевых методов, конкретных лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических и оздоровительных мероприятий;
  - оценки деятельности медицинских организаций и специалистов и в целом системы здравоохранения;
- использования при разработке федеральной и территориальных программ ОМС;
- формирования муниципальных заказов на медицинскую помощь,

определения объемов финансирования высокотехнологичной медицинской помощи, расчета размера подушевого финансирования;

- формирования стандартов медицинской помощи, разработки клинических протоколов и рекомендаций;
- формирования регистров (баз данных) отдельных заболеваний (онкорегистр, регистры сахарного диабета, орфанных заболеваний, ВИЧ/СПИД, рассеянного склероза и др.);
- организации и проведения социально-гигиенического мониторинга групп заболеваний, дальнейшего планирования объемов вакцинации и др.;
- расчета и планирования финансовых средств при решении проблем лекарственного обеспечения, в том числе осуществления закупок жизненно важных и необходимых лекарственных средств

Вопрос 15. Что включает заболеваемость по обращаемости, как она рассчитывается?

Ответ: Заболеваемость по обращаемости включает в себя понятия первичной и общей заболеваемости.

Первичная заболеваемость — это совокупность новых, ранее нигде не зарегистрированных заболеваний, установленных больному впервые в жизни при обращении за медицинской помощью. Расчет показателя первичной заболеваемости осуществляется по следующей формуле:

$$\frac{\text{число заболеваний, выявленных впервые в жизни в данном году} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) — это совокупность всех выявленных заболеваний среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью в данном году, которым диагноз установлен как впервые, так и при повторном (многократном) обращении по поводу данного заболевания.

Формула расчета общей заболеваемости выглядит следующим образом:

$$\text{общая заболеваемость} = \frac{\text{число заболеваний, выявленных в данном году} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

По таким же принципам рассчитываются показатели по отдельным нозологиям, классам заболеваний, полу, возрасту, социальным, профессиональным и иным группам населения.

Вопрос 16. Какие критерии используются при изучении заболеваемости по результатам медицинских осмотров?

Ответ: Изучение заболеваемости по результатам проведения медицинских осмотров осуществляется с учетом дифференциации видов медицинских осмотров:

1) медицинские профилактические осмотры детей, осуществляемые среди различных возрастных групп в соответствии с нормативными требованиями Минздрава Российской Федерации, направлены на раннее выявление отклонений в состоянии здоровья и заболеваний с целью проведения своевременного лечения и оздоровления детей, привития им навыков

здорового образа жизни;

2) предварительные — при приеме на работу или поступлении в учебное заведение;

3) при приписке и призыве на воинскую службу;

4) периодические — для экспертизы допуска к профессии, связанной с воздействием вредных и опасных производственных факторов либо с повышенной опасностью для окружающих;

5) целевые — для раннего выявления социально значимых заболеваний, таких как онкологические, сердечно-сосудистые, туберкулез и др.;

6) медицинские осмотры лиц, профессия которых может способствовать распространению заболеваний среди населения (работники общественного питания, торговли, детских, коммунальных учреждений и т.д.);

7) профилактические осмотры в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов;

8) медицинские осмотры в ходе проведения диспансеризации населения.

Изучение заболеваемости по результатам проведения медицинских осмотров может рассматриваться как дополнительный источник информации, так как он достаточно трудоемок, ограничивает численность обследуемой группы населения и дает представление лишь о наличии заболеваний на момент проведения осмотра.

Вопрос 17. Что такое МКБ, для каких целей она используется?

Ответ: Международная классификация болезней, травм и состояний, связанных со здоровьем (МКБ), является международной стандартной диагностической классификацией, которую используют для общих эпидемиологических целей, включая анализ общей ситуации со здоровьем населения и его отдельных групп, а также подсчет частоты и распространенности болезней и других проблем, связанных со здоровьем, в их взаимосвязи с различными факторами. МКБ широко используется с целями, связанными с управлением здравоохранением, с разработкой национальных программ профилактики и развития медицинской науки. Необходимость систематизировать информацию о болезнях, проблемах и состояниях, связанных со здоровьем, возникла более 300 лет назад. В процессе изучения проблемы в различных странах было принято решение о пересмотре МКБ каждые 10 лет в связи с изменением ситуации с заболеваемостью населения и совершенствованием подходов к ее учету и классификации.

Вопрос 18. Какие группы статистических показателей используются для характеристики здоровья детей и подростков?

Ответ: Основными группами статистических показателей, используемых для характеристики здоровья детей и подростков, являются:

- 1) демографические;
- 2) физическое развитие;
- 3) распределение детей по группам здоровья;
- 4) заболеваемость;
- 5) данные об инвалидности.

Вопрос 19. Какие заболевания относятся к НИЗ?

Ответ: К основным НИЗ относятся болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, хронические болезни органов дыхания (в первую очередь хроническая обструктивная болезнь легких и астма), сахарный диабет.

Вопрос 20. Дайте определение социально значимых и социально обусловленных заболеваний.

Ответ: Основные критерии отнесения заболеваний к социально значимым следующие.

1. Показатель «бремени болезней» (DALY), который выражает число лет жизни, утраченных для человека и общества в результате преждевременной смерти или инвалидности.
2. Наибольшие объемы потенциального экономического ущерба государства и общества от недополученной доли ВВП и высокого уровня экономических затрат на возмещение гражданам ущерба здоровью, связанного с выплатой средств по временной нетрудоспособности и инвалидности.
3. Наиболее высокая доля заболеваний в структуре распространенности и неблагоприятных исходов (инвалидности и смертности населения).
4. Наибольшие объемы ресурсных затрат системы здравоохранения на оказание медицинской и лекарственной помощи при указанных заболеваниях.
5. Снижение качества жизни больных и членов их семей, связанное со снижением адаптации больного к профессиональной деятельности, возможности самостоятельно в полной мере решать проблемы собственного жизнеобеспечения, потребности в социальной защите, в том числе постоянном постороннем уходе.

### **Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации**

#### **Задача 1.**

В городе Н. функционирует родильный дом на 80 коек с женской консультацией, имеющей полный набор структурных подразделений, кроме отделения патологии беременных и отделения недоношенных детей.

Показатель перинатальной смертности за последний год составил 2 0/00, случаев материнской смертности за последние 3 года в городе не отмечалось. В связи с высоким уровнем частоты аборт в городе Н. было изучено их влияние на уровень перинатальной смертности.

Исследование показало, что в группе женщин, имевших в анамнезе аборт, число умерших детей в перинатальном периоде составило  $3,0 \pm 0,30/00$  на 1000

рожденных детей, а в группе женщин, не имевших в анамнезе аборта -  $1,2 \pm 0,4$  0/00 ( $t=3,6$ ).

Задание:

1. Дайте определение перинатальной и младенческой смертности. К какому виду демографических показателей они относятся. Объясните какой из этих показателей является интегральным международным медико-экономическим показателем для оценки здоровья населения?
2. Какой статистический метод используется для суждения о влиянии аборта в анамнезе на уровень перинатальной смертности? Объясните смысл применения этого метода, сделайте вывод.
3. Назовите этапы охраны материнства и детства и организации, обеспечивающие деятельность системы охраны материнства и детства в РФ на каждом из этапов.
4. Какими основными документами регламентируется деятельность системы ОМС? Каковы права и обязанности застрахованных лиц?

Ответ:

1. К числу интегральных медико-демографических показателей относится показатель младенческой смертности, т.е. смертности детей в возрасте до 1 года. Коэффициенты младенческой смертности вычисляются по формуле:  
$$\frac{\text{число детей, умерших в течение первого года жизни в данном году} \times 1000}{2 / 3 \text{ родившихся живыми в данном году} + 1 / 3 \text{ родившихся живыми в предыдущем году}}$$
  
Соотношение в знаменателе — это установленная статистическая закономерность, поскольку в числе умерших в данном году есть и дети, достигшие года жизни, но родившиеся в предыдущем году.  
Перинатальная (околородовая) смертность — собирательное понятие, объединяющее смертность жизнеспособных плодов начиная с 22-й недели беременности и до начала родовой деятельности у матери, а также во время родов и смертность детей в течение первых 168 часов (7 суток) жизни.  
$$\frac{\text{число родившихся мертвыми} + \text{число детей, умерших в течение первых 7 суток жизни} \times 1000}{\text{число детей / родившихся живыми и мертвыми в данном году}}$$
2. Критерий Стьюдента для независимых выборок. Полученное значение критерия  $t$  сравнивают со стандартным табличным значением  $t$ -критерия Стьюдента  $t_{кр}$  для выбранного уровня значимости  $\alpha$  и числа степеней свободы. Например, при сравнении двух групп критерий  $t$   $kr$  равен 2, и если полученное значение  $t$  больше 2, то различие статистически значимо, и это можно утверждать с вероятностью безошибочного прогноза, равной 95% (при  $t_{кр} = 3$  и более — с вероятностью безошибочного прогноза 99%).  
Величина критерия менее 2 свидетельствует об отсутствии статистической значимости различий сравниваемых показателей.
3. Система охраны материнства и детства предусматривает этапность оказания профилактической и лечебной помощи.  
I этап: оказание помощи женщине вне беременности (начиная с формирования здоровья девочки), подготовка ее к материнству.  
II этап: комплекс мероприятий по антенатальной охране плода и сохранению

здоровья женщины во время беременности.

III этап: интранатальная охрана плода и сохранение здоровья женщины во время родов, включая рациональное ведение родов, в том числе с использованием современных перинатальных семейно-ориентированных технологий.

IV этап: охрана здоровья новорожденного, организация правильного вскармливания, создание оптимальных условий для физического развития.

V этап: охрана здоровья ребенка в дошкольный период, обеспечение условий для оптимального физического развития, создание необходимого иммунологического статуса.

VI этап: охрана здоровья детей школьного возраста.

Последовательное осуществление мероприятий на всех этапах определяет организационное единство системы охраны материнства и детства в нашей стране.

4. Федеральным законом Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», действующего в настоящее время с изменениями и дополнениями.

Застрахованное лицо имеет право на:

- бесплатное оказание ему медицинской помощи МО при наступлении страхового случая на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС, а на территории субъекта РФ — в объеме, установленном территориальной программой ОМС;
- выбор СМО или замену ее 1 раз в течение календарного года;
- выбор МО из всех участвующих в реализации территориальной программы ОМС;
- выбор врача;
- получение от ТФ ОМС, СМО и МО достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;
- защиту персональных данных;
- возмещение СМО ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;
- возмещение МО ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи;
- защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

Обязанности застрахованного лица:

- предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью;
- подавать в СМО лично или через своего представителя заявление о выборе СМО;
- уведомлять СМО об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- осуществлять выбор СМО по новому месту жительства в течение одного месяца.

Задача 2. В городе Н. с января по февраль прогнозируется рост заболеваемости гриппом и ОРВИ среди населения, в т.ч. среди детей. На этом основании руководством Управления здравоохранением города Н. в сентябре подписано распоряжение об обязательном проведении иммунизации против гриппа организованных детских коллективов.

В апреле текущего года по данным анализа работы по иммунизации установлено, что среди привитых заболеваемость гриппом составила  $13,0 + 0,3$  на 100 человек, а среди непривитых контингентов  $15,0 + 0,4$  на 100 человек ( $t=4,0$ ).

Среди непривитых детей каждый четвертый ребенок имел отвод от вакцинации по медицинским показаниям в связи с аллергическими расстройствами.

Задание:

1. Укажите достоинства и недостатки метода изучения заболеваемости по обращаемости. Какие учетные документы используются врачами при регистрации инфекционных заболеваний?
2. Какой статистический метод применен для доказательства эффективности иммунизации против гриппа? Сделайте вывод.
3. Какие показатели характеризуют деятельность детской поликлиники? И по какому показателю можно судить об уровне профилактических посещений поликлиники?
4. Что такое система ОМС. Охарактеризуйте субъектов и участников системы ОМС.

Ответ:

1. Обращаемость населения за медицинской помощью в медицинские организации не отражает истинной заболеваемости населения, но является значимым источником данных о заболеваниях и проблемах, связанных со здоровьем.

Обращение – это цель посещения. Обращаемость может быть с целью оказания помощи по заболеванию, с профилактической целью и другими причинами.

Посещение – это контакт пациента с врачом медицинской организации или подразделения, оказывающего МП в амбулаторных условиях по любому поводу с последующей записью в утвержденных учетных статистических документах («Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма №025/у), История развития ребенка (форма №112/у и др.).

Законченный случай лечения в поликлинике – это обращение по поводу заболевания (кратность посещений по поводу одного заболевания не менее 2), когда цель обращения (выздоровление, улучшение, направление пациента в дневной стационар, на госпитализацию в круглосуточный стационар) достигнута. Обращение, как законченный случай по поводу заболевания, складывается из первичных и повторных посещений.

В России исторически сложилась система формирования государственной официальной статистической информации, обеспечивающая сплошной учет зарегистрированных заболеваний, травм и проблем, связанных со здоровьем,

их обработку и анализ. Анализ особенностей и динамики заболеваемости за ряд лет позволяет прогнозировать уровни заболеваемости и осуществлять стратегическое планирование мероприятий по ее снижению – профилактических программ.

В России качество информации, собранной путем сплошного метода изучения заболеваемости во многом зависит от качества диагностики, правильности интерпретации диагнозов, дефектов заполнения первичной учетной документации.

В каждой МО назначается лицо, ответственное за передачу оперативной информации о выявленных больных, передачу экстренных извещений об инфекционном заболевании и регистрации всех случаев в «Журнале учета инфекционных и паразитарных заболеваний» (форма №060/у). Экстренные извещения оформляются на бланке формы №058/у «Экстренное извещение об инфекционном, паразитарном заболевании, пищевом отравлении, необычной реакции на прививку, поствакцинальном осложнении».

2. Критерий Стьюдента для независимых выборок. Полученное значение критерия  $t$  сравнивают со стандартным табличным значением  $t$ -критерия Стьюдента  $t_{кр}$  для выбранного уровня значимости  $\alpha$  и числа степеней свободы. Например, при сравнении двух групп критерий  $t$   $t_{кр}$  равен 2, и если полученное значение  $t$  больше 2, то различие статистически значимо, и это можно утверждать с вероятностью безошибочного прогноза, равной 95% (при  $t_{кр} = 3$  и более — с вероятностью безошибочного прогноза 99%).

Величина критерия менее 2 свидетельствует об отсутствии статистической значимости различий сравниваемых показателей.

3. Работу участковых врачей (терапевтов, педиатров и др.) оценивают по показателю участковости, который представляет собой долю посещений пациентов своего участка ко всем посещениям врача и выражается в %.

Показатели участковости на амбулаторном приеме считаются хорошими при уровне 80 – 85%.

Показатели участковости по помощи дому считаются хорошими при уровне 90 – 92%.

На основании данных, представленных в таблице 6, возможно рассчитать показатели, характеризующие основные принципы работы поликлиники: доступность, участковость и профилактическую направленность.

Для характеристики организации профилактической работы поликлиники основным показателем является полнота охвата населения профилактическими осмотрами. Данный показатель вычисляется по отдельным группам населения, подлежащим осмотру

Диспансеризация населения и диспансерное наблюдение пациентов являются одними из важнейших методов профилактической работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

Проведение и результат данной работы фиксируются в учетные формы ф.030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» и отчетной формы федерального статистического наблюдения №12.

Для анализа диспансерной работы используют три группы показателей:

1. Показатели частоты (охвата) диспансерным наблюдением;
  2. Показатели качества диспансерного наблюдения;
  3. Показатели эффективности диспансерного наблюдения.
  4. В соответствии с законом субъектами ОМС являются:
    1. Застрахованные лица; граждане РФ, постоянно или временно проживающие в РФ, иностранные граждане, лица без гражданства.
    2. Страхователи организации (работодатели, индивидуальные предприниматели; физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями; для неработающих граждан — органы исполнительной власти субъектов РФ; индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой (нотариусы, адвокаты и другие лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам).
    3. Федеральный фонд ОМС (ФФ ОМС) (страховщик) — некоммерческая организация, созданная в РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС.
- Участниками ОМС являются.
1. Территориальные фонды (ТФ ОМС) — некоммерческие организации, созданные субъектами РФ для реализации государственной политики в сфере ОМС на территориях субъектов РФ, реализации территориальных программ ОМС (дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям).
  2. Страховые медицинские организации (СМО) — страховая организация, имеющая соответствующую лицензию на деятельность по ОМС; СМО осуществляет отдельные полномочия страховщика в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС; в состав учредителей СМО не вправе входить работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения.
  3. Медицинские организации (МО) — организации любой организационно-правовой формы, имеющие право (лицензию) на осуществление медицинской деятельности в системе ОМС.