

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2024 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Прохоренко И.О.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»
Специальность 31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Направленность: Лечебное дело
Квалификация (степень) выпускника: Врач –лечебник**

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Год поступления 2024

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ

1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»

Код компетенции	Содержание компетенции
ОПК-9	Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности
ОПК-9.1	Демонстрирует умение применять организационно-управленческую и нормативную документацию в своей деятельности
ОПК-10	Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности
ОПК-10.1	Ведет документационное обеспечение профессиональной деятельности с учетом современных информационных технологий.
ПК-4.	Медико-социальная экспертиза, санаторно-курортное лечение пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации
ПК-4.1.	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и работа в составе врачебной комиссии, осуществляющей экспертизу временной нетрудоспособности
ПК-4.2.	Подготовка необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы
ПК-4.4.	Направление пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу
ПК-6.	Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
ПК-6.1.	Составление плана работы и отчета о своей работе, оформление паспорта врачебного (терапевтического) участка
ПК-6.2.	Проведение анализа показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для характеристики здоровья прикрепленного населения

ПК-6.3.	Ведение медицинской документации, в том числе в электронном виде
ПК-6.4.	Контроль выполнения должностных обязанностей медицинской сестрой участковой и иными находящимися в распоряжении медицинскими работниками
ПК-6.5.	Обеспечение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в пределах должностных обязанностей
ПК-7.	Ведение статистического учета в медицинской организации
ПК-7.1.	Ведение статистического учета и подготовка статистической информации о деятельности медицинской организации для руководства медицинской организации
ПК-7.2.	Проведение анализа показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих состояние здоровья населения
ПК-7.3.	Ведение учета пациентов медицинской организации, застрахованных по программе обязательного медицинского страхования и программам добровольного медицинского страхования
ПК-7.4.	Организация хранения документов в соответствии с установленными сроками и требованиями
ПК-7.5.	Ведение персонифицированных регистров пациентов с различными заболеваниями и льготных категорий граждан

3. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «**Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения**» выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

4.1. Написание презентаций по темам:

Тема №1: Методика статистического исследования.

1. Методика статистического исследования во врачебной практике.. Расчет, оценка и анализ показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей здоровья населения.
2. Правила кодирования заболеваемости и смертности населения по МКБ 10 пересмотра
3. Наглядное изображение результатов деятельности медицинской организации, и показателей здоровья населения

Тема №2: Абсолютные, относительные величины.

1. Абсолютные величины, относительные величины. Применение в практике врача для подготовки статистических отчетов
2. Роль статистических коэффициентов в подготовке статистических отчетов медицинской организации.

Тема №3: Динамические ряды.

- 1.. Динамика показателей естественного движения населения, методика анализа показателей, характеризующих состояние здоровья населения
2. Основные тренды показателей заболеваемости и распространенности основных групп заболеваний методикой анализа показателей.

Тема №4: Средние величины. Оценка достоверности результатов исследования

1. Ошибки врачей при расчете, оценке и анализе показателей, характеризующих деятельность медицинской организации (средних величин), и показателей здоровья населения (средних величин).
2. Понятие достоверности при анализе показателей, характеризующих деятельность медицинской организации и показателей здоровья населения.

Тема №5: Медицинская демография

- 1.. Факторы, влияющие на рождаемость и смертность населения
2. Современные тенденции брачности и разводимости по статистической отчетности
3. Переписи населения. Исторические аспекты.
4. Актуальные проблемы демографии и их решение в современном мире.

Тема №6: Заболеваемость. Методика изучения и оценка здоровья населения

1. Особенности первичной заболеваемости в России
2. Структура распространенности заболевания в России и в мире.
3. Инфекционная заболеваемость, проблемы и прогноз на будущее.
4. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в разных отраслях народного хозяйства

Тема №7: Стандартизация. Методы стандартизации

1. Роль стандартизованных показателей в медицине и здравоохранении
2. Анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья прикрепленного населения с использованием метода стандартизации.

Тема №8: Организация медицинской помощи в РФ.

- 1 Принципы охраны здоровья граждан в РФ в соответствии с ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".
2. Права и обязанности пациентов при получении медицинской помощи в соответствии с ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ".

Тема №9: Основы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях поликлиники

1. Земская медицина и ее роль в развитии ПМСП.
2. Организация профилактической работы в условиях поликлиники. Организационно-управленческую и нормативную документацию при проведении профилактической работы

Тема №10: Организация и анализ деятельности врача общей практики

1. Особенности организации работы участкового врача и ВОП в условиях поликлиники согласно Приказу №237 от 26 августа 1992 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача).

Приказу МЗ и СР РФ №84 от 17 января 2005 г «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)

2. Деятельность ВОП в сельской местности согласно Приказу №237 от 26 августа 1992 г. «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача). Приказу МЗиСР РФ №84 от 17 января 2005 г «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)

Тема №11: Анализ деятельности медицинских организаций

1. Организация профилактической работы в условиях детской поликлиники Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие здоровье прикрепленного детского населения, порядок их вычисления и оценки
2. Государственная политика по охране материнства, отцовства, детства в РФ.

Тема №12: Экспертиза временной нетрудоспособности

1. Основные ошибки врачей при проведении ЭВН

2. Электронные больничные листки.

Тема №13: Эффективность в здравоохранении. Экономический эффект и экономический ущерб в здравоохранении.

1. Эффективность в здравоохранении от проведения профилактических мероприятий. Анализ показателей.

2. ОПЖ сущность и динамика показателя в России и в мире

Тема №14: Планирование, финансирование в здравоохранении. Медицинское страхование.

1. История развития медицинского страхования в РФ

2. Основные типы финансирования здравоохранения в мире.

Темы презентаций могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

4.2 Решение ситуационных задач по темам:

Тема №1: Методика статистического исследования.

Ситуационная задача №1

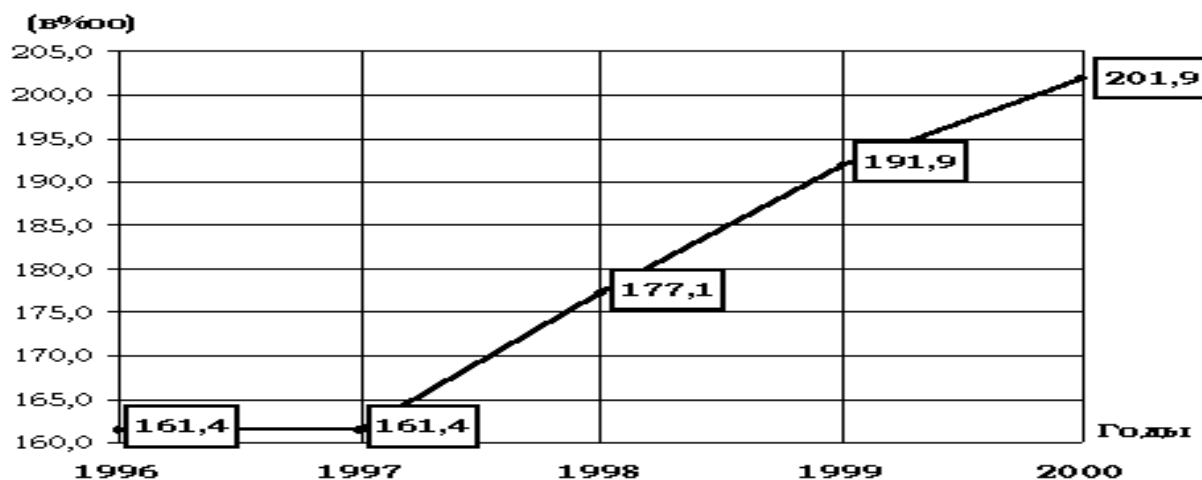
При первичном обращении больного к врачу был поставлен диагноз «Гипертоническая болезнь», в результате чего возникло нарушение трудоспособности. Какие формы документации должен заполнить врач?

Ответ: Медицинская карта амбулаторного больного, статистический талон (ф. №25/у), лист нетрудоспособности.

Ситуационная задача №2

Изобразить графически динамику общей детской инвалидности в г. Самара за 1996 – 2000 г.г. (на 10 000 детского населения), если известно, что показатель детской инвалидности в 1996 г. составил – 161,4, в 1997 г. – 161,4, в 1998 г. -177,1, в 1999 - 191,9, в 2000 г. – 201,9.

Ответ:



Динамика общей детской инвалидности в г. Самара за 1996 – 2000 г.г. (на 10 000 детского населения).

Ситуационная задача №3

Постройте макет групповой таблицы, распределив пациентов по нозологиям, полу и семейному положению.

Ответ:

Распределение пациентов по нозологиям, по полу и семейному положению

№ п.п.	Название заболевания	Пол	Семейное положение	Всего
--------	----------------------	-----	--------------------	-------

		М.	Ж.	Женат (замужем)	Не женат (не замужем)	
1						
2						
...						
ИТОГО						

Ситуационная задача №4

Постройте макет комбинационной таблицы, распределив пациентов по нозологиям, полу и месту проживания (город, село)

Ответ:

Распределение пациентов по нозологиям, полу и месту проживания

№ п.п.	Название заболевания	Место проживания				Всего
		Город		Село		
		М	Ж	М	Ж	
1.						
2.						
И т. д						
Итого						

Тема №2: Абсолютные, относительные величины

Ситуационная задача №1

В районе К. численность населения составляет 40 000 жителей, возрастной состав которого распределился следующим образом: от 15 до 19 лет – 6 000 человек (1 группа), от 20 до 59 лет – 24 000 человек (2 группа), от 60 до 69 лет – 5 000 человек (3 группа), от 70 лет и более - 5 000 человек (4 группа). В районе работает 48 врачей, к ним в течение года сделано 400 000 посещений. Число обращений в поликлинику в разных возрастных группах составило: 1 группы – 4 800, 2 группы – 24 000, 3 группы - 19 600, 4 группы – 9 600.

Для подготовки статистических отчетов медицинской организации по району К. вычислить из имеющейся информации показатели: интенсивный, экстенсивный, показатель соотношения .

Ответ:

Интенсивный показатель:

$$\text{а) Число посещений на одного жителя в год} = \frac{\text{Число посещений}}{\text{Численность населения}} \times 1$$

$$\frac{400\,000}{40\,000} \times 1 = 10 \text{ посещений в год.}$$

$$\text{б) Показатель обращаемости} = \frac{\text{Число обращений жителями}}{\text{Общая численность населения}} \times 1\,000$$

48 000

$$40\ 000 \times 1\ 000 = 12\ 000\ \text{\%}.$$

в) Показатель Число обращений жителей 15 – 19 лет
обращаемости = Численность населения в возрасте 15 – 19 лет \times 1 000
лиц 15 – 19 лет
4 800
 $6\ 000 \times 1\ 000 = 800\ \text{\%}.$

г) Показатель Число обращений жителей 20 - 59 лет
обращаемости = Численность населения в возрасте 20 - 59 лет \times 1 000
лиц 20-59 лет
24 000
 $24\ 000 \times 1\ 000 = 1000\ \text{\%}.$

д) Показатель Число обращений жителей 60 - 69 лет
обращаемости = Численность населения в возрасте 60 - 69 лет \times 1 000
лиц 60-69 лет
19 600
 $5\ 000 \times 1\ 000 = 3920\ \text{\%}.$

е) Показатель Число обращений жителей 70 лет и выше
обращаемости = Численность населения в возрасте 70 лет и выше \times 1 000
лиц 70 лет
и выше
9 600
 $5\ 000 \times 1\ 000 = 1920\ \text{\%}.$

Экстенсивный показатель:

А) Возрастная структура населения района К.

а) Доля лиц
возрастной группы = Число лиц в возрасте 15 – 19 лет \times 100
15 – 19 лет
Общая численность населения

6 000
 $40\ 000 \times 100 = 15\ \text{\%}.$

б) Доля лиц
возрастной группы = Число лиц в возрасте 20 – 59 лет \times 100
20 – 59 лет
Общая численность населения

24 000
 $40\ 000 \times 100 = 60\ \text{\%}.$

в) Доля лиц
возрастной группы = Число лиц в возрасте 60 – 79 лет \times 100
60 – 79 лет
Общая численность населения

5 000

$$40\,000 \times 100 = 12,5 \%$$

г) Доля лиц возрастной группы = $\frac{\text{Число лиц в возрасте 70 лет и более}}{\text{Общая численность населения}} \times 100$

$$\frac{5\,000}{40\,000} \times 100 = 12,5 \%$$

Б) Структура обращений в поликлинику разными возрастными группами:

а) Доля обращений лиц 15 – 19 лет = $\frac{\text{Число обращений лицами 15 – 19 лет}}{\text{Общее число обращений}} \times 100$

$$\frac{4\,800}{48\,000} \times 100 = 10 \%$$

б) Доля обращений лиц 20 – 59 лет = $\frac{\text{Число обращений лицами 20 – 59 лет}}{\text{Общее число обращений}} \times 100$

$$\frac{24\,800}{48\,000} \times 100 = 50 \%$$

в) Доля обращений лиц 60 – 69 лет = $\frac{\text{Число обращений лицами 60 – 69 лет}}{\text{Общее число обращений}} \times 100$

$$\frac{9\,600}{48\,000} \times 100 = 20 \%$$

г) Доля обращений лиц 70 лет и более = $\frac{\text{Число обращений лиц 70 и более лет}}{\text{Общее число обращений}} \times 100$

$$\frac{9\,600}{48\,000} \times 100 = 20 \%$$

Показатель соотношения:

Обеспеченность населения врачами = $\frac{\text{Число врачей}}{\text{Общая численность населения}} \times 10\,000$

$$\frac{48}{40\,000} \times 10\,000 = 12 \text{ ‰}$$

Ситуационная задача №2

В отчете стационара в разделе о диагностических ошибках врачей, которые получены при сопоставлении клинических и патологоанатомических диагнозов, представлены следующие данные:

Причина смерти	Проведено вскрытий	Кол-во диагностических ошибок
Туберкулез легких	100	10
Рак легкого	45	8
Атеросклероз	72	8
Язва желудка	100	15

Проводивший анализ врач сделал вывод о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при язве желудка. Правильен ли этот вывод?

Ответ:

Для определения правильности вывода врача, проводившего анализ, о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при язве желудка, необходимо произвести вычисление интенсивного показателя диагностических ошибок при вскрытиях для каждой причины смерти. Так, получаем следующие показатели:

Причина смерти	Интенсивный показатель (%)
Туберкулез легких	10
Рак легкого	18
Атеросклероз	11
Язва желудка	15

Вычисление интенсивного показателя позволяет сделать заключение о том, что вывод врача неправилен, поскольку показатель диагностических ошибок при язве желудка составляет лишь 15%, а их максимальный уровень выявлен при раке легкого и он составляет 18%.

Ситуационная задача №3

В отчете стационара в разделе о диагностических ошибках врачей, которые получены при сопоставлении клинических и патологоанатомических диагнозов, представлены следующие данные:

Причина смерти	Проведено вскрытий	Кол-во диагностических ошибок
Туберкулез легких	102	10
Рак легкого	54	8
Атеросклероз	79	8
Язва желудка	120	15

Проводивший анализ врач сделал вывод о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при язве желудка. Правильен ли этот вывод?

Ответ:

Для определения правильности вывода врача, проводившего анализ, о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при язве желудка, необходимо произвести вычисление интенсивного показателя диагностических ошибок при вскрытиях для каждой причины смерти. Так, получаем следующие показатели:

Причина смерти	Интенсивный показатель (%)
Туберкулез легких	10
Рак легкого	15
Атеросклероз	10
Язва желудка	13

Вычисление интенсивного показателя позволяет сделать заключение о том, что вывод врача неправилен, поскольку удельный вес диагностических ошибок при язве желудка составляет лишь 13%, а их максимальный уровень выявлен при раке легкого и он составляет 15%.

Ситуационная задача №4

В отчете стационара в разделе о диагностических ошибках врачей, которые получены при сопоставлении клинических и патологоанатомических диагнозов, представлены следующие данные:

Причина смерти	Проведено вскрытий	Кол-во диагностических ошибок
Туберкулез легких	155	17

Рак легкого	132	15
Атеросклероз	52	10
Язва желудка	137	5

Проводивший анализ врач сделал вывод о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при туберкулезе легких. Правильен ли этот вывод?

Ответ:

Для определения правильности вывода врача, проводившего анализ, о том, что больше всего диагностических ошибок наблюдается при туберкулезе легких, необходимо произвести вычисление интенсивного показателя диагностических ошибок при вскрытиях для каждой причины смерти. Так, получаем следующие показатели:

Причина смерти	Интенсивный показатель (%)
Туберкулез легких	11
Рак легкого	11
Атеросклероз	19
Язва желудка	4

Вычисление интенсивного показателя позволяет сделать заключение о том, что вывод врача неправилен, поскольку показатель диагностических ошибок при туберкулезе легких составляет лишь 11%, а их максимальный уровень выявлен при атеросклерозе и он составляет 19%.

Тема №3: Динамические ряды.

Ситуационная задача №1

Для анализа тенденции заболеваемости болезнями системы кровообращения произведите выравнивание динамического ряда при помощи групповой средней

Динамика заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения (в ‰)

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Заболеваемость болезнями системы кровообращения	121,7	125,5	127,3	135,5	138,8	143,6	146,9	152,2	166,8	174,7

Ответ:

Выравнивание ряда производим при помощи групповой средней:

Динамика заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения (в ‰)

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Заболеваемость болезнями системы кровообращения	121,7	125,5	127,3	135,5	138,8	143,6	146,9	152,2	166,8	174,7	
Выравнивание при помощи групповой средней	$\frac{121,7+125,5}{2}$ = 123,6		$\frac{127,3+135,5}{2}$ = 131,4		$\frac{138,8+143,6}{2}$ = 141,2		$\frac{146,9+152,2}{2}$ = 149,5		$\frac{166,8+174,7}{2}$ = 170,7		

Ситуационная задача №2

Вычислите показатели динамического ряда: показатель наглядности, абсолютный прирост, темп роста, темп прироста и проведите анализ.

. Сделайте вывод.

Динамика заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения (в ‰)

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Заболеваемость болезнями системы кровообращения	121,7	125,5	127,3	135,5	138,8	143,6	146,9	152,2	166,8	174,7

Ответ: Показатель наглядности:

За исходный уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения возьмем 1991 г. – 121,7 – 100%.

Сравним с уровнем заболеваемости в 2000 г. - 174,7 – х.

121,7 – 100%

174,7 – х

$$174,7 \times 100$$

$$x = \frac{174,7}{121,7} = 143,5 \%$$

Динамика заболеваемости взрослого населения болезнями системы кровообращения (в ‰)

Годы	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Заболеваемость болезнями системы кровообращения	121,7	125,5	127,3	135,5	138,8	143,6	146,9	152,2	166,8	174,7
Выравненный при помощи групповой средней	123,6		131,4		141,2		149,5		170,7	
Абсолютный прирост	-	131,4 – 123,6 = 7,8		141,2 – 131,4 = 9,8		149,5 – 141,2 = 8,3		170,7 – 149,5 = 21,2		-
Темп прироста	-	7,8/123,6=6,3		9,8/131,4=7,5		8,3/141,2=5,9		21,2/149,5=14,2		-

Вывод: При анализе заболеваемости населения по классу сердечно - сосудистых заболеваний обращает внимание рост этого показателя за 10 – летний промежуток времени на 43,5% или в 1,4 раза. При этом наиболее высокий темп прироста наблюдается в 1999 – 2000 г. Темп прироста составил – 14,2%.

Ситуационная задача №3

На основе представленных статистических данных требуется:

1. Произвести выравнивание динамического ряда.
2. Проанализировать тенденции процесса.
3. Сделать соответствующие выводы.

Смертность на 1000 чел. населения в г. К.

Годы	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Смертность	8,9	7,6	7,9	8,0	10,2	9,6	10,2

Ответ:

1. Скользящая

средняя 8,1 7,8 8,7 9,3 10,0

1. Выравнивание динамического ряда производим путем вычисления скользящей средней.
2. До выравнивания динамического ряда путем вычисления скользящей средней имела место следующая тенденция смертности:

8,9	↓	7,6	↑	7,9	↑	8,0	↑	10,2	↓	9,6	↑	10,2
-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	------	---	-----	---	------

После выравнивания динамического ряда путем вычисления скользящей средней имеет место следующая тенденция смертности:

		8,1	↓	7,8	↑	8,7	↑	9,3	↑	10,0		
--	--	-----	---	-----	---	-----	---	-----	---	------	--	--

3. Выравнивание динамического ряда путем вычисления скользящей средней позволило установить следующую тенденцию: в 1999 году смертность снизилась по сравнению с 1998 годом, а в последующие 2000-2002 годы имела тенденцию к повышению.

Тема №4: Средние величины. Оценка достоверности результатов исследования
Ситуационная задача №1

У 10 пациентов пожилого и старческого возраста, побывавших на поликлиническом приеме у врача общей практики за рабочий день, имеет место полиморбидная патология: пациент №1 – 3 заболевания, пациент №2 – 4, пациент №3 – 5, пациент №4 – 3, пациент №5 – 4, пациент №6 – 5, пациент №7 – 3, пациент №8 – 4, пациент №9 – 5, пациент №10 – 2.

1. Составьте вариационный ряд.
2. Дайте основные характеристики вариационного ряда.
3. Выберите медико-статистический инструментарий, необходимый в данной ситуации для определения среднего количества заболеваний на 1 пациента пожилого и старческого возраста.

Ответ:

1. На основе представленных в задаче данных составляем вариационный ряд, который имеет следующий вид:

V (варианты)	p (частота встречаемости)
2	1
3	3
4	3
5	3

 $\Sigma = 10$

2. Основными характеристиками данного вариационного ряда являются: Вариационный ряд взвешенный ($p \geq 1$), четный ($n = 10$).
3. Для определения среднего количества заболеваний на 1 пациента пожилого и старческого возраста в данной ситуации необходим следующий медико-статистический инструментарий:
Средняя арифметическая взвешенная (Mвзвешенная);
Среднее квадратическое отклонение взвешенное при $n < 30$ (σ взвешенное);
Средняя ошибка средней арифметической (mM).

Ситуационная задача №2

При вычислении t-критерия Стьюдента с целью сравнения уровня общего белка в сыворотке крови 100 пациентов основной группы и 90 обследованных группы контроля сотрудниками отделения врачей общей практики было получено значение 2,1.

С какой доверительной вероятностью (P) и вероятностной ошибкой (p) можно считать различия в уровне общего белка сыворотки крови в данной ситуации статистически достоверными или статистически недостоверными?

Ответ:

В данном случае доверительная вероятность (P) равна 95%, а вероятностная ошибка (p) меньше или равна 0,05. Следовательно, различия в уровне общего белка сыворотки крови в данной ситуации являются статистически достоверными.

Тема №5: Медицинская демография

Ситуационная задача №1

Рассчитайте показатель рождаемости, если известно, сто за отчетный год число родившихся живыми составило 1500, среднегодовая численность населения -160000 человек.

Ответ:

Общий коэффициент рождаемости рассчитывается по формуле: число родившихся живыми в данном году поделить на среднегодовую численность населения и умножить на 1000.

$$1500 \times 1000 / 160000 = 9,4 \text{ ‰}$$

Ситуационная задача №2

Рассчитайте показатель смертности, если известно, сто за отчетный год число умерших составило 2600, среднегодовая численность населения -160000 человек.

Ответ:

Общий коэффициент смертности рассчитывается по формуле: число умерших в данном году поделить на среднегодовую численность населения и умножить на 1000.

$$2600 \times 1000 / 160000 = 16,2 \text{ ‰}$$

Тема №6: Заболеваемость. Методика изучения и оценка здоровья населения

Ситуационная задача №1

Рассчитать показатель распространенности болезнями органов дыхания, если известно, что число зарегистрированных заболеваний – 6731, численность населения 30 тыс. чел.

Ответ:

$$\text{Показатель распространенности} : 6731/30000 \times 1000 = 224,3\text{‰}.$$

Ситуационная задача №2

Рассчитайте интенсивные и экстенсивные коэффициенты, характеризующие заболеваемость по данным обращаемости жителей районного центра К. со среднегодовым населением 30 000 человек.

Название класса болезней по МКБ -10	Зарегистрированные заболевания		Распростра-ненность	Первичная заболевае-мость	Структура	
	всего	в т.ч. первожиз-ненные			Распростра-ненности	Первичной заболеваемости
Болезни органов дыхания	6731	6311				
Болезни системы кровообращения	2704	1888				
Болезни органов пищеварения	1009	623				
Несчастные случаи, травмы	1811	1322				
Новообразования	351	62				

Прочие					
ВСЕГО:	16234	13228			

1. Показатель распространенности вычисляется, как интенсивный показатель: число зарегистрированных заболеваний по определенной нозологической форме/среднегодовую численность населения x 1000

Показатель распространенности болезнями органов дыхания: $6731/3000 \times 1000 = 224,3 \%$, или 224 из 1000 населения имеют заболевания органов дыхания.

Аналогичный расчет производим для других классов заболеваний.

2. Показатель первичной заболеваемости вычисляется, как интенсивный показатель: число впервые выявленных заболеваний по определенной нозологической форме/среднегодовую численность населения x 1000

Показатель первичной заболеваемости болезнями органов дыхания: $6311/30000 \times 1000 = 210,3 \%$, или у 210 из 1000 населения впервые в данном году обратились за помощью с патологией органов дыхания.

Аналогичный расчет производим для других классов заболеваний.

3. Структуру распространенности рассчитываем по системе экстенсивных коэффициентов:

число всех зарегистрированных заболеваний по определенной нозологической форме/число зарегистрированных заболеваний по всем нозологическим формам x 100.

Удельный вес распространенности болезнями органов дыхания: $6731/16234 \times 100 = 41,4 \%$.

Аналогичный расчет производим для других классов заболеваний.

4. Структуру первичной заболеваемости рассчитываем по системе экстенсивных коэффициентов:

число впервые зарегистрированных заболеваний по определенной нозологической форме/число впервые зарегистрированных заболеваний по всем нозологическим формам x 100.

Удельный вес первичной заболеваемости болезнями органов дыхания:

$6311/13228 \times 100 = 47,7 \%$.

Аналогичный расчет производим для других классов заболеваний.

Ситуационная задача №3

Вычислить больничную летальность в центральной районной больнице, если известно, что в районе проживает 50 000 жителей. За год из центральной районной больницы выписано 3200 человек, умерло 36 человек.

Больничная летальность вычисляется, как отношение числа умерших в больнице за год к общему количеству выписанных и умерших x 100:

$36/(3200+36) \times 100 = 1,1\%$.

Ситуационная задача №4

Задача 3. Выразить в показателях интенсивности и наглядности патологическую пораженность детей по заболеванию, выявленному в трех населенных пунктах:

Населенные пункты	Число выявленных больных эндемическим зобом	Число обследованных детей	Показатель патологической пораженности	Показатель наглядности
А	1550	8500	18,2%	100%
Б	800	8350	9,6%	52,7%
В	750	5600	13,3%	73,0%

Показатель патологической пораженности вычисляется, как интенсивный показатель: число выявленных больных эндемическим зобом/число обследованных детей x 1000
В населенном пункте А: $1550/8500 \times 100 = 18,2 \%$, или 18 детей из 100 обследованных.

Для расчета показателя наглядности - за 100% принимаем, например, показатель патологической пораженности в пункте А. Тогда в пункте Б он будет:

18,2 – 100%	$X = 9,6 \times 100 = 52,7\%$
9,6 - X	18,2

Аналогичный расчет проводим для пункта В:

18,2 – 100%	$X = 13,3 \times 100 = 73,0\%$
13,3 - X	18,2

В результате анализа полученных показателей можно сделать вывод о том, что самый высокий уровень патологической пораженности зарегистрирован в пункте А.

$A > B > B$

в пункте Б показатель патологической пораженности почти в 2 раза меньше, чем в пункте А, а в пункте В по сравнению с пунктом А данный показатель меньше на 27%.

Ситуационная задача №5

Задача 5. В штамповальном цехе завода со среднегодовым числом работающих 350 человек было зарегистрировано 240 случаев и 1800 дней утраты трудоспособности в связи с болезнями. Определить показатели временной нетрудоспособности в цехе.

Ответ:

1. Показатели, используемые для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности:

а) Частота заболеваемости в случаях на 100 работающих = число случаев нетрудоспособности/среднегодовое число работающих x 100.

б) Частота заболеваемости в днях на 100 работающих = число дней нетрудоспособности/среднегодовое число работающих x 100.

в) Средняя длительность 1 случая нетрудоспособности в днях = общее число дней нетрудоспособности/число случаев нетрудоспособности x 100.

Тема №7: Стандартизация. Методы стандартизации

Ситуационная задача №1

. Используя метод стандартизации при сравнении уровней детальности в больницах А и Б, сделайте соответствующие выводы.

Возраст больных (в годах)	Больница А		Больница Б	
	число выбывших больных	из них умерло	число выбывших больных	из них умерло
До 40	600	12	1400	42
От 40 до 59	200	8	200	10
От 60 и старше	1200	60	400	24
Всего:	2000	80	2000	76

Этапы расчета стандартизованных показателей

I этап. Сначала определяют общие показатели летальности в больницах А и Б.

Больница А: $80 \times 100 / 2000 = 4$ на 100 выбывших больных;

Больница Б: $76 \times 100 / 2000 = 3,8$ на 100 выбывших больных.

Затем находят показатели летальности в зависимости от возраста больных. Например, в больнице А у больных в возрасте до 40 лет летальность составляет $12 \times 100 / 600 = 2\%$, а в больнице Б, соответственно, $42 \times 100 / 1400 = 3\%$.

Аналогично проводят расчеты и в других возрастных группах (см. сводную таблицу — I этап).

II этап. За стандарт принимают сумму выбывших больных по каждой возрастной группе в обеих больницах.

Возраст больных (в годах)	Число больных в больницах А и Б	Стандарт
До 40	600 + 1400	2000
От 40 до 59	200 + 200	400
От 60 и старше	1200 + 400	1600
Всего:	2000 + 2000	4000

III этап. Определяют ожидаемое число умерших в стандарте по каждой возрастной группе в больницах А и Б, с учетом соответствующих показателей летальности:

Возраст до 40 лет: Возраст от 40 до 59: Возраст 60 лет и старше:

Больница А.

100 — 2

2000 - X

$X = 2 \times 2000 / 100 = 40$

Больница Б.

100 — 3

2000-X

$X = 3 \times 2000 / 100 = 60$

Больница А.

100 — 4

400-X

$X = 4 \times 400 / 100 = 16$

Больница Б.

100 — 5

400-X

$X = 5 \times 400 / 100 = 20$

Больница А.

100 — 5

1600 - X

$X = 5 \times 1600 / 100 = 80$

Больница Б.

100 — 6

1600 - X

$X = 6 \times 1600 / 100 = 96$

Находят сумму ожидаемых чисел умерших в стандарте в больнице А ($40 + 16 + 80 = 136$) и больнице Б ($60 + 20 + 96 = 176$).

IV этап. Определяют общие стандартизованные показатели травматизма в больницах А и Б.

Больница А. $136 \times 100 / 4000 = 3,4$ на 100 выбывших больных;

Больница Б. $176 \times 100 / 4000 = 4,4$ на 100 выбывших больных.

Результаты поэтапного расчета стандартизованных показателей летальности оформляют в виде таблицы:

Возраст больных (в годах)	Больница А		Больница Б		I этап		II этап стандарт (сумма составов составов больных обеих больниц)	III этап	
	выбыло больных	из них умерло	выбыло больных	из них умерло	летальность на 100 выбывших больных			б-ца А	б-ца Б
					б-ца А	б-ца Б			
До 40 лет	600	12	1400	42	2	3	2000	40	60
От 40 до 59	200	8	200	10	4	5	400	16	20
60 и старше	1200	60	400	24	5	6	1600	80	96
Всего:	2000	80	2000	76	4,5	3,8	4000	136	176
IV этап. Определение стандартизованных показателей							100	3,4	4,4

V этап. Сопоставление соотношения интенсивных и стандартных показателей летальности в больницах А и Б.

Показатели:	Больница А	Больница Б	Соотношение А и Б
Интенсивные	4,0	3,8	А>Б
Стандартные	3,4	4,4	А<Б

Выводы

Уровень летальности в больнице А выше, чем в больнице Б.

Однако если бы возрастной состав выбывших больных в этих больницах был одинаков, то летальность была бы выше в больнице Б.

Следовательно, на различия в уровнях летальности (в частности, на "завышение" ее в больнице А и "занижение" в больнице Б) оказала влияние неоднородность возрастного состава больных, а именно, преобладание в больнице А пожилых пациентов (60 лет и более) с относительно высоким показателем летальности, и наоборот, в больнице Б — больных в возрасте до 40 лет, имеющих низкие показатели летальности.

Ситуационная задача №2

Имеется распределение абсолютного числа госпитализированных и умерших по возрастным группам в больнице А и в больнице Б.

Возраст в годах	Больница А	Больница Б	
число больных	число умерших	число больных	число умерших
0 – 1			
2 – 3			
4 – 7			
8 и старше			
Всего			

I этап - расчет интенсивных показателей (в нашем примере - летальности) в двух сравниваемых совокупностях.

Порядок расчета: Если из 1000 больных в возрасте от 0 до 1 года больницы А умерло 66 человек, то показатель летальности рассчитывается так: число умерших делят на соответствующее число больных и умножают на 100:

$$\frac{66}{1000} \times 100 = 6,6\%$$

Таким же образом рассчитываются показатели летальности для остальных групп больных в больницах А и Б. Полученные данные заносим в таблицу.

Возраст в годах	Больница А	Больница Б			
число больных	число умерших	показатель летальности (%)	число больных	число умерших	показатель летальности (%)
0 – 1			6,6		
2 – 3			3,0		
4 – 7			2,0		
8 и старше			1,0		
Всего			4,0		
					8,0
					4,0
					3,0
					1,15
					3,6

Сравнивая общие показатели, можно сделать заключение, что в больнице А имеется более высокий уровень летальности. Но в то же время в больнице А 68% детей находилось в возрасте до 3-х лет (1700 человек), а в больнице Б таких было лишь 32% (800 человек). Дети младшего возраста имеют более высокие показатели летальности и

это могло стать причиной более высокого общего показателя. Чтобы получить общие показатели, соответствующие истинному соотношению уровней летальности, необходимо уравнивать состав детей по возрасту.

II этап - выбор и расчет стандарта.

Стандартом в прямом методе называют состав населения (в данном случае больных детей), условно принимаемый одинаковым в сравниваемых группах. За стандарт может быть принят:

- а) состав одной из сравниваемых групп;
- б) средний состав или состав обеих групп, вместе взятых;
- в) состав третьей группы, известный по другим материалам или по предыдущим исследованиям.

В нашем примере примем за стандарт сумму составов больных по двум больницам.

Возраст в годах	число больных		Распределение больных в стандарте в %
	больница А	больница Б	
	больница А + больница Б (стандарт)		
0 – 1			30,0
2 – 3			20,0
4 – 7			30,0
8 и старше			20,0
Всего			100,0

Таким образом, условно принимаем, что состав больных по возрасту в обеих больницах одинаков и соответствует распределению, принятому за стандарт.

III этап - вычисление "ожидаемого" числа умерших по стандарту. Каждая из больниц имеет свой фактический уровень летальности среди больных определенных возрастных групп. Рассмотрим, какое число умерших больных могло бы быть в стандартном числе больных.

Возраст в годах	показатель летальности (в %)		распределение больных в стандарте		показатель летальности по стандарту (в %)	
	больница А	больница Б	больница А	больница Б		
0 – 1	6,6	8,0	8,0	30,0	1,98	2,4
2 – 3	3,0	4,0	4,0	20,0	0,6	0,8
4 – 7	2,0	3,0	3,0	30,0	0,6	0,9
8 и старше	1,0	1,15	1,15	20,0	0,2	0,23
Всего	4,0	3,6	3,6	100,0	3,38	4,33

Вычисление ведется так: какое количество умерших было бы среди 30 больных стандарта в возрасте от 0 до 1 года с учетом, что в больнице А летальность у больных от 0 до 1 года была 6,6% (6,6 умерших на 100 больных), а в больнице Б - 8% (8 умерших на 100 больных).

Больница А Больница Б
 6,6 - 100 8,0 - 100
 x - 30 x - 30

После вычисления: среди 30 больных стандарта в возрасте от 0 до 1 года в больнице А умерло бы 1,98 больных, в больнице Б - 2,4 больных.

Аналогично рассчитываются показатели по другим возрастным группам.

IV этап – Определение стандартизованного показателя.

Число умерших, которое было бы в стандартном составе больных по возрасту, суммируется по всем возрастным группам больницы А и Б. Это и есть стандартизованные

показатели: в больнице А - 3,38% (3,38 умерших на 100 больных), в больнице Б - 4,33% (4,33 умерших на 100 больных).

V этап - сравнение уровней летальности в больнице А и Б по интенсивным и стандартизованным показателям.

Анализ летальности в больницах А и Б позволил выявить следующее:

а) общий показатель летальности по больнице А в целом выше, чем по больнице Б (4,0% > 3,6%).

б) более высокий общий показатель летальности в больнице А объясняется неоднородностью возрастного состава больных и преобладанием в ней больных в возрасте от 0 до 3 лет, имеющих более высокую летальность, а более низкий показатель летальности в больнице Б обусловлен преобладанием в ней больных в возрасте старше 3-х лет, имеющих низкую летальность.

в) после проведения стандартизации показателей прямым методом стандартизованный показатель летальности по больнице Б оказался больше, чем по больнице А.

Таким образом, при однородном составе больных в обеих больницах летальность была бы выше в больнице Б.

Тема №8: Организация медицинской помощи в РФ

Ситуационная задача №1.

Гражданин, работник сферы обслуживания, обратился в поликлинику по месту жительства по поводу повышенного артериального давления, он находится на диспансерном учете. Врач общей практики после осмотра пациента диагностировал Гипертонический криз. В процедурном кабинете больному была оказана срочная помощь. Назначено лечение. Пациенту выписан больничный лист. Какие принципы охраны здоровья граждан были соблюдены в данной ситуации в соответствии с ФЗ РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в РФ"?

Ответ;

Бесплатность медицинской помощи по программам Государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи

Приоритет интересов пациента при оказании медицинской помощи;

Социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;

Доступность и качество медицинской помощи;

Недопустимость отказа в оказании медицинской помощи;

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья;

Соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий

Территориально-участковый принцип оказания медицинской помощи

Ситуационная задача №2.

Женщина - преподаватель школы обратилась в поликлинику по месту жительства по поводу повышенной температуры 39 градусов. Врач общей практики после осмотра пациентки диагностировал Острую респираторную инфекцию. В процедурном кабинете больной была оказана срочная помощь. Назначено лечение. Пациентке выписан больничный лист. Какой вид помощи был оказан в поликлинике в данном случае? Какую документацию в своей деятельности использовал врач общей практики?

Ответ ПМСП-первичная медико - санитарная помощь. Медицинская карта амбулаторного пациента, статистический талон форма №25, листок нетрудоспособности.

Тема №9: Основы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях поликлиники

Ситуационная задача №1.

Женщина 35 лет, находилась в отпуске без сохранения содержания с 19.08 по 28.08.и заболела гриппом. 29.08. она продолжала болеть. Врач единолично выдает больничный лист с момента обращения в поликлинику с 29.08 при обнаружении у пациентки признаков временной нетрудоспособности. Какой вид помощи в поликлинике был оказан в данной ситуации? Какую документацию в своей деятельности использовал врач общей практики?

Ответ: ПМСП-первичная медико-санитарная помощь. Медицинская карта амбулаторного пациента, статистический талон форма№25, листок нетрудоспособности.

Ситуационная задача №2.

Мужчина 45 лет обратился в поликлинику по месту жительства по поводу болей в области сердца. Перед приемом у врача ему была оказана помощь медицинской сестрой в доврачебном кабинете. Врач общей практики после осмотра пациента диагностировал ИБС. Пациент был направлен на консультацию к кардиологу в поликлинике. Назначено лечение. Пациенту выписан больничный лист. Какие виды ПМСП были оказаны пациенту? Какую документацию в своей деятельности использовал врач общей практики?

Ответ:

- 1 Первичная доврачебная медико-санитарная помощь
 - 2.Первичная врачебная медико-санитарная помощь,
 3. Первичная специализированная медико-санитарная помощь
- .Медицинская карта амбулаторного пациента, статистический талон форма№25, листок нетрудоспособности.

Тема№10: Организация и анализ деятельности врача общей практики

Ситуационная задача №1

При составлении плана работы ВОП должен руководствоваться, каким документом?

Ответ:

Приказ МЗ иСР РФ №84 от 17 января 2005 г «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)

Ситуационная задача №2.

В отчете ВОП Ф №1-ВОП какие посещения должен учитывать врач общей практики?

Ответ:

Посещения по поводу заболеваний и посещения, по поводу профилактических мероприятий

Тема№11: Анализ деятельности медицинских организаций

Ситуационная задача №1.

1. Какой показатель характеризует летальность в стационаре? К какому виду относительных величин он относится?

1. Число умерших $\times 100$

Число выписанных

2. Число умерших в стационаре $\times 100$

Число поступивших в стационар

3. Число умерших в стациона $\times 100$

Число выживших + умерших

Ответ:

№3. Это интенсивный показатель.

Ситуационная задача №2.

9. Какие показатели говорят об эффективности профилактической работы?

1. Охват декретированного населения вакцинопрофилактикой

Число лиц определенной возрастной группы, охваченных вакцинацией $\times 100$

- Общее число лиц данной возрастной группы, подлежащих вакцинации
2. Полнота охвата населения диспансерным наблюдением
Число лиц, состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года x1000
Среднегодовая численность прикрепленного населения
3. Удельный вес посещений на дому по поводу заболеваний:
Число врачебных посещений на дому по поводу заболеваний x 100
Число всех врачебных посещений в поликлинике и на дому

Ответ:

№1,2.

Тема№12: Экспертиза временной нетрудоспособности

Ситуационная задача №1

Безработный К., состоящий на учете в территориальном органе труда и занятости населения, обратился в поликлинику с обострением бронхита. Какой порядок оформления нетрудоспособности?

Ответ: . Безработным гражданам, состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения, при наступлении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в поликлинику.

Ситуационная задача №2

Рабочий М. был нетрудоспособен в течение 12 месяцев в связи с заболеванием туберкулезом легких. Какой порядок оформления нетрудоспособности в данном случае?

Ответ: По решению клинико-экспертной комиссии, при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе, листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - не более 12 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже, чем через 30 дней.

Ситуационная задача №3

Служащая С. находилась в отпуске без сохранения содержания с 19.08 по 28.08.и заболела гриппом. 29.08. она продолжала болеть. Как оформить документы, удостоверяющие ее нетрудоспособность?

Ответ: При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания, листок выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся нетрудоспособности

Ситуационная задача №4

Женщина, находящаяся в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, заболела. За ребенком вынужден был ухаживать отец в течение 26 дней. Как оформить временную нетрудоспособность отца по уходу за больным ребенком?

Ответ: Листок нетрудоспособности выдается по уходу работающим лицам, занятым уходом за ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком инвалидом в возрасте до 16 лет, в случае болезни матери на период, когда она не может осуществлять уход за ребенком

Ситуационная задача №5

У работающей женщины заболел ребенок в возрасте 6 лет. Диагноз: «Острая дизентерия». Какой документ необходимо оформить матери по уходу за ребенком?

Ответ: За ребенком до 7 лет при стационарном лечении выдается листок нетрудоспособности на весь срок лечения, старше 7 лет - после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода.

Ситуационная задача №6

У женщины, находящейся в очередном отпуске, заболел ребенок. Как оформить нетрудоспособность матери по уходу за ребенком?

.Ответ: В период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности по уходу не выдаются

Ситуационная задача №7

Во время очередного отпуска у служащей Н. заболел 2 - летний ребенок, с которым она находилась в стационаре 14 дней. Как оформить нетрудоспособность матери? Имеет ли она право на продление очередного отпуска?

Ответ: В период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности по уходу не выдаются

Ситуационная задача №8

Пациент Л. находился на протезировании в амбулаторно-поликлинических условиях. Какой порядок выдачи листка нетрудоспособности?

Ответ: Гражданам, протезирующимся в амбулаторно-поликлинических условиях протезно-ортопедического предприятия, листок нетрудоспособности не выдается.

Ситуационная задача №9

Служащей Р был произведен аборт, который осложнился воспалительным процессом. В результате этого женщина находилась на стационарном лечении до выздоровления. Какой порядок оформления нетрудоспособности при операции аборт?

Ответ: При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдается на весь период нетрудоспособности, но не менее 3-х дней (в том числе и при миниаборте).

Ситуационная задача №10

У повара М. детского сада при проведении профилактического осмотра был поставлен диагноз: «Гельминтоз». Как оформить нетрудоспособность в данном случае?

Ответ: Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

Ситуационная задача №11

Женщина была госпитализирована по поводу операции «подсадка эмбриона». Каков порядок оформления нетрудоспособности?

Ответ: При операции "подсадка эмбриона" листок нетрудоспособности выдается оперирующим врачом на период с момента госпитализации до установления факта беременности.

Ситуационная задача №12

Пациент В. перенес острый инфаркт миокарда. Был направлен лечащим врачом непосредственно из стационара на долечивание в санаторий. Как оформить нетрудоспособность пациента?

Ответ: При направлении больных в санатории из больничных учреждений после перенесенного острого инфаркта миокарда, аорто-коронарного шунтирования, оперативного вмешательства по поводу аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, удаления желчного пузыря листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом санатория на весь период долечивания

Ситуационная задача №13

Ребенок -инвалид 12 лет был направлен врачом на санаторно-курортное лечение. Ребенок нуждается в постоянном индивидуальном уходе. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения ребенка - инвалида.

Ответ: . При направлении на санаторно-курортное лечение в санатории здравоохранения "Мать и дитя" ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет, при наличии медицинского заключения о необходимости индивидуального ухода за ним, листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда.

Ситуационная задача №14

Служащий Б., находясь в командировке, заболел гриппом и обратился в поликлинику. Каков порядок оформления листка нетрудоспособности в данном случае?

Ответ: Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт

нетрудоспособности, с разрешения администрации лечебно-профилактического учреждения, с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

Тема №13: Эффективность в здравоохранении. Экономический эффект и экономический ущерб в здравоохранении

Ситуационная задача №1

Студент на экзамене ответил, что ОПЖ это - число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку из поколения родившихся при условии, что на протяжении всей жизни этого поколения уровень смертности в каждом возрасте останется таким, как в годы, для которых вычислен показатель. Правильно ли ответил студент?

Ответ:

Да, правильно.

Ситуационная задача №2

Экономический ущерб от инвалидности складывается из:

Численности впервые выявленных инвалидов

Численности инвалидов, стоящих на учете в органах социального обеспечения

Численности умерших инвалидов

Численности неработающего населения в следствии инвалидности

К какой группе величин относятся эти показатели?

Ответ. Абсолютные величины

Тема №14: Планирование, финансирование в здравоохранении. Медицинское страхование.

Ситуационная задача №1

Студент на экзамене перечислил принципы ОМС в РФ:

устойчивость финансовой системы ОМС

обязательность уплаты страхователями страховых взносов на ОМС;

государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц по ОМС

создание условий для обеспечения доступности и качества медицинской помощи,

паритетность представительства субъектов обязательного медицинского страхования и

участников ОМС в органах управления ОМС

Какой принцип студент не назвал?

Ответ: обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая.

Ситуационная задача №2

Гражданин А., проживающий в городе Москва, приехал в г. Самару в командировку, и заболел ОРВИ. Пациент обратился в ближайшую поликлинику со своим страховым медицинским полисом, выданным в Москве. В бесплатной медицинской помощи ему отказали и предложили оплатить медицинскую помощь. Правомерны ли действия медицинских работников?

Ответ: Нет, не правомерны. Согласно ФЗ №326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.2010 года, в этой ситуации нарушены права застрахованных лиц на бесплатное оказание медицинской помощи, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, являются едиными на всей территории Российской Федерации. В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь. Пациенту обязаны были предоставить бесплатную медицинскую помощь по Базовой программе ОМС.

Ситуационная задача №3

Пациент прикреплен к поликлинике не по месту жительства. Он заболел, у него появилась высокая температура, и он вызвал врача на дом.

1. Из какой поликлиники врач будет осуществлять посещение на дому?
2. Как будет регистрироваться посещение к пациенту?

Ответ:

1. При прикреплении застрахованного не по месту жительства, вызовы на дом осуществляются территориальной поликлиникой.
2. Визит к пациенту регистрируется как посещение больного поликлиники.

Ситуационная задача №4

Женщина, пенсионного возраста, приехала в Самару к родственникам из Ульяновска, где постоянно проживает. Обратилась в поликлинику к терапевту по поводу ИБС. В регистратуре ей предложили прием терапевта на платной основе, т.к. со слов регистратора иногородний полис недействителен. Правы ли работники поликлиники?

Ответ: Нет, не правы. Согласно ФЗ №326 от 29.11.2010 года «Об обязательном медицинском страховании в РФ» страховой медицинский полис, выданный по месту жительства, действителен на всей территории Российской Федерации и пациентки обязаны были предоставить бесплатную медицинскую помощь в рамках Базовой программы ОМС.

Ситуационная задача №5

Пациентка в связи с переездом на новое место жительства, решила прикрепиться для медицинского обслуживания в ближайшую поликлинику. Имеет ли она на это право?

Ответ: Да, пациентка, застрахованная по ОМС, имеет право на выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в соответствии с законодательством РФ.

Ситуационная задача №6

Гражданка Н, приехала отдыхать на курорт, где внезапно заболела. С высокой температурой гражданка, имея на руках страховой медицинский полис, обратилась в медицинское учреждение, в котором ей отказали в бесплатной медицинской помощи.

1. Каким законодательным документом определено право на получение бесплатной медицинской помощи гражданам РФ?
2. В какую организацию необходимо было обратиться для защиты прав застрахованных?

Ответ: 1. ФЗ №326 от 29.11.2010 года «Об обязательном медицинском страховании в РФ»

2. Для защиты прав застрахованных необходимо обратиться в страховую медицинскую организацию, которая выдала страховой медицинский полис.

Ситуационная задача №7

Гражданин К., проживающий в г. С., был госпитализирован в хирургическое отделение городской больницы. Лечение и оперативное вмешательство было проведено бесплатно. Пациент, по своему желанию, попросил сделать бесплатное ультразвуковое обследование печени. Однако в этой просьбе ему было отказано.

1. Правомерны ли действия лечащего врача?
2. В каком документе отражены перечень заболеваний (состояний) и виды медицинской помощи, оказываемые бесплатно.
3. Какой документ необходимо иметь медицинскому учреждению для оказания платных медицинских услуг?

Ответ:

1. Действия врача правомерны.
2. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.
3. Положение об оказании платных услуг населению.

Ситуационная задача №8

Неработающая пенсионерка из города С, страдающая рядом серьезных заболеваний, пролечившись в поликлинике по месту жительства, посчитала лечение неэффективным и решила пройти полное обследование в Москве. Пациентка, имея страховой медицинский полис, оформленный в г. С. обратилась в одну из поликлиник в г. Москве, за бесплатной консультацией. Пациентке было отказано в бесплатной консультации специалиста на том основании, что у нее имеется только страховой полис, а одного этого документа для получения консультации недостаточно.

1. Какие документы необходимо иметь пациентам в случае обращения за медицинской помощью?

2. Как определены права пациента на получение бесплатной медицинской помощи в другом городе?

3. Кто имеет право выдавать полис?

Ответ:

1. Страховой медицинский полис, документ, удостоверяющий личность.

2. Право гражданина РФ на получение бесплатной медицинской помощи определено Федеральным Законом №326-ФЗ, ст. 16 (получение помощи на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС, при наступлении страхового случая).

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

3. СМО

Ситуационная задача №9

Мужчина С. 35 лет в экстренном порядке поступил в урологическое отделение городской больницы г. Самары с камнем мочеочника. Операцию врачи предложили сделать платно. Нарушены ли права пациента в этой ситуации?

Ответ:

Да в этом случае были нарушены права пациента. В соответствии с Программой государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи, заболевания мочеполовой системы входят в Перечень заболеваний, при возникновении которых гражданам предоставляется бесплатная медицинская помощь

Ситуационная задача №10

Пациент прикреплен к поликлинике не по месту жительства. Он заболел, у него появилась высокая температура, и он вызвал врача на дом.

1. Из какой поликлиники врач будет осуществлять посещение на дому?

2. Как будет регистрироваться посещение к пациенту?

Ответ:

1. При прикреплении застрахованного не по месту жительства, вызовы на дом осуществляются территориальной поликлиникой.

2. Визит к пациенту регистрируется как посещение больного поликлиники.

Ситуационная задача №11

Пациент не удовлетворен медицинской помощью, предоставляемой ему в территориальной поликлинике, и хотел бы получить медицинское обслуживание врачами высокой квалификации.

1. Как это сделать?

2. Как заключить договор добровольного медицинского страхования?

Ответ:

1. Необходимо заключить договор добровольного медицинского страхования.

2. Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляют медицинские организации, имеющие лицензию на такой вид страхования. Медицинская помощь оказывается по определенной программе ДМС. Договор ДМС имеет ограниченный срок действия, чаще всего год или 6 месяцев. Договор ДМС оформляется в 2 экземплярах, на руки выдается экземпляр договора ДМС и полис ДМС.

Ситуационная задача №12

К студенту, находящемуся на практике в поликлинике обратилась пациентка с вопросом: «Как часто она имеет право на смену поликлиники или лечащего врача?»

Студент ответил, что она, как гражданин РФ, имеет право сменить лечащего врача или медицинскую организацию один раз в год. Прав ли студент?

Ответ: Да, студент правильно ответил на вопрос пациентки.

4.3 Проведение круглого стола по теме: Оптимизация охраны здоровья населения.

5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

6. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1.	СРС (по видам учебных занятий) всего-60 часов	
1.1	Методика статистического исследования. Статистические таблицы. Статистическая графика	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.2	Абсолютные, относительные величины. Методика расчета статистических коэффициентов	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.3	Динамические ряды. Методы выравнивания динамических рядов, показатели динамического ряда.	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.4	Средние величины. Оценка достоверности результатов исследования	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.5	Медицинская демография. Анализ медико-демографических показателей.	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.6	Заболееваемость. Методика изучения и оценка здоровья населения	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.7	Стандартизация. Методы стандартизации	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.8	Организация медицинской помощи в РФ	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.9	Основы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях поликлиники	Написание презентации, решение ситуационных задач

1.10	Организация и анализ деятельности врача общей практики	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.11	Анализ деятельности медицинских организаций	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.12	Экспертиза временной нетрудоспособности	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.13	Эффективность в здравоохранении. Экономический эффект и экономический ущерб в здравоохранении.	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.14	Планирование, финансирование в здравоохранении. Медицинское страхование.	Написание презентации, решение ситуационных задач, подготовка к проведению круглого стола
2.	СРС по промежуточной аттестации(всего)-34 часа	Подготовка к экзамену
3.	СРС (ИТОГО)-94 часа	

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»

Для оценки презентаций:

Оценка «отлично» выставляется, если презентация соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание презентации отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если презентация соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание презентации отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если презентация не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема презентации не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы презентации количество литературных источников.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для проведения круглого стола:

Отлично: все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) освоены полностью. Уровень освоения компетенции – повышенный. Обучающийся активно решает поставленные задачи, демонстрируя свободное владение предусмотренными навыками и умениями на основе использования полученных знаний.

Хорошо: все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) освоены полностью. Уровень освоения компетенции – достаточный. Обучающийся

решает поставленные задачи, иногда допуская ошибки, не принципиального характера, легко исправляет их самостоятельно при наводящих вопросах преподавателя; демонстрирует владение предусмотренными навыками и умениями на основе использования полученных знаний.

Удовлетворительно: все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) освоены полностью. Уровень освоения компетенции – пороговый. Обучающийся при решении поставленные задачи, часто допускает ошибки, не принципиального характера, исправляет их при наличии большого количества наводящих вопросах со стороны преподавателя; не всегда полученные знания может в полном объеме применить при демонстрации предусмотренных программой дисциплины навыками и умениями.

Неудовлетворительно: все компетенции, предусмотренные в рамках дисциплины (в объеме, знаний, умений и владений) не освоены или освоены частично. Уровень освоения компетенции – подпороговый. Обучающийся при решении поставленные задачи, допускает ошибки принципиального характера, не может их исправить даже при наличии большого количества наводящих вопросах со стороны преподавателя; знания по дисциплине фрагментарны и обучающийся не может в полном объеме применить их при демонстрации предусмотренных программой дисциплины навыками и умениями.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя

студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине «**Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения**»
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. Первичное - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача вторичного чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень экономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать

медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста:**

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения:**

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;

3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.

- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине

«Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
1.	СРС (по видам учебных занятий) всего-60 часов	
1.1	Методика статистического исследования. Статистические таблицы. Статистическая графика	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.2	Абсолютные, относительные величины. Методика расчета статистических коэффициентов	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.3	Динамические ряды. Методы выравнивания динамических рядов, показатели динамического ряда.	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.4	Средние величины. Оценка достоверности результатов исследования	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.5	Медицинская демография. Анализ медико-демографических показателей.	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.6	Заболееваемость. Методика изучения и оценка здоровья населения	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.7	Стандартизация. Методы стандартизации	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.8	Организация медицинской помощи в РФ	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.9	Основы организации первичной медико-санитарной помощи в условиях поликлиники	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.10	Организация и анализ деятельности врача общей практики	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.11	Анализ деятельности медицинских организаций	Написание презентации, решение ситуационных задач

1.12	Экспертиза временной нетрудоспособности	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.13	Эффективность в здравоохранении. Экономический эффект и экономический ущерб в здравоохранении.	Написание презентации, решение ситуационных задач
1.14	Планирование, финансирование в здравоохранении. Медицинское страхование.	Написание презентации, решение ситуационных задач, подготовка к проведению круглого стола
2.	СРС по промежуточной аттестации(всего)-34 часа	Подготовка к экзамену
3.	СРС (ИТОГО)-94 часа	

4.Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения» (лечебный факультет)

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы