

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРИНЯТО
Решением Ученого совета
института дополнительного
профессионального образования
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ
Минздрава России
Протокол № 13
от «13» июля 2026 года

УТВЕРЖДЕНО
приказом № 9 от 13.07.2026 г.
Директор института профессионального
образования ФГБОУ ВО
Тверской ГМУ Минздрава России
Н.Д. Баженов



**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ
«Организация здравоохранения и
общественное здоровье»
(504 часа)**

**Тверь
2026**

Разработчики программы:

заведующий кафедрой организации и информатизации здравоохранения, к.м.н., доцент	Соловьева А.В.;
доцент кафедры организации и информатизации здравоохранения, к.ф.н.	Башилова С.М.
профессор кафедры организации и информатизации здравоохранения, д.м.н., доцент	Васильев В.В.;
профессор кафедры организации и информатизации здравоохранения, д.м.н., профессор	Воробьев П.А.;
доцент кафедры организации и информатизации здравоохранения, к.м.н.	Воробьев А.П.;
старший преподаватель кафедры организации и информатизации здравоохранения	Крячкова О.В.;
доцент кафедры организации и информатизации здравоохранения, к.м.н.	Машуров М.Г.;
доцент кафедры организации и информатизации здравоохранения, к.м.н., доцент	Родионов А.А.;
доцент кафедры организации и информатизации здравоохранения, к.м.н., доцент	Шатохина Е.А.

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки по специальности **«ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ»**: составлена на основе профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 7 ноября 2017 года N 768н, в соответствии с:

- типовой дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (со сроком освоения 144 академических часа), утверждённой приказом Минздрава России от 03.06.2026 г. N 592н,
- квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с, утверждённых приказом Минздрава России от 14.05.2026 № 436н, с учетом:
- ФГОС ВО по специальности 31.08.71 «Организация здравоохранения и общественное здоровье (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» утвержденного приказом Минобрнауки России от 6.02.2022 N 97.

рассмотрена на заседании кафедры (протокол от «30» июня 2026 г. №10);

рассмотрена на заседании Методического совета по дополнительному профессиональному образованию (протокол от «08» июля 2026 г. № 10);

рекомендована к утверждению на заседании Центрального координационно-методического совета (протокол от «09» июля 2026г. № 11)

I. Общие положения

1. Целью дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки специалистов¹ с высшим медицинским образованием (далее – Программа) является получение компетенций, необходимых для приобретения квалификации и осуществления профессиональной деятельности по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» (область профессиональной деятельности² – 02 Здравоохранение, уровень квалификации³ – 8 уровень).
2. В результате освоения Программы организация, осуществляющая образовательную деятельность (далее организация), обеспечивает формирование у обучающегося (слушателя) профессиональных компетенций (далее – ПК)⁴, включающих необходимые знания, умения, в соответствии с планируемыми результатами обучения и рабочими программами модулей.
3. Форма обучения по Программе – очная, с возможностью частичного использования электронного обучения и дистанционных образовательных технологий (далее – ЭО и ДОТ).
4. Трудоемкость обучения (срок освоения Программы): 504 академических часа.
5. Календарный учебный график обеспечивает реализацию Программы в соответствии с учебным планом

¹ Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам, утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 24 марта 2025 г. № 266 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2025 г., регистрационный № 81928), действует до 1 сентября 2031 года (далее - Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам).

² Таблица приложения к приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29 сентября 2014 г. № 667н «О реестре профессиональных стандартов (перечне видов профессиональной деятельности)» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 ноября 2014 г., регистрационный № 34779) с изменением, внесенным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 9 марта 2017 г. № 254н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 марта 2017 г., регистрационный № 46168).

³ Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 12 апреля 2013 г. № 148н «Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 мая 2013 г., регистрационный № 28534).

⁴ Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

II. Планируемые результаты обучения

6. Планируемые результаты обучения:

№ п/п	Коды и наименования совершенствуемых компетенций	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
1	ПК-1. Способен вести статистический учет в медицинской организации	1.31. Актуальное понятие о Едином цифровом контуре системы здравоохранения, структуре Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, медицинских информационных системах, других информационных системах в сфере здравоохранения. 1.32. Актуальные требования по обеспечению безопасности персональных данных работников организации, пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну.	1.у1. Расчет статистических показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей здоровья населения. 1.у2. Ведение персонифицированных регистров пациентов с различными заболеваниями и льготных категорий граждан.	1.о1. Подготовка статистических отчетов и аналитических материалов по вопросам состояния здоровья населения, деятельности медицинской организации. 1.о2. Подготовка статистической информации для последующей автоматизированной обработки в медицинской информационной системе организации, внесение данных в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения. 1.о3. Организация статистического документооборота медицинской организации. 1.о4. Организация ведения и хранения учетной медицинской документации в соответствии с установленными сроками и требованиями.
2	ПК-2. Способен обеспечить организационно-методическое сопровождение деятель-	2.31. Виды медицинской документации и требования к ее оформлению. 2.32. Современные аспекты электронного документооборота в ме-	2.у1. Подготовка презентационных материалов, информационно-аналитических материалов, справок о деятельности медицинской организации или ее подразделений для	2.о1. Прогнозирование показателей, характеризующих деятельность медицинской организации, и показателей, характеризующих здоровье населения с учетом ме-

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
	ности медицинской организации	дицинской организации. 2.33. Современные информационные и цифровые технологии в здравоохранении; способы отображения данных, в том числе графические, в отчетных, презентационных и информационно-аналитических материалах. 2.34. Нормативное правовое регулирование работы с обращениями граждан и юридических лиц.	предоставления руководству организации, а также для печатных и электронных средств массовой информации. 2.у2. Анализ деятельности структурных подразделений медицинской организации. 2.у3. Подготовка проектов локальных нормативных актов медицинской организации. 2.у4. Подготовка проектов ответов на обращения граждан и юридических лиц.	дикоекономической, социально-демографической ситуации. 2.о2. Организация информирования населения о деятельности медицинской организации, подготовка материалов для проведения санитарнопросветительной работы. 2.о3. Координация взаимодействия структурных подразделений при формировании планов развития медицинской организации. 2.о4. Участие во внедрении новых организационных технологий в деятельность медицинской организации и оценка их эффективности. 2.о5. Подготовка методических материалов и их внедрение в деятельность медицинской организации. 2.о6. Участие в организации и проведении совещаний и конференций по вопросам организации и оказания медицинской помощи. 2.о7. Организация работы с обращениями граждан и юридических лиц. 2.08. Организация и проведение социологических исследований, анализ их результатов.

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
3	ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации	3.31. Современные подходы к планированию деятельности структурного подразделения медицинской организации. 3.32. Трудовое законодательство Российской Федерации, нормативные правовые акты в сфере здравоохранения. 3.33. Актуальная классификация медицинской помощи, организация медицинской помощи в соответствии с положением об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи, в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. 3.34. Современные методы и технологии эффективной внутренней и внешней коммуникации при осуществлении управления структурным подразделением медицинской организации. 3.35. Актуальные принципы ситуационного лидерства и командообразования, современные методы мотивации работников структурного подразделения ме-	3.у1. Анализ, прогнозирование и планирование показателей деятельности структурного подразделения медицинской организации. 3.у2. Составление плана ресурсного обеспечения деятельности структурного подразделения медицинской организации и контроль его выполнения. 3.у3. Мониторинг и принятие мер по повышению эффективности использования ресурсов структурным подразделением медицинской организации. 3.у4. Мотивирование работников структурного подразделения медицинской организации. 3.у5. Профилактика и предупреждение конфликтных ситуаций, управление командным взаимодействием. 3.у6. Формирование отчетов о деятельности структурного подразделения медицинской организации, в том числе по результатам внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. 3.у7. Анализ результатов внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в целях их	3.о1. Управление деятельностью структурного подразделения медицинской организации на основе данных о его деятельности. 3.о2. Участие в организации ресурсного обеспечения деятельности структурного подразделения медицинской организации. 3.о3. Организация и контроль документооборота в структурном подразделении медицинской организации. 3.о4. Управление персоналом структурного подразделения медицинской организации. 3.о5. Организация проведения экспертизы временной нетрудоспособности в структурном подразделении медицинской организации. 3.о6. Участие в работе врачебной комиссии медицинской организации. 3.о7. Организация мероприятий по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в структурном подразделении медицинской организации. 3.о8. Обеспечение эффективного и безопасного использования

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
		медицинской организации. 3.36. Актуальный подход к созданию и деятельности врачебной комиссии. 3.37. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в структурном подразделении медицинской организации.	использования для совершенствования подходов к осуществлению деятельности структурного подразделения медицинской организации. 3.у8. Разработка и реализация предложений по устранению и предупреждению нарушений в процессе деятельности структурного подразделения медицинской организации.	медицинских изделий в структурном подразделении медицинской организации.
4	ПК-4. Способен управлять организационно-методическим подразделением медицинской организации	4.з1. Современные методики расчета потребности в ресурсах и эффективности их использования в медицинской организации. 4.з2. Актуальные подходы к управлению ресурсами медицинской организации, в том числе кадровыми. 4.з3. Актуальные принципы менеджмента организации, современные подходы и инструменты тактического управления.	4.у1. Оценка деятельности медицинской организации с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации. 4.у2. Планирование численности и структуры кадров медицинской организации, оценка возрастного состава персонала, уровня квалификации сотрудников. 4.у3. Формирование предложений по оптимальной организационной структуре медицинской организации. 4.у4. Мониторинг и анализ информации о состоянии отдельных направлений деятельности медицинской организации. 4.у5. Организация применения информационных технологий при оказании медицинской помощи.	4.о1. Обоснование и контроль достижения показателей, характеризующих деятельность медицинской организации и показателей здоровья населения, в т.ч. в соответствии с перечнем показателей результативности деятельности медицинских организаций. 4.о2. Разработка и обоснование планов перспективного развития медицинской организации. 4.о3. Контроль электронного документооборота в медицинской организации, в том числе соблюдения норм и правил медицинского электронного документооборота. 4.о4. Учет и планирование объемов оказания медицинской помощи, обеспечения

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
				медицинской организации лекарственными средствами и медицинскими изделиями. 4.о5. Расчет потребности в медицинских кадрах, показателей обеспеченности кадрами, прогнозирование потребности в кадрах. 4.о6. Подготовка аналитических материалов для разработки проектов приказов, распоряжений, инструкций, формирование отчетов организационно-методического подразделения медицинской организации, в том числе аналитических, разработка методических рекомендаций. 4.о7. Контроль ведения персонифицированных регистров пациентов с различными заболеваниями и льготных категорий граждан.
5	ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации	5.з1. Проектное и процессное управление в здравоохранении, программно-целевой метод решения задач перспективного развития медицинской организации, риск-менеджмент в деятельности медицинской организации. 5.з2. Современные методы эффективного управления кадровыми ресурсами	5.у1. Оценка эффективности деятельности медицинской организации, разработка и выбор оптимальных управленческих решений, оценка рисков, связанных с их реализацией. 5.у2. Оценка ресурсного обеспечения, эффективности использования ресурсов медицинской организации.	5.о1. Организация работы по отдельному направлению деятельности медицинской организации, постановка целей и задач, определение приоритетов развития. 5.о2. Организация и совершенствование системы менеджмента качества медицинской организации, в том

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
		медицинской организации. 5.33. Особенности аудита в системе менеджмента качества. 5.34. Современные подходы к организации государственного, ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. 5.35. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи: структура, источники финансового обеспечения медицинской помощи, критерии доступности и качества медицинской помощи. 5.36. Правила обязательного медицинского страхования, система договоров в сфере обязательного медицинского страхования. 5.37. Тарифная политика в системе обязательного медицинского страхования. 5.38. Актуальные способы и источники оплаты медицинской помощи. 5.39. Актуальные требования к организации контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.	5.у3. Формирование системы мотивации и стимулирования труда в медицинской организации, в том числе в рамках развития отдельного направления ее деятельности. 5.у4. Организация и оценка результатов проведения мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. 5.у5. Разработка планов корректирующих мероприятий по результатам проведения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. 5.у6. Планирование и организация внутренних аудитов в рамках системы менеджмента качества. 5.у7. Планирование и мониторинг выполнения объемов медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией. 5.у8. Анализ выявленных нарушений при оказании медицинской помощи по результатам контрольно-экспертных мероприятий в системе обязательного медицинского страхования. 5.у9. Организация и проведение претензионной работы со страховой медицинской организацией,	числе аналитических систем. 5.о3. Организация и проведение мероприятий внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в подразделениях медицинской организации. 5.о4. Построение процессов медицинской деятельности для обеспечения оптимальной маршрутизации пациента. 5.о5. Организация оказания медицинской помощи в медицинской организации в рамках обязательного медицинского страхования, добровольного медицинского страхования и иной приносящей доход деятельности.

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
		5.310. Актуальные требования пожарной безопасности, охраны труда и техники безопасности, актуальные вопросы личной безопасности и конфликтологии, правила внутреннего трудового распорядка	фондом обязательного медицинского страхования при несогласии с результатами контрольно-экспертных мероприятий. 5.y10. Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда.	
6	ПК-6. Способен управлять медицинской организацией	6.31. Кадровая политика в медицинской организации: актуальные цели, задачи, методики формирования. 6.32. Нормативное правовое регулирование в сфере государственных закупок и антикоррупционное законодательство. 6.33. Нормативные правовые и организационные основы деятельности, приносящей доход. 6.34. Актуальные вопросы охраны здоровья, полномочий органов власти в сфере охраны здоровья, прав и обязанностей граждан в сфере охраны здоровья, прав и обязанностей медицинских работников и медицинских организаций. 6.35. Современные подходы к оценке внешней и внутренней среды медицинской организации. 6.36. Современная методология формирования стратегических и	6.y1. Организация кадрового обеспечения медицинской организации (привлечение, закрепление, профессиональное совершенствование кадров). 6.y2. Оценка экономической эффективности деятельности медицинской организации. 6.y3. Организация и контроль оказания платных медицинских услуг. 6.y4. Организация поточности и маршрутизации пациентов при оказании медицинской помощи в медицинской организации. 6.y5. Выделение и оценка факторов внешней и внутренней среды медицинской организации, в том числе при проведении SWOT анализа. 6.y6. Определение стратегии развития медицинской организации на среднесрочный и долгосрочный периоды.	6.o1. Организация медицинской помощи в медицинской организации в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, положениями об организации оказания медицинской помощи на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи. 6.o2. Организация и координация работы структурных подразделений медицинской организации и административно-управленческого персонала. 6.o3. Планирование и контроль финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации. 6.o4. Управление программой развития медицинской организации. 6.o5. Представление интересов медицинской организации в

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
		программных документов деятельности и развития медицинской организации.	6.у7. Выявление и оценка потенциальных юридических рисков в деятельности медицинской организации.	отношения с органами государственной власти и муниципальными органами, судебными органами, юридическими лицами и гражданами.
7	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме	7.31. Принципы и методы оказания медицинской помощи в экстренной форме в соответствии с нормативными правовыми актами и клиническими рекомендациями. 7.32. Клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме 7.33. Факторы риска, представляющие непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших) и окружающих лиц, методы устранения указанных факторов риска. 7.34. Правила и порядок проведения первичного осмотра пациента (пострадавшего) при оказании медицинской помощи в экстренной форме при отсутствии сознания; остановке дыхания и (или) остановке кровообращения; нарушении проходимости дыхательных путей инородным	7.у1. Диагностика состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. 7.у2. Определение факторов, представляющих непосредственную угрозу для собственной жизни и здоровья, жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших) и окружающих лиц. 7.у3. Устранение факторов, представляющих непосредственную угрозу для жизни и здоровья пострадавшего (пострадавших), а также участников оказания медицинской помощи в экстренной форме и окружающих лиц, в том числе предотвращение дополнительного травмирования пострадавшего (пострадавших). 7.у4. Обеспечение собственной безопасности, в том числе с использованием средств индивидуальной защиты. 7.у5. Вызов выездной бригады скорой медицинской помощи, перемещение, транспортировка	7.о1. Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни пациента (в том числе нарушение жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. 7.о2. Проведение оценки обстановки и обеспечение безопасных условий для оказания медицинской помощи в экстренной форме 7.о3. Оказание медицинской помощи в экстренной форме при состояниях, представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека – кровообращения и (или) дыхания).

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
		телом и иных угрожающих жизни и здоровью нарушениях дыхания; наружных кровотечениях; травмах, ранениях и поражениях, вызванных механическими, химическими, электрическими, термическими поражающими факторами, воздействием излучения; отравлениях; укусах или ужаливаниях ядовитых животных; судорожном приступе, сопровождающемся потерей сознания; острых психологических реакциях на стресс. 7.35. Правила эффективной коммуникации с пациентами, их законными представителями, окружающими лицами и медицинскими работниками при оказании медицинской помощи в экстренной форме. 7.36. Алгоритм обращения в службы спасения, в том числе вызова выездной бригады скорой медицинской помощи. 7.37. Принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции). 7.38. Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) с использова-	пострадавшего, передача пострадавшего выездной бригаде скорой медицинской помощи. 7.у6. Оценка количества пострадавших. 7.у7. Устное информирование пострадавшего и окружающих лиц о готовности оказывать медицинскую помощь в экстренной форме, а также о начале проведения мероприятий по оказанию медицинской помощи в экстренной форме. 7.у8. Осуществление эффективной коммуникации с пациентом, его законным представителем, окружающими лицами и медицинскими работниками, в том числе выездной бригадой скорой медицинской помощи при оказании медицинской помощи в экстренной форме. 7.у9. Устранение воздействия повреждающих факторов на пострадавшего. 7.у10. Извлечение пострадавшего из транспортного средства или других труднодоступных мест. 7.у11. Перемещение пострадавшего в безопасное место. 7.у12. Обеспечение проходимости дыхательных путей при их заку-	

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
		нием автоматического наружного дефибриллятора. 7.39. Медицинские показания и медицинские противопоказания к проведению реанимационных мероприятий. 7.310. Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации. 7.311. Методы обеспечения проходимости дыхательных путей. 7.312. Правила остановки наружных кровотечений 7.313. Правила наложения повязок при оказании медицинской помощи в экстренной форме. 7.314. Способы охлаждения при травмах, воздействиях излучения, высоких температур, химических веществ, укусах или ужалениях ядовитых животных; проведения термоизоляции и согревания при воздействии низких температур. 7.315. Методы иммобилизации с использованием медицинских изделий и подручных средств. 7.316. Правила использования средств индивидуальной защиты при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	порке инородным телом. 7.y13. Проведение первичного осмотра пациента при состояниях, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. 7.y14. Осуществление мероприятий по временной остановке наружного кровотечения, в том числе прямым давлением на рану, наложением давящей повязки (в том числе с фиксацией инородного тела), наложением кровоостанавливающего жгута. 7.y15. Определение наличия признаков жизни у пострадавшего (наличие сознания, наличие дыхания с помощью слуха, зрения и осязания). 7.y16. Проведение сердечно-легочной реанимации и поддержание проходимости дыхательных путей. 7.y17. Использование автоматического наружного дефибриллятора. 7.y18. Наложение окклюзионной (герметизирующей) повязки при ранении грудной клетки. 7.y19. Промывание желудка. 7.y20. Охлаждение при травмах, воздействиях излучения, высоких температур, химических веществ, укусах или ужалениях ядовитых животных.	

№ п/п	Коды и наименования совершенствований	Коды и наименования результатов обучения, соответствующих компетенциям		
		Знания (далее – з)	Умения (далее – у)	Опыт деятельности (далее – о)
		7.з17. Правила и порядок проведения мониторинга состояния пациента при оказании медицинской помощи в экстренной форме, порядок передачи пациента выездной бригаде скорой медицинской помощи. 7.з18. Порядок применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	7.у21. Проведение термоизоляции и согревания при воздействии низких температур. 7.у22. Проведение иммобилизации (обездвиживания) с использованием медицинских изделий или подручных средств; аутоиммобилизация или обездвиживание руками травмированных частей тела. 7.у23. Предотвращение дополнительного травмирования головы при судорожном приступе, сопровождающемся потерей сознания. 7.у24. Придание и поддержание оптимального положения тела пострадавшего в зависимости от его состояния. 7.у25. Осуществление контроля состояния пострадавшего (наличия сознания, дыхания, кровообращения и отсутствия наружного кровотечения), оказание пострадавшему психологической поддержки. 7.у26. Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме.	

6А. Сопоставление результатов обучения по программе профессиональной переподготовки с описанием квалификации в профессиональном стандарте по специальности «Специалист в области организации здравоохранения»

Обобщенные трудовые функции	Трудовые функции	Компетенции
А. Ведение статистического учета в медицинской организации:	А/01.7 Статистический учет в медицинской организации;	ПК-1. Способен вести статистический учет в медицинской организации
	А/02.7 Оказание медицинской помощи в экстренной форме.	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме
В. Организационно-методическая деятельность и организация статистического учета в медицинской организации:	В/01.7 Организация статистического учета в медицинской организации;	ПК-1. Способен вести статистический учет в медицинской организации
	В/02.7 Ведение организационно-методической деятельности в медицинской организации;	ПК-2. Способен обеспечить организационно-методическое сопровождение деятельности медицинской организации
	В/03.7 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме
С. Управление структурным подразделением медицинской организации:	С/01.8 Организация деятельности структурного подразделения медицинской организации;	ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации
	С/02.8 Планирование деятельности структурного подразделения медицинской организации;	ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации
	С/03.8 Контроль деятельности структурного подразделения медицинской организации.	ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации
	С/04.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме
D. Управление организационно-методическим подразделением медицинской организации:	D/01.8 Анализ и оценка показателей деятельности медицинской организации;	ПК-4. Способен управлять организационно-методическим подразделением медицинской организации
	D/02.8 Управление ресурсами медицинской организации;	ПК-4. Способен управлять организационно-методическим подразделением медицинской организации
	D/03.8 Взаимодействие с руководством медицинской	ПК-4. Способен управлять организационно-

	организации и структурными подразделениями медицинской организации;	методическим подразделением медицинской организации
	D/04.8 Планирование, организация и контроль деятельности организационно-методического подразделения медицинской организации;	ПК-4. Способен управлять организационно-методическим подразделением медицинской организации
	D/05.8 Разработка и внедрение системы менеджмента качества в медицинской организации.	ПК-4. Способен управлять организационно-методическим подразделением медицинской организации
	D/06.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме
Е. Управление процессами деятельности медицинской организации:	E/01.8 Проектирование и организация процессов деятельности медицинской организации.	ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации
	E/02.8 Управление ресурсами по обеспечению процессов деятельности медицинской организации	ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации
	E/03.8 Менеджмент качества процессов медицинской организации	ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации
	E/04.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме
F. управление медицинской организацией	F/01.8 Управление ресурсами медицинской организации, взаимодействие с другими организациями	ПК-6. Способен управлять медицинской организацией
	F/02.8 Организация деятельности медицинской организации	ПК-6. Способен управлять медицинской организацией
	F/03.8 Менеджмент качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации	ПК-6. Способен управлять медицинской организацией
	F/04.8 Стратегическое планирование, обеспечение развития медицинской организации	ПК-6. Способен управлять медицинской организацией
	F/05.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме

6Б. Требования к уровню подготовки лиц, принимаемых для обучения по программе

На обучение могут быть приняты специалисты, соответствующие Квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» и профессиональному стандарту «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья»⁵.

Специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Медико-профилактическое дело", "Медицинская биофизика", "Медицинская биохимия", "Медицинская кибернетика", "Остеопатия", "Педиатрия", "Стоматология" при прохождении подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей укрупненных групп специальностей «Клиническая медицина» или «Науки о здоровье и профилактическая медицина»;

⁵ Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием, утверждённые приказом Минздрава России от 14.05.2026 № 436н.

III. Учебный план⁶

7. Учебный план:

№ п/п	Наименования модулей, тем, разделов практики	Количество часов (трудоемкость)							
		всего	в том числе по видам учебной деятельности						
			лекции	занятия семинарского типа (семинары, практические занятия, практикумы, лабораторные работы, коллоквиумы и иные аналогичные занятия)				практика	аттестация
				всего	в том числе				
					практическая подготовка	возможно использование ЭО и ДОТ			
1	Модуль 1. Организация здравоохранения и общественное здоровье	58	26	30	6	10	0	2	
1.1	Организация здравоохранения: исторические аспекты становления специальности и дисциплины в России и за рубежом	2	2	0	0	0	0	0	
1.2	Стратегия развития национального здравоохранения. Национальные проекты	4	4	0	0	0	0	0	
1.3	Общественное здравоохранение	2	2	0	0	0	0	0	
1.4	Критерии Всемирной организации здравоохранения для сравнения национальных систем здравоохранения, организационные модели систем здравоохранения в мире	2	2	0	0	0	0	0	
1.5	Исторические этапы развития отечественной системы здравоохранения	2	2	0	0	0	0	0	
1.6	Здоровье как социальная ценность и его общественная значимость	2	2	0	0	0	0	0	
1.7	Медико-социальные характеристики демографических процессов	10	2	8	0	4	0	0	
1.8	Медико-демографические аспекты проблем старения и долголетия	2	0	2	0	2	0	0	
1.9	Здоровый образ жизни. Основные факторы риска, влияющие на здоровье и продолжительность жизни человека	4	0	4	4	0	0	0	
1.10	Технологии медицинской профилактики. Диспансеризация населения	4	2	2	2	0	0	0	
1.11	Важнейшие неинфекционные и инфекционные заболевания как медико-социальная проблема	6	2	4	0	2	0	0	

⁶ Пункт 22 статьи 2 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон № 273-ФЗ); пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

№ п/п	Наименования модулей, тем, разделов практики	Количество часов (трудоемкость)							
		всего	в том числе по видам учебной деятельности						
			лекции	занятия семинарского типа (семинары, практические занятия, практикумы, лабораторные работы, коллоквиумы и иные аналогичные занятия)				практика	аттестация
				всего	в том числе				
					практическая подготовка	возможно использование ЭО и ДОТ			
1.12	Перспективные меры по снижению смертности	2	2	0	0	0	0	0	
1.13	Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, в статистике заболеваемости и смертности	6	0	6	0	0	0	0	
1.14	Заболеваемость населения	8	4	4	0	2	0	0	
1.15	Промежуточная аттестация по модулю 1	2	0	0	0	0	0	2	
2	Модуль 2. Организационно-правовые основы охраны здоровья	68	32	34	16	4	0	2	
2.1	Система нормативных правовых актов, регулирующих общественные отношения в сфере охраны здоровья. Источники медицинского права	4	2	2	0	2	0	0	
2.2	Концептуальные положения федерального законодательства об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации	4	2	2	0	0	0	0	
2.3	Классификация медицинской помощи по видам, формам и условиям оказания	2	2	0	0	0	0	0	
2.4	Нормативные требования к организации медицинской помощи: положения об организации оказания медицинской помощи, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации	4	4	0	0	0	0	0	
2.5	Организация первичной медико-санитарной помощи	4	0	4	4	0	0	0	
2.6	Организация специализированной медицинской помощи	4	0	4	4	0	0	0	
2.7	Организация высокотехнологичной медицинской помощи	2	0	2	2	0	0	0	
2.8	Организация скорой медицинской помощи	4	0	4	4	0	0	0	
2.9	Организация паллиативной медицинской помощи	2	0	2	2	0	0	0	
2.10	Права и обязанности граждан в области охраны здоровья	6	2	4	0	0	0	0	
2.11	Правовое обеспечение профессиональной медицинской деятельности	2	2	0	0	0	0	0	

№ п/п	Наименования модулей, тем, разделов практики	Количество часов (трудоемкость)						
		всего	в том числе по видам учебной деятельности					
			лекции	занятия семинарского типа (семинары, практические занятия, практикумы, лабораторные работы, коллоквиумы и иные аналогичные занятия)			практика	аттестация
				всего	в том числе			
					практическая подготовка	возможно использование ЭО и ДОТ		
2.12	Организационно-правовые основы обязательного медицинского страхования	4	4	0	0	0	0	о
2.13	Организация закупок товаров, работ, услуг	4	2	2	0	0	0	о
2.14	Антикоррупционное законодательство	2	2	0	0	0	0	о
2.15	Работа с обращениями граждан	4	2	2	0	0	0	о
2.16	Юридическая ответственность медицинских работников и медицинских организаций	10	6	4	0	0	0	о
2.17	Основы трудового законодательства и его применение в медицинской организации	4	2	2	0	2	0	о
2.18	Промежуточная аттестация по модулю 2	2	0	0	0	0	0	2
3	Модуль 3. Менеджмент и управление ресурсами в здравоохранении	64	24	38	8	8	0	2
3.1	Теоретические основы менеджмента. Принятие управленческих решений	12	6	6	0	2	0	о
3.2	Проектный менеджмент: теоретические основы, отдельные аспекты проектного менеджмента	6	2	4	0	2	0	о
3.3	Современные технологии управления. Применение бережливых технологий	6	2	4	4	0	0	о
3.4	Бизнес-планирование. Методы стратегического планирования	6	2	4	0	2	0	о
3.5	Управление материально-техническими ресурсами	6	2	4	0	0	0	о
3.6	Управление лекарственным обеспечением	2	2	0	0	0	0	о
3.7	Управление кадровыми ресурсами	8	2	6	4	0	0	о
3.8	Квалификационная характеристика медицинского персонала. Профессиональные стандарты	4	2	2	0	2	0	о
3.9	Стиль руководства, социально-психологический климат в коллективе. Этика делового общения	6	2	4	0	0	0	о

№ п/п	Наименования модулей, тем, разделов практики	Количество часов (трудоемкость)							
		всего	в том числе по видам учебной деятельности						
			лекции	занятия семинарского типа (семинары, практические занятия, практикумы, лабораторные работы, коллоквиумы и иные аналогичные занятия)				практика	аттестация
				всего	в том числе				
					практическая подготовка	возможно использование ЭО и ДОТ			
3.10	Лидерство и командообразование	6	2	4	0	0	0	о	
3.11	Промежуточная аттестация по модулю 3	2	0	0	0	0	0	2	
4	Модуль 4. Экономика и финансирование в здравоохранении	54	22	30	4	13	0	2	
4.1	Экономика здравоохранения. Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья	4	4	0	0	0	0	о	
4.2	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	6	2	4	0	2	0	о	
4.3	Финансовое обеспечение системы обязательного медицинского страхования	6	2	4	0	2	0	о	
4.4	Тарифная политика в системе обязательного медицинского страхования	6	2	4	0	2	0	о	
4.5	Приносящая доход деятельность медицинских организаций	4	2	2	0	1	0	о	
4.6	Финансирование казенных учреждений. Планирование финансово-хозяйственной деятельности медицинских организаций	6	2	4	0	2	0	о	
4.7	Экономическое содержание проектной деятельности в здравоохранении. Государственно-частное партнерство. Бизнес-планирование в здравоохранении	4	2	2	2	0	0	о	
4.8	Управленческий учет и основы анализа финансово- хозяйственной деятельности медицинской организации	6	2	4	0	2	0	о	
4.9	Нормирование труда в здравоохранении. Оплата труда медицинских работников	6	2	4	0	2	0	о	
4.10	Маркетинг в здравоохранении	4	2	2	2	0	0	о	
4.11	Промежуточная аттестация по модулю 4	2	0	0	0	0	0	2	
5	Модуль 5. Медицинская статистика	38	12	24	4	12	0	2	
5.1	Основы и методы медицинской статистики. Медицинская статистика в Российской Федерации	4	4	0	0	0	0	о	

№ п/п	Наименования модулей, тем, разделов практики	Количество часов (трудоемкость)							
		всего	в том числе по видам учебной деятельности						
			лекции	занятия семинарского типа (семинары, практические занятия, практикумы, лабораторные работы, коллоквиумы и иные аналогичные занятия)				практика	аттестация
				всего	в том числе				
					практическая подготовка	возможно использование ЭО и ДОТ			
5.2	Организация и этапы статистического исследования в здравоохранении	8	2	6	0	6	0	о	
5.3	Статистика здоровья населения	8	2	6	0	4	0	о	
5.4	Статистика здравоохранения	6	2	4	0	2	0	о	
5.5	Статистический учет и документооборот в медицинской организации	6	2	4	0	0	0	о	
5.6	Принятие решений на основе статистических показателей деятельности медицинской организации. Социологические исследования в деятельности медицинской организации	4	0	4	4	0	0	о	
5.7	Промежуточная аттестация по модулю 5	2	0	0	0	0	0	2	
6	Модуль 6. Система контроля качества и безопасности медицинской деятельности	48	19	27	6	11	0	2	
6.1	Качество медицинской помощи. Стандартизация в здравоохранении	6	4	2	0	2	0	о	
6.2	Контрольно-надзорная деятельность в сфере здравоохранения	2	2	0	0	0	0	о	
6.3	Лицензирование медицинской деятельности	5	2	3	0	3	0	о	
6.4	Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности	1	1	0	0	0	0	о	
6.5	Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	10	2	8	4	0	0	о	
6.6	Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования	6	2	4	0	2	0	о	
6.7	Противоэпидемический контроль и обеспечение инфекционной безопасности	1	1	0	0	0	0	о	
6.8	Экспертиза временной нетрудоспособности. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией	8	2	6	0	2	0	о	
6.9	Медико-социальная экспертиза. Медицинская реабилитация инвали-	4	2	2	0	2	0	о	

№ п/п	Наименования модулей, тем, разделов практики	Количество часов (трудоемкость)							
		всего	в том числе по видам учебной деятельности						
			лекции	занятия семинарского типа (семинары, практические занятия, практикумы, лабораторные работы, коллоквиумы и иные аналогичные занятия)				практика	аттестация
				всего	в том числе				
					практическая подготовка	возможно использование ЭО и ДОТ			
	дов								
6.10	Организация деятельности врачебной комиссии	3	1	2	2	0	0	0	
6.11	Промежуточная аттестация по модулю 6	2	0	0	0	0	0	2	
7	Модуль 7. Цифровые технологии в здравоохранении	42	16	24	6	10	0	2	
7.1	Цифровое здравоохранение	4	2	2	0	2	0	0	
7.2	Единый цифровой контур системы здравоохранения	8	2	6	0	2	0	0	
7.3	Передовые цифровые технологии в здравоохранении	4	2	2	2	0	0	0	
7.4	Система автоматизированного управления здравоохранением	4	2	2	0	2	0	0	
7.5	Медицинские информационные системы. Электронная медицинская карта	6	2	4	2	0	0	0	
7.6	Искусственный интеллект в здравоохранении. Системы поддержки принятия врачебных решений	4	2	2	2	0	0	0	
7.7	Телемедицинские технологии при оказании медицинской помощи	6	2	4	0	2	0	0	
7.8	Развитие инфраструктуры цифрового здравоохранения. Информационная безопасность в работе медицинской организации	4	2	2	0	2	0	0	
7.9	Промежуточная аттестация по модулю 7	2	0	0	0	0	0	2	
8	Модуль 8. Практика	116	0	0	0	0	114	2	
8.1	Организация оказания первичной медико-санитарной помощи	57	0	0	0	0	57	0	
8.2	Организация оказания специализированной медицинской помощи	57	0	0	0	0	57	0	
8.3	Промежуточная аттестация по модулю 8	2	0	0	0	0	0	2	
9	Модуль 9. Оказание медицинской помощи в экстренной форме	10	2	6	0	0	0	2	
9.1	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	8	2	6	0	0	0	0	
9.2	Промежуточная аттестация по модулю 9	2	0	0	0	0	0	2	
10	Итоговая аттестация	6	0	0	0	0	0	6	
Итого часов (трудоемкость)		504	153	213	50	68	114	24	

7А. Календарный учебный график:

№ п.п.	Наименование модулей в последовательности их изучения	Количество дней учебных занятий	Виды аудиторных занятий (лекции – Л, семинары -С, практическая подготовка – ПП, промежуточная – ПА и итоговая аттестация – ИА)
1	Модуль 1. Организация здравоохранения и общественное здоровье	9,7	Л, С, ПП, ПА
2	Модуль 2. Организационно-правовые основы охраны здоровья.	11,4	Л, С, ПП, ПА
3	Модуль 3. Менеджмент и управление ресурсами в здравоохранении.	10,7	Л, ПП, ПА
4	Модуль 4. Экономика и финансирование в здравоохранении.	9	Л, С, ПП, ПА
5	Модуль 5. Медицинская статистика.	6,3	Л, С, ПП, ПА
6	Модуль 6. Система контроля качества и безопасности медицинской деятельности.	8	Л, С, ПП, ПА
7	Модуль 7. Цифровые технологии в здравоохранении.	7	Л, С, ПП, ПА
8	Модуль 8. Практика.	19,3	Практика ПА
9	Модуль 9. Оказание медицинской помощи в экстренной форме	1,6	Л, ПП
10	Итоговая аттестация	1	ИА
	Всего	84	

IV. Рабочие программы модулей⁷

8. Рабочие программы модулей:

№ п/п	Наименование модулей, тем, разделов практики	Содержание	Коды формируемых компетенций
1	Модуль 1. Организация здравоохранения и общественное здоровье		
1.1	Организация здравоохранения: исторические аспекты становления специальности и дисциплины в России и за рубежом	Исторические тенденции в развитии общественного здоровья. Эволюция понятий «здоровье населения» и «общественное здоровье». Исторические и методологические аспекты дисциплины. Объект и предмет организации здравоохранения и общественного здоровья, понятийный аппарат. История формирования основных направлений и принципов государственной политики в сфере охраны здоровья населения. Общие подходы к классификации систем здравоохранения, исторические примеры систем здравоохранения.	ПК-5, ПК-6
1.2	Стратегия развития национального здравоохранения. Национальные проекты	Современное состояние и комплексные проблемы в области охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Методология формирования стратегических и программных документов. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2024 года № 309 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года и на перспективу до 2036 года». Единый план по достижению национальных целей развития Российской Федерации до 2030 года и на перспективу до 2036 года (в части здравоохранения). Основные принципы, цели, задачи развития здравоохранения в Российской Федерации на долгосрочный период. Реформирование и модернизация системы здравоохранения в России. Основные результаты реализации национального проекта «Здравоохранение» (2019-2024). Национальный проект «Продолжительная и активная жизнь»: федеральные проекты, цели, задачи, основные мероприятия, целевые индикаторы, этапы реализации, ожидаемые результаты. Национальный проект «Семья»: федеральные проекты, цели, задачи, основные мероприятия, целевые индикаторы, этапы реализации, ожидаемые результаты. Порядок проведения мониторинга реализации национальных проектов, федеральных проектов.	ПК-6
1.3	Общественное здравоохранение	Определение общественного здравоохранения. Теоретические концепции медицины и здравоохранения. Приоритеты в деятельности здравоохранения и их связь с этическими ценностями общества. Принципы и общие подходы к организации медицинской помощи населению Российской Федерации. Всеобщий обхват услугами здравоохранения. Понятие о медицине 4П. Теоретические аспекты врачебной этики и медицинской деонтологии. Особенности взаимоотношений в диаде «врач-пациент» на современном этапе.	ПК-3
1.4	Критерии Всемирной организации здравоохранения для сравнения национальных систем здравоохранения, организационные модели систем здравоохранения в мире	Здравоохранение в зарубежных странах. Сравнительный анализ систем здравоохранения в различных странах. Государственная, страховая и частная модели систем здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, ее функции и задачи. Базовые элементы национальных систем здравоохранения и подходы Всемирной организации здравоохранения к оценке эффективности их работы. Национальные стратегии и программы в области общественного здравоохранения в различных странах. Подходы к реформированию здравоохранения, национальному социальному страхованию, повышению квалификации медицинских кадров, принципам лекарственного обеспечения, государственному и корпоративному управлению в здравоохранении	ПК-5, ПК-6
1.5	Исторические этапы раз-	Основные исторические этапы развития отечественной системы	ПК-5, ПК-6

⁷ Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

	вития отечественной системы здравоохранения	здравоохранения. Здравоохранение в дореволюционной России. Земская медицина. Формирование государственной системы здравоохранения. Роль Н.А. Семашко. Медицина в годы Великой Отечественной войны. Развитие медицины в 60-80 годы XX века, основные достижения советского здравоохранения. Период реформирования отечественного здравоохранения, возникновение и становление системы обязательного медицинского страхования.	
1.6	Здоровье как социальная ценность и его общественная значимость	Здоровье, болезнь - основные категории общественного здоровья. Определение здоровья. Определения понятий: «образ жизни», «здоровый образ жизни», «стиль жизни», «уровень жизни», «качество жизни». Здоровье как личная и общественная ценность. Основные факторы и индикаторы здоровья. Индивидуальное и групповое здоровье. Общественное здоровье, определение. Важнейшие группы факторов, определяющих уровень общественного здоровья. Медицинские и социальные критерии, методы изучения здоровья отдельных групп населения. Факторы риска. Роль и место специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья в сохранении, восстановлении и укреплении здоровья населения.	ПК-2, ПК-3
1.7	Медико-социальные характеристики демографических процессов	Основные разделы медицинской демографии. Демографические показатели в оценке группового и общественного здоровья. Источники информации о населении и демографических процессах: переписи, текущий статистический учет демографических событий, административные источники, регистры населения, выборочные обследования. Динамика народонаселения. Демографический переход. Демографическая пирамида. Миграция населения, основные определения, показатели, тенденции. Демографическая политика Российской Федерации. Проведение оценки медико-демографических показателей общественного здоровья в России и за рубежом: общая и по возрастной смертность, младенческая, материнская смертность, ожидаемая продолжительность жизни, ожидаемая продолжительность здоровой жизни. Использование методов реального и условного поколений, демографических коэффициентов. Правила стандартизации демографических показателей. Проведение анализа уровня рождаемости. Оценка тенденций уровня рождаемости в различных регионах России. Изучение репродуктивного поведения населения. Показатели потенциальной демографии: анализ воспроизводства населения в различных странах. Проведение анализа показателей смертности, причин и факторов смертности, алгоритм использования таблицы смертности и ожидаемая продолжительность жизни.	ПК-1, ПК-2, ПК-4
1.8	Медикодемографические аспекты проблем старения и долголетия	Проведение анализа возрастной структуры населения, типов воспроизводства населения, коэффициента демографической нагрузки. Оценка потенциальных последствий старения населения, учет изменений возрастной структуры населения при принятии управленческих решений и разработке моделей оказания медицинской помощи.	ПК-1, ПК-2, ПК-4
1.9	Здоровый образ жизни. Основные факторы риска, влияющие на здоровье и продолжительность жизни человека	Выявление рисков здоровья в профилактической медицине и в формировании здорового образа жизни. Определение составляющих здорового образа жизни. Выполнение анализа факторов риска, систематизации и классификации подходов к управлению факторами риска здоровья. Подготовка информационно-справочных материалов для различных групп населения по профилактике отдельных факторов риска: курения, потребления алкоголя и психоактивных веществ, недостаточной физической активности, алиментарно-зависимых и психологических факторов риска.	ПК-2, ПК-3
1.10	Технологии медицинской профилактики. Диспансеризация населения	Профилактика - ведущий принцип общественного здоровья и здравоохранения. Нормативное правовое регулирование и организация профилактики заболеваний и формирования здорового образа жизни. Первичная, вторичная и третичная	ПК-2, ПК-3, ПК-4

		профилактика (цели, задачи, организация, критерии эффективности). Индивидуальные и массовые методы и средства работы с населением. Диспансеризация (цели, задачи, методы). Профилактические осмотры. Группы здоровья. Перспективные направления оценки здоровья. Порядок организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях. Оценка эффективности диспансеризации взрослого населения. Порядок проведения диспансерного наблюдения. Оценка эффективности диспансерного наблюдения. Правила работы школ здоровья. Организация деятельности центров здоровья для взрослого и детского населения, оценка показателей деятельности. Использование различных методов, форм и средств в целях гигиенического воспитания населения. Оценка эффективности профилактической работы в медицинской организации.	
1.11	Важнейшие неинфекционные и инфекционные заболевания как медико-социальная проблема	Социальная значимость заболеваний. Определение, распространенность, социально-экономический ущерб. Болезни системы кровообращения как медико-социальная проблема. Злокачественные новообразования как медико-социальная проблема. Болезни органов дыхания как медико-социальная проблема. Туберкулез как медико-социальная проблема. Травматизм как медико-социальная проблема. Болезни органов пищеварения как медико-социальная проблема. Болезни костно-мышечной системы как медико-социальная проблема. Инфекционные заболевания как медико-социальная проблема. Эпидемиология, уровни заболеваемости и смертности. Принципы профилактики, выявления и лечения. Анализ факторов риска развития инфекционных заболеваний, уровней заболеваемости и смертности. Анализ показателей деятельности кардиологического, онкологического, психиатрического, фтизиатрического, наркологического диспансеров и соответствующих служб. Преимущество в работе больниц, диспансеров и других учреждений здравоохранения. Персонифицированные регистры граждан с важнейшими социально-значимыми заболеваниями и льготных категорий граждан: организация ведения и контроль.	ПК-1, ПК-2, ПК-3
1.12	Перспективные меры по снижению смертности	Обзор перспективных мер, направленных на снижение смертности в России: формирование здорового поведения (борьба против потребления табака, алкоголя, поддержка здорового питания, физической активности), меры по профилактике смертности от внешних причин, повышение эффективности лечения заболеваний, в частности, артериальной гипертензии, гиперхолестеринемии, сахарного диабета, сердечнососудистых катастроф, гепатита С, ВИЧ-инфекции, расширение охвата и внедрение современных эффективных методов скрининга рака прямой кишки, рака шейки матки, а также скрининга новорождённых, расширение вакцинопрофилактики против COVID-19, а также людей старших возрастов от пневмококка, подростков от вируса папилломы человека. Затратоэффективный подход при планировании и реализации мероприятий по снижению смертности в условиях ограниченных ресурсов.	ПК-2, ПК-3, ПК-4
1.13	Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, в статистике заболеваемости и смертности	Понятие о семействе международных классификаций Всемирной организации здравоохранения: Международная классификация функционирования, ограничения жизнедеятельности и здоровья, Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее – МКБ). Правила использования статистических классификаций болезней и причин смерти, нормативно-правовая и методическая база применения МКБ. Методологические подходы в использовании МКБ. Виды, методы учета и оценки смертности населения. Использование МКБ при учете смертности. Методические ошибки.	ПК-1
1.14	Заболеваемость населения	Понятие «заболеваемость». Современные методы изучения заболеваемости. Заболеваемость по данным об обращаемости в меди-	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

		цинские организации, по данным медицинских осмотров, по данным о причинах смерти. Эпидемиология заболеваемости. Основные закономерности инфекционной и неинфекционной заболеваемости. Первичная и общая заболеваемость. Профессиональная заболеваемость. Заболеваемость детей и подростков. Болезненность. Патологическая пораженность. Исчерпанная заболеваемость, структура. Современные тенденции заболеваемости населения Российской Федерации.	
1.15	Промежуточная аттестация по модулю 1	Контроль результатов обучения в рамках освоения тем 1.1-1.14.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2	Модуль 2. Организационно-правовые основы охраны здоровья		
2.1	Система нормативных правовых актов, регулирующих общественные отношения в сфере охраны здоровья. Источники медицинского права	Понятие права. Исторические предпосылки формирования законодательства в области охраны здоровья в Российской Федерации. Понятие правовой нормы, компонентов правовой нормы: гипотеза диспозиция, санкция. Источники права: классификация, сравнительная характеристика. Конституция Российской Федерации, социальные гарантии на охрану здоровья и медицинскую помощь населению Российской Федерации. Принцип нормативно-правового регулирования деятельности систем здравоохранения в Российской Федерации. Система законодательства в области охраны здоровья. Общее и отраслевое законодательство в области охраны здоровья, перечень нормативно-правовых актов. Анализ законодательства в области охраны здоровья на примере Конституции Российской Федерации, Федеральных законов от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее-Федеральный закон № 323-ФЗ) и от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», определение предмета правового регулирования, определение структурных компонентов правовой нормы.	ПК-3
2.2	Концептуальные положения федерального законодательства об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации	Предмет правового регулирования Федерального закона № 323-ФЗ, структура нормативного правового акта, общая характеристика, принцип закона прямого действия. Основные дефиниции. Основные направления правового регулирования. Принципы охраны здоровья, механизмы реализации принципов охраны здоровья. Государственная, муниципальная, частная системы здравоохранения. Полномочия органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья федерального и субъектов уровней. Муниципальные органы управления, роль и функции в организации медицинской помощи населению. Правовые аспекты деятельности медицинских организаций как самостоятельных субъектов права, обязанности медицинских организаций. Номенклатура медицинских организаций. Организационно-правовые формы медицинских организаций. Бюджетные, казенные, автономные учреждения здравоохранения, их отличительные признаки. Организация информирования населения о деятельности медицинской организации. Правовой статус, права и обязанности медицинского работника. Профессиональные некоммерческие организации, создаваемые медицинскими и фармацевтическими работниками, их функции и направления деятельности.	ПК-3
2.3	Классификация медицинской помощи по видам, формам и условиям оказания	Медицинская помощь: определение, виды, условия и форма оказания. Организация медицинской помощи в соответствии с положениями об организации медицинской помощи, порядками, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи. Классификация медицинской помощи по видам, условиям и формам. Первичная медико-санитарная помощь, структура, условия, формы оказания. Регламентирующие нормативные правовые акты. Специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, условия, формы оказания. Регламентирующие нормативные правовые акты. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская	ПК-3

		помощь. Медицинская эвакуация, условия, формы оказания. Регламентирующие нормативные правовые акты. Паллиативная медицинская помощь, структура, условия, формы оказания. Регламентирующие нормативные правовые акты.	
2.4	Нормативные требования к организации медицинской помощи: положения об организации оказания медицинской помощи, порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации	Стандартизация в здравоохранении. Классификация стандартов по распространенности, обязательности выполнения, содержанию (структурно-организационные, процессуально технологические, результативные). Положения об организации оказания медицинской помощи: нормативно-правовое значение, структурные компоненты порядков, содержание. Порядки оказания медицинской помощи: нормативно-правовое значение, структурные компоненты порядков, содержание. Нормативно правовое значение стандартов медицинской помощи, содержание, область применения. Клинические рекомендации, порядок разработки и утверждения, функции и задачи научно практического совета Министерства здравоохранения Российской Федерации. Структура клинических рекомендаций, критерии оценки качества. Нормативно-правовое значение применения клинических рекомендаций.	ПК-3
2.5	Организация первичной медико-санитарной помощи	Понятие первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП): виды ПМСП: доврачебная, врачебная, специализированная ПМСП, условия и формы оказания. Положение о порядке организации ПМСП взрослому населению, детскому населению. Общие принципы организации ПМСП. Нормативные сроки оказания ПМСП в плановой и неотложной формах. Особенности организации ПМСП для населения, проживающего в субъектах Российской Федерации с низкой плотностью населения, сельской местности. Номенклатура медицинских организаций, оказывающих ПМСП. Правила организации деятельности поликлиники, врачебной амбулатории, центра общей врачебной практики. Правила организации работы регистратуры, отделения (кабинета) неотложной медицинской помощи, мобильной медицинской бригады. Особенности организации первичной медикосанитарной помощи по отдельным профилям. Организация работы женской консультации, стоматологической поликлиники, детской поликлиники, фельдшерско-акушерского пункта. Организационные технологии, направленные на повышение доступности ПМСП: организация работы с расписанием, технология «листа ожидания», механизм обратной связи, организация работы контакт-центра, основные каналы записи на прием к врачу, возможности дистанционной записи. Перераспределение функций между отдельными категориями врачебного, среднего медицинского и немедицинского персонала. Организация диспансерного наблюдения, порядок, функции врачебного, среднего медицинского, немедицинского персонала. Оценка эффективности диспансерного наблюдения. Диспансеризация определенных групп взрослого населения и профилактические медицинские осмотры как профилактическое направление в рамках ПМСП. Организация кабинетов/отделений медицинской профилактики, функции	ПК-3, ПК-5, ПК-6
2.6	Организация специализированной медицинской помощи	Правила организации специализированной медицинской помощи, показания для оказания специализированной медицинской помощи. Номенклатура медицинских организаций, оказывающих специализированную медицинскую помощь. Порядок направления пациентов в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для получения специализированной медицинской помощи. Показатели, характеризующие организацию специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и дневном стационаре. Особенности организации специализированной медицинской помощи по отдельным профилям (акушерско-гинекологический, инфекционный, психиатрический, наркологический, фтизиатрический, онкологический). Больница,	ПК-3, ПК-5, ПК-6

		в том числе детская: задачи, структура, организация работы в соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья. Городская больница для детей: задачи, структура, организация работы в соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья. Родильный дом, перинатальный центр: задачи, структура, организация работы в соответствии с действующим законодательством в сфере охраны здоровья. Организация специализированной медицинской помощи гражданам, страдающим социально-значимыми заболеваниями. Особенности организации работы специализированных диспансеров. Преемственность в организации оказания медицинской помощи вне медицинской организации, амбулаторно, в дневном стационаре и стационарно. Понятие «якорных» медицинских организаций, задачи в рамках организации медицинской помощи населению субъекта Российской Федерации.		
2.7	Организация высокотехнологичной медицинской помощи	Высокотехнологичная медицинская помощь (далее - ВМП) как вид специализированной медицинской помощи: определение, нормативно-правовое регулирование. Гарантии прав граждан на получение высокотехнологичной медицинской помощи. Перечни видов ВМП, включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования, перечень видов ВМП, не включенных в базовую программу обязательного медицинского страхования. Источники финансирования ВМП в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению Российской Федерации. Правила организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы здравоохранения (ЕГИСЗ). Порядок направления пациентов для получения ВМП, медицинские показания для оказания ВМП, порядок направления на ВМП отдельных категорий граждан. Национальные медицинские исследовательские центры, их функции и роль в организации оказания ВМП населению Российской Федерации.	ПК-3, ПК-6	ПК-5,
2.8	Организация скорой медицинской помощи	Скорая и скорая специализированная медицинская помощь: условия, формы оказания. Принципы организации и порядок оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах. Правила осуществления медицинской эвакуации, правила организации деятельности выездной бригады скорой медицинской помощи. Правила организации деятельности станции скорой медицинской помощи. Перспективы развития скорой медицинской помощи. Федеральный проект «Совершенствование экстренной помощи». Взаимодействие центров медицины катастроф и станций (отделений) скорой медицинской помощи в субъектах Российской Федерации. Преемственность в оказании скорой медицинской помощи. Региональная информационная система управления службой скорой помощи, задачи, функции. Реорганизация приемных отделений в структуре медицинских организаций.	ПК-3, ПК-6	ПК-5,
2.9	Организация паллиативной медицинской помощи	Паллиативная медицинская помощь: определение, нормативно-правовое регулирование, принципы и организационные особенности оказания. Организация паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях, кабинет паллиативной медицинской помощи, отделение выездной патронажной паллиативной медицинской помощи. Организация паллиативной медицинской помощи детям. Организация паллиативной медицинской помощи в условиях дневного стационара. Организация паллиативной медицинской помощи в стационарных условиях. Порядок принятия решения для оказания паллиативной медицинской помощи, медицинские показания. Взаимодействие с благотворительными фондами, учреждениями социальной защиты. Система долговременного ухода, принципы организационного взаимодействия. Респираторный центр, функции. Хоспис для взрослых, функции, организационная структура. Больница сестринского ухода, Функции, органи-	ПК-3, ПК-6	ПК-5,

		зационная структура.	
2.10	Права и обязанности граждан в области охраны здоровья	Право на охрану здоровья, определение. Исторические аспекты становления института права на охрану здоровья в Российской Федерации. Классификация прав граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь. Права отдельных групп населения. Право на медицинскую помощь, права пациентов при обращении за медицинской помощью: характеристика прав пациентов при обращении за медицинской помощью, выбор врача и медицинской организации, порядок реализации права пациента, право на информацию о состоянии здоровья и на информацию о факторах, влияющих на здоровье. Права отдельных групп населения на охрану здоровья. Врачебная тайна: требования к защите информации, порядок предоставления информации без согласия субъекта врачебной тайны. Информированное добровольное согласие и информированный отказ от медицинского вмешательства, порядок оформления с учетом требований законодательства, юридическое значение. Оказание медицинской помощи без согласия гражданина. Обязанности граждан в сфере охраны здоровья. Юридическая ответственность при нарушении прав граждан в сфере охраны здоровья. Общественные объединения по защите прав граждан в сфере охраны здоровья. Юридическая ответственность при нарушении прав граждан в сфере охраны здоровья, анализ судебной практики.	ПК-3, ПК-6
2.11	Правовое обеспечение профессиональной медицинской деятельности	Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности. Порядок допуска. Квалификация специалиста, требования к оценке квалификации. Понятие «профессиональный стандарт», структура профессионального стандарта, содержание обобщенных трудовых функций. Номенклатура медицинских специальностей. Номенклатура должностей медицинских работников. Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием. Условия допуска к осуществлению профессиональной медицинской деятельности. Нормативное правовое регулирование аккредитации специалистов. Первичная, первичная специализированная, периодическая аккредитация. Формирование и организация работы центральной аккредитационной комиссии. Формирование и организация работы аккредитационных комиссий. Права и обязанности медицинских работников. Порядок проведения первичной и первичной специализированной аккредитации. Подача и прием документов, необходимых для допуска к прохождению первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации. Организационно-методическое и информационное сопровождение процедуры первичной и первичной специализированной аккредитации. Порядок проведения периодической аккредитации. Подача и прием документов, необходимых для допуска к прохождению периодической аккредитации. Требования, предъявляемые к специалистам. Профессиональное портфолио, структура. Требования к формированию отчета о профессиональной деятельности. Апелляция.	ПК-2, ПК-3, ПК-4
2.12	Организационно правовые основы обязательного медицинского страхования	Нормативно-правовые основы обязательного медицинского страхования, принципы и правила обязательного медицинского страхования. Субъекты и участники обязательного медицинского страхования, определение, их права и обязанности в системе обязательного медицинского страхования. Права и обязанности застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования. Страхователи для работающих и неработающих граждан, права и обязанности страхователей. Права и обязанности медицинских организаций. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и его функции страховщика в системе обязательного медицинского страхования. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования, их роль и функции в системе обязательного	ПК-5

		медицинского страхования. Страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, функции в системе обязательного медицинского страхования. Порядок взаимодействия участников и субъектов в системе обязательного медицинского страхования.	
2.13	Организация закупок товаров, работ, услуг	Организация закупок в медицинских организациях. Особенности закупочной деятельности в здравоохранении. Государственные закупки и их значение в обеспечении эффективности государственных расходов. Классификация закупок. Основные принципы контрактной системы. Федеральное законодательство в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд. Особенности закупок у единственного поставщика. Особенности закупочной деятельности для автономных, бюджетных и казенных медицинских организаций. Формирование и размещение планов графиков закупок. Разработка планов-графиков закупок и анализ предложений поставщиков. Формирование, состав, функции и полномочия закупочной комиссии. Электронные площадки. Функционал юридической и экономической служб медицинских организаций в сфере закупок. Эффективное взаимодействие служб. Контрактная служба. Механизмы внутреннего контроля закупочной деятельности. Анализ предложений поставщиков на соответствие требованиям закупочной документации. Оценка рисков при выборе поставщиков.	ПК-4, ПК-5, ПК-6
2.14	Антикоррупционное законодательство	Понятие коррупции. Основные федеральные законы и подзаконные акты, составляющие антикоррупционное законодательство Российской Федерации. Принципы противодействия коррупции. Ответственность за коррупционные правонарушения. Возмещение ущерба, причиненного коррупционными деяниями. Международное сотрудничество в борьбе с коррупцией. Предупреждение коррупции в сфере здравоохранения. Механизмы контроля за соблюдением антикоррупционного законодательства. Значение этических норм и кодексов поведения медицинских работников в предотвращении коррупции. Защита от коррупционного давления. Нормы права о защите лиц, сообщивших о коррупционных правонарушениях. Разработка антикоррупционных мер для медицинской организации, анализ мер профилактики коррупции. Меры по защите медицинских работников от коррупционного давления и способы сообщения о коррупционных правонарушениях. Квалификация действий участников (должностных лиц, пациентов, третьих лиц) с точки зрения действующего законодательства. Конфликт интересов: определение понятия, виды, нормативное правовое регулирование. Исключение конфликта интересов.	ПК-6
2.15	Работа с обращениями граждан	Нормативное правовое регулирование рассмотрения обращений граждан Российской Федерации. Порядок рассмотрения письменных обращений. Алгоритм действий должностных лиц при получении письменных обращений. Использование информационных технологий для работы с обращениями. Порядок рассмотрения устных обращений. Особенности работы с коллективными обращениями, взаимодействие с представителями инициативной группы. Сроки рассмотрения обращений. Порядок продления сроков, ответственность за пропуск сроков. Ответственность за нарушения порядка рассмотрения обращений граждан. Типовые обращения граждан в медицинские организации. Анализ судебной практики по делам о нарушении порядка рассмотрения обращений граждан. Порядок обжалования решений и действий (бездействия) государственных органов и должностных лиц, связанных с рассмотрением обращений граждан. Медиация, примирительные процедуры.	ПК-2, ПК-4
2.16	Юридическая ответственность медицинских работников и медицинских ор-	Юридическая ответственность медицинских работников и медицинских организаций. Виды юридической ответственности. Понятие правонарушения и его виды. Невинное причинение вреда.	ПК-6

	ганизаций	Действия в условиях обоснованного риска и крайней необходимости. Врачебные ошибки. Понятия и нормативная база административной ответственности. Субъекты административной ответственности. Виды административных правонарушений при осуществлении медицинской деятельности: нарушение прав граждан при оказании медицинской помощи, нарушение условий лицензирования медицинской деятельности, правонарушения, посягающие на здоровье, санитарноэпидемиологическое благополучие населения, информационную безопасность в работе медицинских организаций. Органы и должностные лица, уполномоченные рассматривать дела об административных правонарушениях. Виды наказаний за административное правонарушение. Порядок привлечения к административной ответственности. Понятия и нормативная база уголовной ответственности. Субъект уголовной ответственности. Состав преступления. Формы вины в уголовном праве: умысел и неосторожность. Виды уголовных правонарушений. Виды наказаний за совершение преступного деяния. Основания и порядок привлечения к уголовной ответственности. Порядок определения степени тяжести вреда, причиненного здоровью человека. Роль судебно-медицинской экспертизы в качестве доказательства в уголовном процессе. Обзор судебной практики по привлечению медицинских работников за уголовные преступления, связанные с причинением вреда жизни (здоровью), неоказанием помощи больному, незаконным осуществлением медицинской деятельности, незаконным обращением наркотических средств, вымогательством, мошенничеством. Понятие гражданского правонарушения. Медицинская организация как субъект гражданско-правовой ответственности за вред, причиненный ее работником. Вина в гражданском праве. Виды гражданско-правовой ответственности: деликтная и договорная ответственность. Понятия материального ущерба и морального вреда. Порядок возмещения вреда здоровью. Существенные условия договора: цена, предмет, сроки договора. Ответственность за нарушение договорных обязательств. Понятия убытков (реального ущерба и упущенной выгоды) и неустойки. Досудебного урегулирование. Анализ судебной практики. Роль добровольного страхования профессиональной ответственности и разработка мер по снижению рисков в медицинских организациях.	
2.17	Основы трудового законодательства и его применение в медицинской организации	Нормативно-правовые основы трудовых отношений в медицинских организациях. Трудовой кодекс Российской Федерации, отраслевые нормативные акты, локальные акты медицинской организации (правила внутреннего трудового распорядка, коллективный договор). Принципы трудового права. Трудовой договор. Существенные условия трудового договора. Особенности регулирования труда медицинских работников. Рабочее время и время отдыха. Права и обязанности работника и работодателя. Безопасные условия труда. Понятие дисциплинарного проступка. Дисциплинарные взыскания. Материальная ответственность работника: нормативная база, виды и пределы материальной ответственности работника, порядок привлечения, регрессные требования работодателя. Условия привлечения к полной материальной ответственности. Причинение прямого действительного ущерба как основание привлечения к материальной ответственности. Основания для изменения условий труда, расторжения договора по инициативе работника и работодателя. Анализ судебной практики по трудовым спорам в здравоохранении. Разработка локальных нормативных актов медицинской организации. Общие правила составления графика работы и графика отпусков. Порядок применения дисциплинарных взысканий. Порядок обжалования дисциплинарного взыскания.	ПК-3, ПК-4
2.18	Промежуточная аттестация	Контроль результатов обучения в рамках освоения тем 2.1-2.17.	ПК-2, ПК-3,

	ция по модулю 2		ПК-4, ПК-5, ПК-6
3	Модуль 3. Менеджмент и управление ресурсами в здравоохранении		
3.1	Теоретические основы менеджмента. Принятие управленческих решений	Менеджмент: понятие, субъекты и объекты управления, модели управления. Функции управления (планирование, организация, мотивация и контроль), эволюция менеджмента. Научные школы управления. Научные подходы к менеджменту: системный, процессный, ситуационный. Основные функции управления. Ресурсы управления. Организационные структуры управления. Постановка целей и организационное планирование, традиционные и современные подходы к планированию. Мотивация трудовой деятельности. Основные задачи мотивации. Виды мотивации. Иерархия потребностей. Планирование деятельности медицинской организации, виды планов. Контроль деятельности организации здравоохранения, методы и формы контроля. Предварительный, текущий и заключительный контроль. Эффективность контроля. Принятие решений при осуществлении функций управления	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
3.2	Проектный менеджмент: теоретические основы, отдельные аспекты проектного менеджмента	Теоретические основы проектной деятельности. Классификация проектов. Жизненный цикл проекта, его основные этапы. Управление проектом. Технология управления проектом. Международные и национальные стандарты управления проектами. Цель управления проектом, успешность проекта, план управления проектом. Распределение ролей в проекте. Виды рисков при реализации проекта и управление ими. Управление изменениями.	ПК-5
3.3	Современные технологии управления. Применение бережливых технологий	Классификация современных управленческих технологий. Эффективность управления. Роль стандартизации в здравоохранении. Процессный подход. Управление процессами организации. Научная организация труда. Инструменты применения бережливых технологий в здравоохранении. Ценность и потери в производственном процессе.	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
3.4	Бизнес-планирование. Методы стратегического планирования	Понятие и особенности стратегического менеджмента. Основы бизнес-планирования, содержание бизнес-плана. Методы стратегического планирования. Стратегическое управление, содержание: анализ внешней и внутренней среды, формировании миссии и целей организации, выбор и разработка стратегии на уровне стратегической зоны деятельности, проектирование организационной структуры. Инструменты и технологии стратегического управления. Проведение SWOT-анализа. Материально-технические ресурсы медицинской организации, формы управления материально-техническими ресурсами: централизованная, децентрализованная, смешанная.	ПК-4, ПК-5, ПК-6
3.5	Управление материально техническими ресурсами	Нормативное правовое регулирование в сфере закупок товаров, работ и услуг. Подходы к оценке эффективности управления материально-техническими ресурсами медицинской организации. Управленческий учет в медицинской организации. Управление запасами медицинской организации. Оценка эффективности использования материально-технических ресурсов в медицинской организации. Обеспечение соблюдения требований к эксплуатации медицинских изделий и медицинского оборудования в структурном подразделении медицинской организации.	ПК-3, ПК-4, ПК-5
3.6	Управление лекарственным обеспечением	Лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи. Организация льготного лекарственного обеспечения: направления, категории, источники финансирования. Определение потребности в лекарственных препаратах. Особенности лекарственного обеспечения пациентов высокотратными нозологиями и редкими (орфанными) заболеваниями), роль фондов.	ПК-3, ПК-4, ПК-5
3.7	Управление кадровыми ресурсами	Кадровые ресурсы государственной системы здравоохранения Российской Федерации, обеспеченность врачебным и средним медицинским персоналом. Методика расчета потребности	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

		медицинского персонала с учетом гарантированных объемов оказания медицинской помощи населению. Стратегия кадровой политики отрасли. Меры, направленные на привлечение медицинских кадров. Планирование трудовых ресурсов.	
3.8	Квалификационная характеристика медицинского персонала. Профессиональные стандарты	Понятие квалификации, требования к квалификации медицинского персонала. Профессиональный стандарт как инструмент оценки квалификации, понятие, структура, область применения. Оценка трудовой деятельности работников медицинской организации, производительность труда. Профессиональная ориентация, адаптация и обучение работников медицинской организации. Понятие и правовой статус наставничества. Основные принципы наставничества.	ПК-3, ПК-4
3.9	Стиль руководства, социально психологический климат в коллективе. Этика делового общения	Стили руководства. Конфликты в различных сферах человеческого взаимодействия. Прогнозирование и профилактика конфликтов. Управление конфликтами. Технология предупреждения конфликтов. Стадии конфликта. Практика разрешения конфликтов. Имидж современного руководителя. Современные коммуникативные технологии в устной и письменной формах общения для решения профессиональных задач в области управления. Деловые коммуникации: деловые переговоры, деловые совещания, деловые беседы по телефону, деловая переписка, публичные выступления. Взаимодействие со средствами массовой информации. Корпоративная культура. Кросс-культурный менеджмент.	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
3.10	Лидерство и командообразование	Современные подходы к лидерству. Основные понятия и теории лидерства. Психологические аспекты лидерства, факторы формирования лидерства. Навыки и качества лидера. Делегирование полномочий. Технологии командообразования. Управление отношениями и общением.	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
3.11	Промежуточная аттестация по модулю 3	Контроль результатов обучения в рамках освоения тем 3.1-3.10.	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
4	Модуль 4. Экономика и финансирование в здравоохранении		
4.1	Экономика здравоохранения. Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья	Экономика здравоохранения. Содержание основной экономической проблемы в здравоохранении. Экономическое содержание понятий «медицинская услуга», «рынок медицинских услуг». Рыночные отношения в здравоохранении и конкуренция. Экономические ресурсы здравоохранения. Модели финансирования здравоохранения. Источники финансового обеспечения в сфере охраны здоровья. Бюджетное финансирование и приносящая доходы деятельность как механизмы финансирования государственных (муниципальных) медицинских организаций (финансовое обеспечение в сфере охраны здоровья), в том числе от оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования и платных медицинских услуг. Бюджетное финансирование государственных (муниципальных) медицинских организаций: государственное задание, финансовое обеспечение выполнения государственного задания, нормативные затраты на оказание государственных (муниципальных) услуг в сфере здравоохранения, виды целевых субсидий. Целевое и нецелевое расходование бюджетных средств. Экономический эффект (результативность) деятельности медицинской организации, системы здравоохранения. Концепция экономической эффективности использования видов экономических ресурсов, деятельности медицинских организаций. Принципы, методы и контроль ценообразования на медицинские услуги.	ПК-6
4.2	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи	Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - ПГГ). Перечень видов, форм и условий предоставления медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно. Перечень заболеваний и состояний и перечень категорий граждан, которым медицинская помощь оказывается бесплатно. Финансовое обеспечение ПГГ за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов	ПК-3, ПК-5, ПК-6

		Российской Федерации и местных бюджетов, а также средств обязательного медицинского страхования. Средние нормативы объемов медицинской помощи, финансовых затрат и подушевые нормативы финансирования медицинской помощи. Требования к территориальной ПГГ. Порядок утверждения территориальной ПГГ. Условия оказания и сроки ожидания первичной медико-санитарной, специализированной, скорой, паллиативной медицинской помощи. Условия оказания и сроки ожидания медицинской помощи в дневных стационарах всех типов. Медицинская помощь ветеранам боевых действий, включая медицинскую реабилитацию и санаторно-курортное лечение. Условия реализации права на выбор врача, в том числе врача общей практики (семейного врача) и лечащего врача (с учетом согласия врача), в рамках территориальной ПГГ. Порядок реализации права внеочередного оказания медицинской помощи отдельным категориям граждан. Порядок оказания медицинской помощи ветеранам боевых действий. Территориальные нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи. Критерии доступности и качества медицинской помощи.	
4.3	Финансовое обеспечение системы обязательного медицинского страхования	Базовая программа обязательного медицинского страхования (далее - ОМС) как составная часть ПГГ. Алгоритм распределения субвенций на реализацию базовой и территориальных программ ОМС. Формирование и экономическое обоснование территориальных программ ОМС. Нормативно-правовое регулирование процесса формирования и реализации территориальной программы ОМС. Финансовое обеспечение федеральных государственных учреждений, осуществляющих медицинскую деятельность в системе ОМС. Правила ОМС: полис ОМС, единый регистр застрахованных, порядок оплаты медицинской помощи по ОМС, методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС. Система договоров в сфере ОМС: договор о финансовом обеспечении ОМС, договор на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС: предмет и стороны договоров. Права и обязанности сторон. Особенности формирования территориальных программ ОМС. Финансовое обеспечение территориальных программ ОМС. Целевые критерии доступности медицинской помощи. Порядок и условия предоставления медицинской помощи, в том числе сроки ожидания медицинской помощи, оказываемой в плановом порядке. Формирование перечня лекарственных препаратов для льготного отпуска. Объемы медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы государственных гарантий в соответствии с законодательством об ОМС. Перечень мероприятий по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни, осуществляемых в рамках территориальной программы государственных гарантий. Договор на оказание и оплату медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС. Контроль за структурой расходов медицинских организаций. Формирование реестров счетов за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС. Ведение учета пациентов медицинской организации, застрахованных по программе обязательного медицинского страхования.	ПК-5, ПК-6
4.4	Тарифная политика в системе обязательного медицинского страхования	Нормативно-правовые условия разработки тарифных соглашений. Роль и функции комиссии по разработке территориальной программы ОМС. Основные разделы тарифного соглашения. Условия внесения изменений в тарифное соглашение. Общие принципы планирования объемов и стоимости медицинской помощи, оказываемой за счет средств ОМС. Причины, влияющие на корректировку объемов медицинской помощи. Способы оплаты медицинской помощи в системе ОМС. Способы оплаты медицинской помощи в амбулаторных условиях: по подушевому финансированию на прикрепившихся лиц, за единицу объема	ПК-5, ПК-6

		медицинской помощи. Способы оплаты специализированной медицинской помощи в системе ОМС: достоинства и недостатки. Цель и задачи оплаты специализированной медицинской помощи по клиникостатистическим группам (далее – КСГ). Эволюция модели КСГ. Квалификационные критерии отнесения случая оказания медицинской помощи к КСГ. Место клинических рекомендаций в формировании КСГ. Условия распределения объемов предоставления и финансового обеспечения медицинской помощи между медицинскими организациями. Роль страховых медицинских организаций в оплате медицинской помощи. Особенности планирования объемов медицинской помощи на региональном уровне. Межучрежденческие и межтерриториальные расчеты за оказанную медицинскую помощь в системе ОМС. Мониторинг выполнения объемов и финансового обеспечения медицинской помощи. Показатели и целевые значения результативности деятельности медицинской организации. Контроль за структурой расходов медицинской организаций, оказывающей медицинскую помощь в системе ОМС. Региональные подходы к оплате медицинской помощи в амбулаторных условиях. Расходы на медицинскую помощь, не включенные в расчет подушевого норматива финансирования. Порядок оплаты профилактических медицинских осмотров и диспансеризации населения. Порядок оплаты диспансерного наблюдения. Методика расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования медицинской помощи в амбулаторных условиях. Оплата медицинской помощи в стационарных условиях и условиях дневного стационара: за законченный случай лечения и за прерванный случай госпитализации. Особенности оплаты специализированной медицинской помощи, оказанной федеральными медицинскими организациями. Методика расчета тарифа на медицинскую помощь в стационарных условиях и условиях дневного стационара по КСГ.	
4.5	Приносящая доход деятельность медицинских организаций	Приносящая доход деятельность как источник финансовых поступлений медицинской организации, виды. Платные медицинские услуги, нормативно-правовое регулирование, правила и условия предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, стороны и порядок заключения договора, порядок информирования потребителя, заказчика о предоставлении платных медицинских услуг. Основные требования закона о защите прав потребителей. Информация об исполнителе и предоставляемых им медицинских услугах. Ответственность исполнителя и контроль за предоставлением платных медицинских услуг. Добровольное медицинское страхование: общая характеристика отношений в системе, правила, программы, актуарные расчеты, проблемы и перспективы развития. Ведение учета пациентов медицинской организации, застрахованных по программам добровольного медицинского страхования. Безвозмездные поступления – источник дополнительных доходов медицинской организации. Виды безвозмездных поступлений и их использования: дарение, пожертвование, благотворительные гранты.	ПК-5, ПК-6
4.6	Финансирование казенных учреждений. Планирование финансово хозяйственной деятельности медицинских организаций	Финансовое обеспечение деятельности казенного учреждения. Требования к порядку составления, утверждения и ведения бюджетной сметы казенного учреждения здравоохранения. Лимиты бюджетных обязательств казенного учреждения. Классификация расходов бюджетов (бюджетная классификация). Анализ исполнения бюджетной сметы по направлениям расходов. Особенности, приносящей доходы деятельности казенного учреждения здравоохранения. Оценка и планирование производственного потенциала медицинской организации, структурных подразделений медицинской организации (по видам медицинской помощи). Финансовое планирование как	ПК-6

		инструмент управления доходами и расходами медицинской	
		организации. Последовательность составления финансового плана. Прогноз движения денежных средств, прогноз прибылей и убытков, балансовый план. Бюджетирование как процесс формирования, согласования и утверждения плановых доходов и расходов медицинской организации на определенный период с последующим контролем исполнения бюджета. Бюджетирование, ориентированное на результат. Основные принципы и требования к составлению, порядок утверждения плана финансово-хозяйственной деятельности бюджетного и автономного учреждения здравоохранения. Основные направления доходов и расходов плана финансово-хозяйственной деятельности и их обоснование (планирование), в т.ч. планирование фонда заработной платы медицинской организации. Оценка потребности медицинской организации в финансовых ресурсах. Коррекция плана финансово-хозяйственной деятельности в течение финансового года. Перспективное (средне- и долгосрочное) планирование доходов и расходов медицинской организации.	
4.7	Экономическое содержание проектной деятельности в здравоохранении. Государственно-частное партнерство. Бизнес планирование в здравоохранении	Экономическое содержание проектной деятельности в здравоохранении. Источники и формы финансирования проектной деятельности. Инвестиционная деятельность в здравоохранении. Привлечение внешних инвестиций для реализации проектов. Основные методы анализа и оценки эффективности инвестиций. Государственно-частное партнерство в здравоохранении: формы, нормативное правовое регулирование. Соглашение о государственно-частном партнерстве. Финансирование проектов в рамках соглашения о государственно-частном партнерстве. Мониторинг и контроль соглашений о государственно-частном партнерстве. Аутсорсинг и аутстаффинг. Бизнес-планирование в медицинской организации. Виды внутренних (управленческий бизнес-план развития производственной и экономической деятельности, бизнес-план проекта) и внешних (инвестиционный проект, бизнес-план для получения кредита) бизнес-планов. Современные методики (стандарты) бизнес-планирования. Структура (разделы) бизнес-плана: концептуальная часть, организационный план, план маркетинга, план производства, финансовый план, оценка рисков проекта.	ПК-6
4.8	Управленческий учет и основы анализа финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации	Управленческий учет в здравоохранении: цель, задачи, принципы. Виды управленческого учета (в т.ч. учет дебиторской и кредиторской задолженности, производственный учет, стратегический учет). Методы ведения управленческого учета (в т.ч. учет затрат по видам, учет по центрам ответственности, учет и анализ отклонений фактических и плановых показателей доходов и затрат, директ-костинг, расчет себестоимости по нормам затрат, метод поглощения затрат). Организация сбора и анализа информации о деятельности медицинской организации, ведения управленческого учета. Использование результатов управленческого учета для принятия управленческих решений, а также стратегического, тактического и оперативного планирования деятельности медицинской организации и ее структурных подразделений. Основы анализа финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации: цель, задачи, методы. Источники данных о финансово-хозяйственной деятельности медицинской организации, в т.ч. бухгалтерский баланс, баланс государственного (муниципального) учреждения, пояснительная записка к балансу учреждения, отчет о финансовых результатах деятельности учреждения, отчет об исполнении учреждением плана финансово-хозяйственной деятельности). Порядок утверждения бухгалтерских документов. Основные направления анализа финансово-хозяйственной деятельности: анализ основных средств, финансовый анализ, оценка эффективности использования коечного фонда и	ПК-6

		медицинского оборудования, оценка эффективности использования трудовых ресурсов, оценка себестоимости медицинской помощи и отдельных видов медицинских услуг, оценка финансовых расходов организации. Анализ безубыточности. Использование результатов анализа финансово хозяйственной деятельности, анализа безубыточности в принятии управленческих решений, оценке потребности медицинской организации в видах ресурсов. Прогнозирование результатов деятельности медицинской организации на территории обслуживания на основе результатов анализа финансово-хозяйственной деятельности в текущем и предшествующих периодах. Разработка плана мероприятий по повышению результативности работы медицинской организации и ее структурных подразделений, эффективности использования экономических ресурсов.	
4.9	Нормирование труда в здравоохранении. Оплата труда медицинских работников	Нормирование труда в здравоохранении: цель, задачи, принципы, методы. Нормативное правовое регулирование нормирования труда работников в медицинской организации. Разработка и утверждение положения о нормировании труда работников в медицинской организации. Виды трудовых норм (временные нормативы, нормы нагрузки, выработки, нормы обслуживания, нормы численности). Расчет потребности в медицинских работниках. Перспективное планирование потребности в медицинских работниках с учетом текущего возрастного состава и уровня квалификации персонала, динамики оборота по приему и выбытию (в том числе по причинам текучести). Разработка и утверждение штатного расписания медицинской организации. Система оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Установление заработной платы работникам, в том числе размера тарифных ставок, окладов (должностных окладов), доплат и надбавок компенсационного характера, в том числе за работу в условиях, отклоняющихся от нормальных, системы доплат и надбавок стимулирующего характера и системы премирования. Система эффективного контракта в медицинской организации. Разработка и установление критериев оценки эффективности деятельности медицинских работников.	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
4.10	Маркетинг в здравоохранении	Маркетинг в здравоохранении: маркетинг медицинских услуг, маркетинг организаций, отдельных лиц, места, идей. Продвижение и реализация услуг, ориентированных на специфические потребности пациентов. Управление маркетингом: анализ рыночных возможностей (анализ маркетинговой среды), отбор целевых рынков (сегментация рынка), разработка комплекса маркетинга, внедрение в практику маркетинговых мероприятий. Формирование доверия и позитивного имиджа медицинского работника, медицинской организации и здравоохранения. Формирование бренда медицинской организации. Брендинг и ребрендинг медицинской организации. Разработка и публикация информационных материалов о деятельности медицинских организаций. Блогинг в здравоохранении. Организация и проведение маркетингового исследования. Разработка мероприятий по повышению конкурентоспособности медицинской организации на основе результатов маркетинговых исследований. Оценка эффективности маркетинговых мероприятий.	ПК-6
4.11	Промежуточная аттестация по модулю 4	Контроль результатов обучения в рамках освоения тем 4.1-4.10.	ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Модуль 5. Медицинская статистика			
5.1	Основы и методы медицинской статистики. Медицинская статистика Российской Федерации	История развития медицинской статистики в мире и России. Понятие, предмет, методология статистики. Теоретические основы и методы медицинской статистики. Разделы медицинской статистики. Принципы организации медицинской статистики в России. Организационные структуры медицинской статистики. Статистическая служба медицинской организации, функции,	ПК-1

		порядок контроля за организацией статистического учета.	
5.2	Организация и этапы статистического исследования в здравоохранении	Программа статистического исследования. Этапы статистического исследования. Методы сбора статистической информации. Статистическая совокупность, виды. Единица наблюдения, учетные признаки. Статистические величины: классификация, относительные, средние, стандартизованные. Оценка достоверности результатов статистического исследования. Параметрические и непараметрические методы обработки статистических данных. Наглядное представление результатов статистического исследования. Представления данных с помощью табличного и графического метода. Презентация результатов статистического исследования.	ПК-1
5.3	Статистика здоровья населения	Методические аспекты статистики здоровья населения. Методы изучения здоровья. Понятие о показателях общественного здоровья населения. Показатели статистики и динамики общественного здоровья: расчет медико-демографических показателей (рождаемость, смертность, естественный прирост, сальдо миграции и другие), расчет общей и первичной заболеваемости, показателей заболеваемости по обращаемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, заболеваемости по данным медицинских осмотров, госпитализированной заболеваемости. Показатели инвалидности. Интерпретация полу показателей общественного здоровья. Значение показателей общественного здоровья для принятия управленческих решений.	ПК-1, ПК-2
5.4	Статистика здравоохранения	Понятие, критерии, индикаторы и показатели, используемые для статистического анализа системы здравоохранения. Статистический анализ деятельности разных типов медицинских организаций. Основные показатели деятельности медицинской организации. Показатели кадрового обеспечения: обеспеченность населения врачами, средним медицинским персоналом, соотношение врачей и среднего медицинского персонала, укомплектованность, коэффициент совместительства, текучесть кадров и др. Расчет показателей деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, специализированную и скорую медицинскую помощь.	ПК-1, ПК-2
5.5	Статистический учет и документооборот в медицинской организации	Статистический учет в медицинской организации, порядок, нормативно-правовая регламентация. Виды медицинской документации. Требования к организации и выполнению работ (услуг) по медицинской статистике. Первичная медицинская статистическая документация. Учетные и отчетные формы федерального и отраслевого статистического наблюдения. Особенности подготовки отчетных форм федерального статистического наблюдения в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи. Форматно-логистический контроль. Основы документооборота в медицинской организации. Требования к оформлению и хранению медицинской документации. Нормативные правовые акты, регламентирующие электронный документооборот. Структурированные электронные медицинские документы (СЭМД).	ПК-1, ПК-2, ПК-4
5.6	Принятие решений на основе статистических показателей деятельности медицинской организации. Социологические исследования в деятельности медицинской организации	Статистические показатели, используемые для оценки деятельности медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, специализированную и скорую медицинскую помощь. Применение статистических показателей деятельности медицинской организации для анализа и оценки результативности деятельности медицинских организаций: выполнение плана посещений, охват диспансеризаций и диспансерным наблюдением, вакцинацией, выполнение функции врачебной должности, анализ структуры посещений, эффективность использования коечного фонда, больничная летальность, хирургическая активность, онкозапущенность, годовичная летальность, пятилетняя выживаемость, индекс здоровья детей, время доезда скорой помощи при оказании экстренной медицинской помощи).	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4

		Классификация, программа, план, методы, правила проведения, анализ и интерпретация результатов социологического исследования. Использование данных статистического анализа и социологического исследования для формирования предложений по совершенствованию деятельности медицинских организаций.	
5.7	Промежуточная аттестация по модулю 5	Контроль результатов обучения в рамках освоения тем 5.1-5.6.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
6 Модуль 6. Система контроля качества и безопасности медицинской деятельности			
6.1	Качество медицинской помощи. Стандартизация в здравоохранении	Качество медицинской помощи: теория, понятия, подходы к оценке качества в разных системах здравоохранения. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи. Зарубежный и отечественный опыт стандартизации в здравоохранении. Разработка и применение клинических рекомендаций, порядков оказания медицинской помощи, стандартов медицинской помощи, критериев оценки качества медицинской помощи. Применение российских и международных стандартов системы менеджмента качества в сфере здравоохранения. Подходы к формированию системы менеджмента качества и безопасности медицинской деятельности. Основные требования стандартов систем менеджмента качества, принципы всеобщего управления качеством. Основы аудита в системе менеджмента качества. Национальные подходы к управлению качеством медицинской помощи в Российской Федерации. Международная аккредитация как инструмент повышения качества. Опыт внедрения международных стандартов системы менеджмента качества в российском здравоохранении.	ПК-3, ПК-5
6.2	Контрольно-надзорная деятельность в сфере здравоохранения	Организация контроля в сфере охраны здоровья. Федеральный государственный контроль (надзор) качества и безопасности медицинской деятельности как составляющая контроля (надзора) в сфере охраны здоровья. Предмет федерального государственного контроля (надзора) качества и безопасности медицинской деятельности. Виды контрольных (надзорных) мероприятий, их периодичность в зависимости от категории риска деятельности юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность.	ПК-3, ПК-5
6.3	Лицензирование медицинской деятельности	Нормативное правовое регулирование лицензирования медицинской деятельности. Порядок предоставления и переоформления лицензии. Риск-ориентированный подход при реализации лицензионного контроля. Категории рисков. Влияние уровня риска на периодичность проверок. Проверочные листы Росздравнадзора. Подготовка медицинской организации к контрольным (надзорным) мероприятиям в рамках лицензионного контроля.	ПК-5
6.4	Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Ведомственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Порядок организации и проведения, задачи ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности.	ПК-5
6.5	Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности как составляющая контроля (надзора) в сфере охраны здоровья. Виды, формы и методы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в структурном подразделении медицинской организации. Значение использования критериев оценки качества медицинской помощи в медицинской организации. Система индикаторов качества. Документирование и отчетность. Ведение учётных форм (журналы, чек-листы для врачей, карты экспертной оценки, анкеты для пациентов). Стандартная операционная процедура: назначение, структура, этапы разработки. Роль стандартных операционных процедур в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности.	ПК-3, ПК-5
6.6	Контроль объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского	Понятие о контроле объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи в системе ОМС, нормативно-правовая регламентация, цель, задачи в рамках обеспечения защиты прав застрахованных. Субъекты и объекты контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской	ПК-3, ПК-5

	страхования	помощи в зависимости от вида: медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, экспертиза качества медицинской помощи. Роль страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС в системе контроля качества. Требования, предъявляемые к экспертам качества, порядок формирования реестра экспертов. Перечень оснований для отказа в оплате медицинской помощи (уменьшения оплаты медицинской помощи). Анализ выявленных нарушений при оказании медицинской помощи по результатам контрольно- экспертных мероприятий в системе ОМС. Организация и проведение претензионной работы со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС при несогласии медицинской организации с результатами контрольно- экспертных мероприятий. Разработка и контроль за реализацией плана корректирующих мероприятий, направленных на устранение нарушений, выявленных по результатам контрольно- экспертных мероприятий.	
6.7	Противоэпидемический контроль и обеспечение инфекционной безопасности	Основные положения Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Требования к инфекционной безопасности при оказании медицинских услуг. Деятельность Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в рамках обеспечения противоэпидемического контроля и инфекционной безопасности.	ПК-3, ПК-5
6.8	Экспертиза временной нетрудоспособности. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией	Правовые и нормативные основы проведения экспертизы временной нетрудоспособности. Цели и задачи. Порядок проведения экспертизы временной нетрудоспособности. Порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности. Порядок формирования листков нетрудоспособности в форме электронного документа. Ответственность за нарушение порядка выдачи листков нетрудоспособности. Экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией.	ПК-3, ПК-5
6.9	Медико-социальная экспертиза. Медицинская реабилитация инвалидов	Законодательные и нормативные документы, регламентирующие социальное страхование, регулирование организации медико- социальной экспертизы, взаимодействие бюро медико- социальной экспертизы и медицинских организаций. Критерии установления инвалидности. Степени ограничений жизнедеятельности. Порядок направления граждан на медико- социальную экспертизу. Порядок информационного взаимодействия в целях проведения медико-социальной экспертизы между медицинскими организациями и бюро медико- социальной экспертизы в городах и районах. Реабилитация инвалидов.	ПК-3, ПК-5
6.10	Организация деятельности врачебной комиссии	Нормативные правовые основы деятельности врачебной комиссии. Основные функции врачебной комиссии. Состав и регламент работы врачебной комиссии. Консилиум: состав, проведение консилиума, решения. Протоколы заседаний врачебной комиссии.	ПК-3, ПК-5
6.11	Промежуточная аттестация по модулю 6	Контроль результатов обучения в рамках освоения тем 6.1-6.10.	ПК-3, ПК-5
7	Модуль 7. Цифровые технологии в здравоохранении		
7.1	Цифровое здравоохранение	Законодательство Российской Федерации, регулирующее применение цифровых технологий при оказании медицинской помощи. Обзор технологических и организационных решений, существующих на отечественном рынке. Барьеры развития и пути преодоления. Перспективы развития, основные направления цифровой трансформации в системе здравоохранения. Анализ успешных проектов и программ в сфере цифрового здравоохранения	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
7.2	Единый цифровой контур системы здравоохранения	Нормативно-правовая регламентация формирования единой информационной системы в здравоохранении. Единый цифровой контур в здравоохранении на основе единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Основные подсистемы ЕГИСЗ. Вертикально-интегрированные медицинские информационные системы: понятие, формирование	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

		по основным направлениям организации оказания медицинской помощи.	
7.3	Передовые цифровые технологии в здравоохранении	Цифровые технологии в здравоохранении, IT-сервисы для анализа данных. Визуализация данных и создание дашбордов (информационных панелей) для мониторинга ключевых показателей в здравоохранении. Основные понятия теории вероятности, применение статистических тестов, формирование линейных моделей, методы бутстрэп-анализа.	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6
7.4	Система автоматизированного управления здравоохранением	Система сбора, обработки и анализа статистической информации в сфере здравоохранения на различных уровнях. Оценка эффективности деятельности медицинской организации на основе данных системы сбора, обработки и анализа статистической информации в сфере здравоохранения и разработка рекомендаций по улучшению.	ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6
7.5	Медицинские информационные системы. Электронная медицинская карта	Медицинская информационная система: понятие, классификация, компоненты, информационные потоки, особенности внедрения в медицинской организации. Электронная медицинская карта: понятие, требования, функции, структура. Формирование отчетов и аналитики на основе данных медицинской информационной системы и электронных медицинских карт. Использование лабораторной информационной системы, радиологической информационной системы и системы архивирования и передачи изображений.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6
7.6	Искусственный интеллект в здравоохранении. Системы поддержки принятия врачебных решений	Понятие, нормативное и техническое регулирование применения искусственного интеллекта в Российской Федерации, возможности использования врачами, руководителями, внедрение в медицинской организации. Использование системы поддержки принятия врачебных решений.	ПК-2, ПК-3, ПК-5
7.7	Телемедицинские технологии при оказании медицинской помощи	Порядок организации дистанционного взаимодействия. Требования к участникам информационного взаимодействия. Планирование и внедрение телемедицинских программ: выбор целевой аудитории, определение потребностей, разработка протоколов. Экономические аспекты телемедицины: стоимость внедрения, финансирование, возмещение затрат. Этические и юридические вопросы телемедицины: конфиденциальность, безопасность данных, ответственность врача. Разработка протоколов дистанционного наблюдения пациентов. Принятие решений на основе данных дистанционного мониторинга.	ПК-2, ПК-3, ПК-5
7.8	Развитие инфраструктуры цифрового здравоохранения. Информационная безопасность в работе медицинской организации	Основные направления цифровой трансформации в системе здравоохранения. Угрозы информационной безопасности (внутренние, внешние), классификация уязвимостей. Нормативное правовое регулирование информационной безопасности в Российской Федерации. Классификация информации по степени конфиденциальности (персональные данные пациентов, врачебная тайна, служебная информация), разграничение доступа. Защита персональных данных пациентов. Принципы обработки персональных данных. Согласие на обработку персональных данных: формы согласия, порядок получения, отзыв согласия. Права субъектов персональных данных. Меры по защите персональных данных. Ответственность за нарушение законодательства в области защиты персональных данных и информационной безопасности. Информационная безопасность медицинских информационных систем. Кибербезопасность в здравоохранении: основные угрозы, методы защиты от кибератак. Анализ судебной практики по делам, связанным с информационной безопасностью в здравоохранении. Разработка политики информационной безопасности для медицинской организации. Разработка плана реагирования на инциденты информационной безопасности в медицинской организации.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5
7.9	Промежуточная аттестация по модулю 7	Контроль результатов обучения в рамках освоения тем 7.1-7.8.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
8	Модуль 8. Практика		

8.1	Организация оказания первичной медико санитарной помощи	Участие в организации оказания первичной медико-санитарной помощи: ведение статистического учета в медицинской организации, организационно-методическое сопровождение деятельности медицинской организации, управление структурным подразделением медицинской организации, управление организационно-методическим подразделением медицинской организации, управление процессами деятельности медицинской организации, управление медицинской организацией.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
8.2	Организация оказания специализированной медицинской помощи	Участие в организации оказания медицинской помощи в стационарных условиях: ведение статистического учета в медицинской организации, организационно-методическое сопровождение деятельности медицинской организации, управление структурным подразделением медицинской организации, управление организационно-методическим подразделением медицинской организации, управление процессами деятельности медицинской организации, управление медицинской организацией.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
8.3	Промежуточная аттестация по модулю 8	Контроль результатов обучения в рамках разделов практики 8.1-8.2.	ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
9	Модуль 9. Оказание медицинской помощи в экстренной форме		
9.1	Оказание медицинской помощи в экстренной форме	Нормативно-правовое регулирование оказания медицинской помощи в экстренной форме. Диагностика состояний, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме. Коммуникация со службами спасения, выездными бригадами скорой медицинской помощи, пациентом, его законным представителем и окружающими лицами. Транспортировка и иммобилизация пациента. Сердечно-легочная реанимация. Остановка наружных кровотечений. Обеспечение проходимости дыхательных путей. Промывание желудка. Применение согревания и охлаждения. Проведение термоизоляции и согревания при воздействии низких температур. Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий.	ПК-7
9.2	Промежуточная аттестация по модулю 9	Контроль результатов обучения в рамках освоения темы 9.1.	ПК-7

V. Формы аттестации⁸

9. Промежуточная аттестация проводится по окончании освоения каждого модуля Программы и проводится в виде зачета.

Промежуточная аттестация по модулям 1-7 включает в себя решение тестовых заданий, ситуационных задач, демонстрацию умений в соответствии с содержанием модулей и планируемыми результатами обучения.

Промежуточная аттестация по модулю 8 включает в себя оценку отчета о прохождении практики, содержащего перечень примененных умений в ходе участия в медицинской деятельности с указанием количества случаев применения каждого умения, выполнения манипуляции.

Промежуточная аттестация по модулю 9 включает в себя решение тестовых заданий, ситуационных задач, демонстрацию умений в симулированных условиях в соответствии с содержанием модуля и планируемыми результатами обучения.

Итоговая аттестация проводится в форме экзамена, который включает в себя решение тестовых заданий, ситуационных задач, демонстрацию умений в симулированных и клинических условиях. Итоговая аттестация проводится для оценки степени достижения обучающимися запланированных результатов обучения по Программе и выявляет теоретическую и практическую подготовку обучающегося. Обучающийся допускается к итоговой аттестации при успешном прохождении промежуточных аттестаций, предусмотренных Программой.

Обучающийся, освоивший Программу и успешно прошедший итоговую аттестацию, получает документ о квалификации - диплом о профессиональной переподготовке⁹. Оценочные материалы Программы формируются организацией для проведения текущего контроля, промежуточных аттестаций, итоговой аттестации в соответствии с содержанием модулей и планируемыми результатами обучения. Каждое задание оценочных материалов соотнесено с результатами обучения, для оценки которых оно предназначено.

Критерии оценки тестового контроля знаний:

Обучающимся даны правильные ответы на

- 71-100% заданий – зачтено,
- 70% заданий и менее – не зачтено.

Критерии оценки освоения практических навыков и умений:

«Зачтено» ставится, если

- Все обязательные этапы выполнены в полном объеме;
- Допущено не более одной-двух мелких неточностей, которые обучающийся самостоятельно исправляет (или исправляет после наводящего вопроса без повторного показа);
- Нет критических ошибок

«Не зачтено» ставится при

- Наличии хотя бы одной критической ошибки (опасной для пациента или искажающей результат);
- Невыполнении обязательного этапа;
- Неправильном ответе на вопросы по безопасности.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

- зачтено – обучающий показывает достаточный уровень знания основного

⁸ Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

⁹ Пункт 1 части 10 статьи 60 Федерального закона №273-ФЗ.

- программного материала;
- не зачтено – обучающийся допустил при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера.

Примеры тестовых заданий и ситуационных задач для оценки сформированности компетенций

Модуль 1. Организация здравоохранения и общественное здоровье (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

ПК-1. Способен вести статистический учёт в медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Какой документ является основным первичным учетным документом, на основании которого формируются данные о заболеваемости с временной утратой трудоспособности и осуществляется статистический учет выданных листов нетрудоспособности в медицинской организации?	А) Талон амбулаторного пациента (форма № 025/у) Б) Медицинская карта стационарного больного (история болезни, форма № 003/у) В) Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у) Г) Талон на законченный случай временной нетрудоспособности форма 025-9/у-96	Г	1.y1

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
При анализе годового статистического отчета главный врач оценивает эффективность использования коечного фонда стационара. Какая формула применяется для расчета основного показателя – средней длительности пребывания пациента на койке?	А) Число выбывших пациентов (выписанных + умерших) / Число проведенных всеми пациентами койко-дней Б) Число проведенных всеми пациентами койко-дней / Число среднегодовых коек В) Число проведенных всеми пациентами койко-дней / Число выбывших пациентов (выписанных + умерших) Г) Число поступивших пациентов / Число среднегодовых коек	В	1.y1

Пример ситуационной задачи 1

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В городской поликлинике в ходе плановой проверки организации статистического учета выявлено, что данные врача-терапевта участкового за отчетный месяц, внесенные в форму № 039/у-02 «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому», составили 245 посещений. Однако при сверке с данными медицинского регистратора выяснилось, что в медицинскую информационную систему (МИС) заведено только 238 талонов по форме № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Кроме того, обнаружено 3 случая выдачи листков нетрудоспособности, которые не были зарегистрированы в «Книге регистрации листков нетрудоспособности» (форма № 036/у).

Вопросы:

1. Какое нарушение правил ведения первичной медицинской документации допущено и каков алгоритм действий ответственного лица (медицинского статистика) для устранения расхождений в количественном учете посещений?
2. К каким искажениям медико-статистических показателей приведет данная ситуация, если ошибка не будет исправлена до формирования ежемесячного отчета федерального статистического наблюдения?
3. Какие управленческие решения должен принять заведующий отделением по результатам служебной проверки, чтобы предотвратить повторение подобных ошибок в ведении статистического учета?

Эталоны ответов:

1. Нарушение:

Допущено расхождение между данными первичного учета (талон формы 025-1/у) и сводного учета (ведомость формы 039/у-02). Врач завысил количество посещений в ведомости, не обеспечив их подтверждение первичными талонами. Также нарушен порядок регистрации листков нетрудоспособности — они не внесены в Книгу учета (форма 036/у) в день выдачи.

Алгоритм действий медицинского статистика:

- Провести сверку всех талонов формы 025-1/у, поданных врачом, с записями в ведомости формы 039/у-02.
- Выявить конкретные расхождения (какие посещения учтены в ведомости, но не подтверждены талоном).
- При обнаружении ошибки врача — вернуть ведомость на доработку для приведения данных в соответствие с талонами.
- Внести исправления в ведомость (неправильные записи аккуратно зачеркиваются, рядом делается новая запись с пометкой «исправленному верить», подписью и датой).
- Обеспечить регистрацию всех выданных листков нетрудоспособности в Книге формы 036/у задним числом (с указанием даты фактической выдачи).
- Доложить заведующему отделением о выявленных нарушениях для принятия управленческих решений.

2. Если ошибка не будет исправлена, в ежемесячном отчете произойдут следующие

искажения:

- Завышение общего числа посещений (на 7) и, как следствие, завышение показателя нагрузки на врача (среднего числа посещений в день/месяц).
- Искажение структуры посещений (по причинам, заболеваниям, возрасту), если талоны отсутствуют.
- Финансово-экономические последствия: завышение объема оказанной медицинской помощи, учитываемой в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), что может привести к необоснованному завышению финансирования или, наоборот, к штрафным санкциям со стороны страховых организаций при последующей проверке.
- Недостоверность показателя «случаи временной нетрудоспособности» (из-за 3 незарегистрированных листков), что исказит данные о заболеваемости с ВУТ.

3. По результатам служебной проверки заведующий отделением должен:

- Провести индивидуальную беседу с врачом-терапевтом о недопустимости подобных нарушений.
- Издать приказ по отделению с указанием выявленных недостатков и персональной ответственности за ведение учета.
- Организовать внеплановое занятие (инструктаж) по правилам заполнения учетной документации (формы 039/у-02, 025-1/у, 036/у) для всех врачей отделения.
- Усилить контроль со стороны старшей медицинской сестры за своевременной сдачей талонов и правильностью их учета.
- Рассмотреть вопрос о дисциплинарном взыскании (замечание или выговор) в отношении врача, допустившего нарушения, с отражением этого в личном деле.

Код результатов обучения 1.у1.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заместитель главного врача по медицинской части готовит годовой аналитический отчет терапевтического отделения круглосуточного стационара. Согласно данным годового отчета (форма № 30 «Сведения о медицинской организации»), зафиксированы следующие абсолютные показатели:

- среднегодовых коек — 40;
- проведено койко-дней всеми пациентами — 13 140;
- поступило больных — 1 250 человек;
- выписано больных — 1 220 человек;
- умерло больных — 30 человек.

Вопросы:

1. Рассчитайте основной качественный показатель работы стационара — среднюю длительность пребывания больного на койке. О чем может свидетельствовать значение этого показателя, если общероссийский норматив для терапевтического профиля составляет 11,0 дней?
2. Рассчитайте оборот койки и коэффициент средней занятости (работы) койки в году. Оцените эффективность использования коечного фонда, учитывая, что расчетный плановый фонд рабочего времени одной койки составляет 330 дней в

году.

3. На основе рассчитанных показателей предложите одно обоснованное решение по оптимизации коечного фонда данного отделения на следующий календарный год.

Эталоны ответов:

1.
 - a. Общее число выбывших = $1\,220 + 30 = 1\,250$ человек.
 - b. Средняя длительность пребывания = $\text{Число койко-дней} / \text{Число выбывших} = 13\,140 / 1\,250 = 10,5$ дня.
 - c. Поскольку фактический показатель (10,5 дня) ниже норматива (11,0 дней), это свидетельствует об интенсификации лечебно-диагностического процесса, высокой квалификации врачей и использовании современных стационарзамещающих технологий. Однако требует дополнительной проверки отсутствия случаев необоснованной ранней выписки пациентов, которая могла привести к росту повторной госпитализации.
2.
 - a. Оборот койки = $\text{Число выбывших} / \text{Среднегодовые койки} = 1\,250 / 40 = 31,25$ (пациента на одну койку в год).
 - b. Коэффициент занятости койки = $\text{Число койко-дней} / (\text{Среднегодовые койки} \times 365 \text{ дней}) = 13\,140 / (40 \times 365) \approx 0,90$ (или 90%).
 - c. Если оценивать работу относительно планового фонда (330 дней): занятость = $13\,140 / (40 \times 330) \approx 0,995$ (почти 100% от плана). Показатели свидетельствуют о высокоэффективном использовании коечного фонда: простой минимален, отделение работает практически без дефицита мест, однако предельно высокая загрузка несет риск снижения санитарно-эпидемиологической безопасности и выгорания персонала.
3. Учитывая высокую занятость коек (90–100%) и ускоренный оборот (более 31 пациента в год), сокращение коечного фонда нецелесообразно. Оптимальным решением станет перепрофилирование 5 коек круглосуточного стационара в койки дневного пребывания. Это позволит сохранить общий объем оказываемой помощи, снизить экономические затраты на питание и мягкий инвентарь для этих 5 пациентов, а также дополнительно ускорить оборот коек и сократить средние сроки лечения за счет концентрации на пациентах, не требующих круглосуточного наблюдения.

Коды результатов обучения 1.у1.

ПК-2. Способен обеспечить организационно-методическое сопровождение деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В медицинской организации внедряется новый вид деятельности – проведение	А) Издание внутреннего приказа об утверждении состава врачебной комиссии без уведомления надзорных органов	Б	2.у3.

периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах. Какое организационно-методическое действие является обязательным для законного оказания данной услуги согласно законодательству РФ?	Б) Внесение соответствующих работ (услуг) по медицинским осмотрам в действующую лицензию на осуществление медицинской деятельности В) Заключение договора с территориальным фондом ОМС на оплату проведенных осмотров Г) Разработка положения о внутреннем контроле качества исключительно для данного вида осмотра		
---	--	--	--

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Организационно-методический отдел проводит анализ эффективности работы регистратуры поликлиники. Выявлено, что среднее время ожидания пациентом очереди в пиковые часы составляет 35 минут при целевом показателе до 15 минут. Какой управленческий алгоритм должен применить специалист для устранения выявленного несоответствия?	А) Провести хронометраж работы регистраторов, разработать и внедрить комплекс корректирующих мероприятий (перераспределение функций, изменение маршрутизации, оптимизация рабочих мест), после чего оценить их эффективность путем повторного замера времени ожидания. Б) Направить служебную записку главному врачу с предложением наложить дисциплинарные взыскания на всех администраторов зала В) Увеличить количество талонов самозаписи через интернет-портал, не меняя график работы врачей-специалистов Г) Опубликовать официальное объявление для пациентов с просьбой приходить строго ко времени записи во избежание скопления людей	А	2.у2. 2.у3.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В многопрофильном стационаре закуплено современное оборудование для проведения эндоскопических операций нового типа (холецистэктомия из одного доступа — SILS). Главный врач поручает специалисту организационно-методического отдела разработать план внедрения данной услуги в практику отделения хирургии.

Вопросы:

1. Какое первоочередное организационно-правовое действие должен предпринять специалист, чтобы медицинская организация имела юридическое право оказывать

- данную высокотехнологичную помощь на коммерческой основе?
2. Какие изменения должны быть внесены во внутреннюю нормативную документацию организации для стандартизации работы персонала при использовании новой методики?
 3. По каким количественным показателям организационно-методический отдел должен оценивать эффективность внедрения данной технологии через 6 месяцев работы?

Эталоны ответов:

1. Специалист должен провести аудит действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности. Поскольку технология SILS имеет иной код номенклатуры медицинских услуг по сравнению с классической лапароскопией, необходимо инициировать процедуру переоформления лицензии путем внесения изменений в перечень работ (услуг), которые выполняются учреждением в конкретном отделении. Без этого выставление счетов за услугу будет незаконным.
2. Необходимо разработать и утвердить локальный клинический протокол (или адаптировать существующий) и стандартную операционную процедуру (СОП) «Алгоритм подготовки пациента и ведения раннего послеоперационного периода при SILS-холецистэктомии». Также требуется внести дополнения в должностные инструкции оперирующего хирурга, операционной медсестры и анестезиолога, закрепив требования к их дополнительному обучению и наличию сертификата специалиста именно по этой методике.
3.
 - a. Средняя длительность пребывания пациента на койке (в сравнении с классической лапароскопией).
 - b. Доля осложнений в раннем послеоперационном периоде (кровотечения, нагноения ран).
 - c. Экономическая рентабельность услуги (соотношение затрат на расходные материалы повышенной стоимости и цены реализации услуги/тарифа ОМС).
 - d. Уровень удовлетворенности пациентов методом анкетирования (оценка косметического эффекта и болевого синдрома).

Коды результатов обучения 2.y1., 2.y2., 2.y3.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Страховая медицинская организация по результатам медико-экономической экспертизы (МЭЭ) приняла решение о неполной оплате счетов районной больницы за 15 случаев лечения в терапевтическом отделении. Основание — выявленные дефекты оформления первичной медицинской документации: отсутствие обоснования врачебных назначений и несоответствие установленных диагнозов клиническим рекомендациям (протоколам ведения пациентов). Общая сумма неоплаты составила 350 тыс. рублей. Организационно-методический отдел назначен ответственным за проведение внутреннего разбора и устранение причин нарушений.

Вопросы:

1. Какой инструмент внутреннего контроля качества и безопасности медицинской

деятельности следует применить в первую очередь для выявления системной причины возникновения однотипных дефектов в оформлении историй болезни разными лечащими врачами?

2. Разработайте алгоритм действий специалиста организационно-методического отдела по устранению выявленных дефектов и предотвращению их повторения в будущем.
3. Какую форму управленческой отчетности должен подготовить специалист для главного врача по итогам проделанной работы, чтобы продемонстрировать результативность принятых мер?

Эталоны ответов:

1. В первую очередь организационно-методический отдел должен провести целевой внутренний аудит (экспертизу) медицинской документации по всем 15 случаям, по которым СМО применила санкции. Алгоритм проведения аудита:
 - 1) Изъятие и анализ всех 15 историй болезни.
 - 2) Классификация дефектов по видам:
 - 3) дефекты оформления документации (отсутствие записей, нечитаемость, отсутствие подписей);
 - 4) дефекты диагностики (несоответствие диагноза критериям, отсутствие дифференциальной диагностики);
 - 5) дефекты лечения (необоснованность назначений, несоответствие клиническим рекомендациям).
 - 6) Выявление системной причины — например, отсутствие у врачей актуальных клинических рекомендаций, перегрузка врачей, недостаточный контроль со стороны заведующего отделением.
 - 7) Оценка частоты аналогичных дефектов в отделении в целом (путем выборочной проверки других историй болезни).

2. Алгоритм действий организационно-методического отдела

Пошаговый алгоритм:

- 1) Проведение внутренней экспертизы — разбор каждого из 15 случаев с заполнением экспертных карт (приложение к приказу Минздрава № 203н).
- 2) Подготовка аналитической справки — с выделением системных причин и классификацией дефектов.
- 3) Организация заседания врачебной комиссии с разбором дефектных случаев, приглашением лечащих врачей и заведующего отделением для дачи пояснений.
- 4) Разработка корректирующих мероприятий:
 - актуализация клинических рекомендаций и стандартов в отделении;
 - проведение обучающего семинара для врачей по правилам оформления первичной документации и обоснования назначений;
 - внедрение внутреннего контроля — назначение ответственного за предварительную проверку историй болезни перед сдачей в архив;
 - пересмотр должностных инструкций и критериев оценки работы врачей.
- 5) Усиление контроля — заведующий отделением еженедельно проверяет не менее 30% историй болезни пациентов, выписанных из отделения.
- 6) Повторный мониторинг — через 1–2 месяца провести повторную выборочную проверку документации для оценки эффективности принятых мер.
- 7) Подготовка итогового доклада главному врачу с предложением о применении мер дисциплинарного воздействия к врачам, допустившим грубые нарушения, при их систематическом характере.

3. Специалист должен подготовить аналитическую справку (докладную записку) на

имя главного врача, которая включает следующие разделы:

- 1) Вводная часть: результаты МЭЭ, количество и сумма неоплаты, перечень дефектов.
- 2) Результаты внутреннего аудита: классификация выявленных нарушений, системные причины.
- 3) Перечень проведенных мероприятий: заседания ВК, семинары, актуализация документов.
- 4) Предложения по совершенствованию: конкретные управленческие решения (кадровые, организационные, методические).
- 5) Показатели результативности: планируемое снижение числа аналогичных дефектов (в процентах) и сроки повторного контроля.
- 6) Приложения: копии экспертных карт, протоколы заседаний ВК, материалы обучающих семинаров.

Коды результатов обучения 2.y1., 2.y2., 2.y3.

ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В отделении стационара один из врачей уходит в плановый ежегодный отпуск на 14 календарных дней. В этот период прогнозируется сохранение планового потока пациентов, а также поступление экстренных больных. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для заведующего отделением с точки зрения обеспечения непрерывности лечебного процесса и соблюдения трудового законодательства?	А) Приостановить госпитализацию плановых пациентов на весь период отпуска врача до его выхода на работу. Б) Самостоятельно взять на себя дополнительную ставку (совмещение) без изменения графика работы остального персонала отделения. В) Перераспределить утвержденную врачебную нагрузку между оставшимися сотрудниками отделения с их письменного согласия и установлением соответствующей доплаты за увеличение объема работ. Г) Досрочно отозвать врача из отпуска без получения его предварительного согласия, так как ситуация относится к производственной необходимости.	В	3.y3., 3.y4, 3.y5

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды
------------------	------------------	------------------	------

		виль- ный ответ	ре- зуль- татов обуче- ния
Во время ночного дежурства медицинская сестра поста сообщила заведующему отделением реанимации об отказе аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у тяжелого пациента. Аппарат имеет критическую неисправность, исключаящую его дальнейшую эксплуатацию. Какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением как руководитель для решения проблемы в моменте и предотвращения подобных ситуаций в будущем?	А) Оставить заявку в журнале обращений инженерной службе на следующее утро и продолжить использование резервного оборудования без оформления дополнительных документов. Б) Организовать немедленную замену неисправного аппарата на резервный с фиксацией инцидента в журнале технического обслуживания, служебной запиской инициировать внеплановую проверку всего парка реанимационного оборудования и провести инструктаж персонала по действиям при аварийном выходе техники из строя. В) Публично объявить выговор ответственному за медицинскую технику сотруднику отделения за ненадлежащий осмотр оборудования перед началом смены. Г) Перевести пациента на ручную вентиляцию мешком Амбу силами двух постов персонала до конца суток, ожидая прихода биомедицинского инженера.	Б	3.у8.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В кардиологическом отделении стационара на 40 коек в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ резко увеличилось количество экстренных госпитализаций пациентов с острыми коронарными синдромами. Свободный койный фонд в отделении отсутствует. Бригада скорой медицинской помощи доставила в приемное отделение больницы пациента с острым инфарктом миокарда. Врач приемного отделения, оценив состояние пациента как угрожающее жизни, принял решение об экстренной госпитализации в кардиологическое отделение и уведомил об этом заведующего отделением. Однако палатная медицинская сестра, за которой закреплен пост в палате интенсивной терапии, заявила, что не будет принимать пациента, ссылаясь на отсутствие свободных коек и перегрузку. Старшая медицинская сестра отделения находится на больничном.

Вопросы:

1. Каковы правовые и организационные последствия отказа медицинской сестры в

- приеме пациента, доставленного по экстренным показаниям, и какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением для обеспечения экстренной госпитализации?
2. Какие кадровые и организационные решения должен принять заведующий отделением для стабилизации работы в условиях отсутствия старшей медицинской сестры и повышенной нагрузки на персонал?
 3. Какой организационно-распорядительный документ должна разработать организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением для четкого разграничения обязанностей персонала в нештатных ситуациях и предотвращения подобных конфликтов в будущем?

Эталоны ответов

1. Правовые последствия отказа и действия заведующего

Правовые последствия отказа медсестры:

Отказ в оказании медицинской помощи в экстренной форме является грубым нарушением:

- ст. 11 Федерального закона № 323-ФЗ (недопустимость отказа в оказании медицинской помощи);
- ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» (уголовная ответственность при наступлении тяжких последствий);
- нарушение должностной инструкции и профессионального стандарта.

Медицинская сестра может быть привлечена к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

Первоочередные действия заведующего отделением:

- 1) Лично организовать прием пациента — отдать устное распоряжение о временном размещении пациента в палате интенсивной терапии (при отсутствии мест — в коридоре или процедурной с обеспечением круглосуточного наблюдения, но с обязательным уведомлением администрации).
- 2) Обеспечить оказание неотложной помощи — вызвать дежурного врача-кардиолога, при необходимости — реаниматолога.
- 3) Зафиксировать факт отказа — доложить главному врачу (заместителю) для проведения служебной проверки.
- 4) Организовать экстренное заседание врачебной комиссии для решения вопроса о переводе пациентов в другие отделения или другие стационары (при невозможности развернуть дополнительные койки).

2. Кадровые и организационные решения

- 1) Временное возложение обязанностей старшей медицинской сестры — издать приказ по отделению (или ходатайствовать перед главным врачом) о возложении обязанностей старшей медсестры на наиболее опытную палатную медсестру с оформлением дополнительного соглашения к трудовому договору и доплатой.
- 2) Перераспределение функциональных обязанностей — временное закрепление части административных функций (контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима, обеспечение медикаментами и расходными материалами, ведение отчетности) за старшей медсестрой другого отделения (по согласованию с главной медицинской сестрой) или за заместителем главного врача по сестринскому делу.
- 3) Усиление кадрового состава — привлечение дополнительного персонала за счет внутреннего совместительства, перераспределение нагрузки между палатными медсестрами (введение 12-часовых смен или дополнительных дежурств с оплатой сверхурочных).
- 4) Организация временного коечного фонда — развертывание дополнительных мест в коридорах или перепрофилирование палат другого отделения (с уведомлением

главного врача и соблюдением санитарных норм).

3. Организационно-распорядительный документ

Организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением должна разработать «План действий персонала кардиологического отделения в нештатных и экстремальных ситуациях» (или «Инструкцию по организации работы отделения в условиях дефицита коечного фонда и кадрового дефицита»).

Документ должен включать:

- 1) Алгоритм действий при отсутствии свободных коек:
 - порядок экстренного развертывания дополнительных мест;
 - критерии временного размещения пациентов в коридоре / смотровой;
 - порядок информирования администрации и перевода пациентов в другие стационары.
- 2) Порядок замещения временно отсутствующего персонала:
 - схема назначения исполняющего обязанности старшей медсестры;
 - порядок перераспределения функциональных обязанностей между палатными и процедурными медсестрами;
 - алгоритм вызова дополнительного персонала в нерабочее время.
- 3) Четкое разграничение ответственности:
 - заведующий отделением — организация приема, кадровые решения, взаимодействие с администрацией;
 - старшая медсестра (или и.о.) — обеспечение работы среднего персонала, контроль за наличием медикаментов и оборудования;
 - палатные медсестры — прием и размещение пациентов, выполнение врачебных назначений, ведение документации;
 - процедурные медсестры — выполнение манипуляций по назначению врача (при отсутствии палат интенсивной терапии — помощь в уходе за тяжелыми пациентами).
- 4) Порядок оформления документации в нештатных ситуациях:
 - журнал учета временно размещенных пациентов;
 - акты о перегрузке отделения;
 - служебные записки главному врачу.
- 5) Меры ответственности за невыполнение распоряжений руководителя в экстренной ситуации (со ссылкой на Трудовой кодекс и должностные инструкции).

Данный документ утверждается главным врачом и доводится до сведения всего персонала отделения под подпись. Его наличие позволяет избежать конфликтов функциональных обязанностей в будущем и обеспечивает правовую защиту как персонала, так и руководства

Коды результатов обучения 3.у5., 3.у8.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условие.

Заведующий хирургическим отделением получил результаты экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией. В отношении одного из случаев планового хирургического лечения выявлен дефект: развитие

нагноения послеоперационной раны. Причиной дефекта, по мнению экспертов СМО, явилось нарушение правил асептики и антисептики во время операции, что подтверждается записями в операционном журнале. В результате страховой организацией принято решение о неполной оплате данного случая медицинской помощи.

Вопросы:

1. В чем разница между «неполной оплатой» медицинской помощи и «штрафом» за нарушения, выявленные в ходе контроля качества? Какой из этих инструментов применен в данной ситуации и на каком основании?
2. Разработайте алгоритм действий заведующего отделением по проведению внутреннего разбора данного случая для выявления и устранения системных причин дефекта.
3. Какие организационные решения необходимо принять заведующему отделением и руководству больницы, чтобы предотвратить повторение подобных нарушений в будущем?

Эталон ответов

1. Разница между «неполной оплатой» и «штрафом»

Это принципиально разные инструменты, которые регулируются статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- Неполная оплата (удержание) — это уменьшение суммы, подлежащей оплате за конкретный случай оказания медицинской помощи. Применяется, когда помощь оказана, но с нарушениями, которые не позволяют оплатить ее в полном объеме (например, дефекты оформления, не позволяющие провести экспертизу). Сумма удерживается из средств, предназначенных для оплаты этого случая.
- Штраф — это дополнительное взыскание, которое налагается на медицинскую организацию сверх неоплаченной или неполностью оплаченной суммы. Применяется за более грубые нарушения: неоказание, несвоевременное оказание либо оказание помощи ненадлежащего качества.

В данной ситуации страховой организацией применена неполная оплата, так как случай был признан оказанным с дефектом (нагноение раны), что является основанием для уменьшения оплаты.

2. Алгоритм действий заведующего отделением

Для проведения внутреннего разбора и выявления системных причин дефекта заведующий должен:

- 1) Провести внутреннее расследование:
 - Изучить всю первичную медицинскую документацию по данному случаю (историю болезни, операционный журнал, листы назначений, температурные листы).
 - Провести беседу с лечащим врачом, операционной бригадой, палатной медсестрой, осуществлявшей послеоперационный уход.
- 2) Классифицировать выявленные нарушения:
 - Определить, является ли дефект единичным случаем или системной проблемой (например, анализ записей в операционном журнале за последние месяцы на предмет аналогичных нарушений).
 - Выявить конкретное звено, где произошел сбой: нарушение техники операции, недостаточная антибиотикопрофилактика, некачественный уход за раной, проблемы с расходными материалами.
- 3) Организовать заседание врачебной комиссии (или клинико-анатомической конференции):
 - Представить на разбор данный случай с участием всех причастных специалистов.
 - Разработать конкретные корректирующие мероприятия для устранения

выявленных причин.

3. Организационные решения для предотвращения повторения

По результатам разбора заведующий должен инициировать следующие решения:

- 1) Усиление контроля за соблюдением стандартов:
 - Провести внеплановый инструктаж с операционными и палатными медсестрами по правилам асептики и антисептики, уходу за послеоперационными ранами.
 - Назначить ответственное лицо (например, старшую медсестру) за ежедневный контроль за состоянием послеоперационных ран и своевременную смену повязок.
- 2) Оптимизация материально-технического обеспечения:
 - Внести изменения в заявки на расходные материалы (стерильные салфетки, перевязочные материалы, антисептики), чтобы исключить их дефицит.
 - Организовать систему контроля за наличием и расходом материалов в отделении.
- 3) Совершенствование документационного контроля:
 - Разработать чек-лист для лечащих врачей по обязательным записям в истории болезни (особенно в части обоснования назначений, описания состояния раны).
 - Внедрить систему внутреннего аудита документации перед ее сдачей в архив.
- 4) Кадровые решения:
 - При систематическом характере нарушений у конкретных сотрудников — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного взыскания.
 - Направить сотрудников на тематические курсы повышения квалификации по вопросам хирургической инфекции и ухода за ранами.

Коды результатов обучения 3.y1., 3.y4., 3.y6., 3.y7., 3.y8.

ПК-4. Способен управлять организационно методическим подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Руководитель организационно-методического отдела планирует внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в многопрофильной больнице. Какое управленческое решение	А) Издать приказ о создании врачебной комиссии по качеству без утверждения Положения о внутреннем контроле. Б) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности во исполнение Приказа Минздрава России № 785н. В) Провести обучение всех врачей отделения по вопросам клинических рекомендаций без изменения внутренней документации. Г) Заключение договора с внешней экспертной	Б	4.y1., 4.y3

является первоочередным и обязательным для создания правовой основы этой деятельности?	организацией для проведения ежегодного аудита.		
--	--	--	--

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Главный врач поручил руководителю организационно-методического отдела внедрить новый порядок маршрутизации пациентов с подозрением на инсульт в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Какой комплекс организационно-методических действий обеспечит эффективное внедрение и устойчивый результат?	А) Провести однократный семинар для неврологов и терапевтов по новому алгоритму без внесения изменений в рабочие инструкции и регламенты. Б) Разработать и утвердить СОП «Порядок маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения», провести обучение персонала, внедрить чек-листы контроля и организовать регулярный мониторинг исполнения. В) Изменить только расписание дежурств рентген-кабинета, предполагая, что это автоматически ускорит диагностику инсульта. Г) Издать распоряжение о штрафах за нарушение порядка маршрутизации без предварительной подготовки персонала.	Б	4.у1., 4.у3.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Руководителю организационно-методического отдела поручено внедрить в работу поликлиники новые клинические рекомендации по ведению пациентов с артериальной гипертензией. За последние полгода показатель контроля артериального давления среди прикрепленного населения снизился с 58% до 42%. Анализ показал, что врачи используют устаревшие подходы к лечению, а в медицинской информационной системе (МИС) отсутствуют автоматизированные алгоритмы подбора терапии. Врачи выражают сопротивление изменениям, ссылаясь на нехватку времени и сложность новых схем лечения.

Вопросы:

1. Составьте пошаговый план организационно-методических мероприятий для внедрения новых клинических рекомендаций, обеспечивающий вовлеченность

- врачей и достижение целевых показателей.
2. Какие инструменты мотивации и организационного воздействия следует применить для преодоления сопротивления персонала и повышения приверженности врачей новым стандартам?
 3. По каким ключевым индикаторам руководитель организационно-методического отдела будет оценивать эффективность внедрения изменений через 6 месяцев?

Эталоны ответов:

1.
 - Провести экспресс-аудит текущей практики (выборочно изучить карты пациентов с артериальной гипертензией за последний квартал).
 - Организовать целевой семинар с участием эксперта-кардиолога для разъяснения ключевых положений рекомендаций и практических алгоритмов.
 - Разработать и утвердить локальный клинический протокол и СОП «Порядок диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией».
 - Провести обучение врачей с обязательной аттестацией и оформлением протоколов повышения квалификации.
 - Организовать рабочее совещание с IT-службой для доработки МИС: внедрение автоматических подсказок по коррекции терапии и формирование групп пациентов для активного наблюдения («риск-группы»).
 - Внедрить систему внутреннего контроля: чек-листы проверки карт, ежемесячные мониторинги показателей контроля АД, разбор отклонений на врачебных конференциях.
2.
 - Привлечение врачей к разработке протоколов (принцип участия повышает лояльность).
 - Демонстрация позитивных примеров (best practice) — выделение врачей, чьи пациенты показывают лучшие результаты.
 - Интеграция показателей контроля АД в систему премирования или КРІ врачей.
 - Регулярная обратная связь: индивидуальные беседы, публичное признание успехов на собраниях коллектива.
3.
 - Процент пациентов с достигнутым целевым уровнем АД (<140/90 мм рт. ст.) — динамика роста минимум на 15%.
 - Количество вызовов скорой помощи по поводу гипертонических кризов на 1000 прикрепленных пациентов.
 - Выполнение плана диспансерного наблюдения (процент пациентов, состоящих на учете и прошедших обследование в установленные сроки).
 - Уровень удовлетворенности пациентов качеством консультативной помощи (опросы, отзывы).

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y4., 4.y5.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

По результатам ежеквартального внутреннего аудита качества медицинской помощи в педиатрическом отделении выявлено, что в 25% историй болезни детей с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) отсутствует обоснование выбора противовирусных препаратов, а в 15% случаев — не указаны сроки повторного осмотра. В рамках экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией, данные нарушения квалифицированы как дефекты оформления первичной медицинской документации, вследствие чего страховой компанией принято решение о неполной оплате (удержании) счетов медицинской организации на общую сумму 450 тыс. рублей.

Вопросы:

1. Определите системные причины выявленных дефектов и сформулируйте гипотезу о корневой проблеме в организации работы отделения.
2. Предложите комплекс организационно-методических мероприятий для устранения дефектов и предотвращения их повторения, включая разработку новых локальных нормативных актов.
3. Как руководитель организационно-методического отдела должен представить результаты своей работы главному врачу, чтобы обосновать необходимость внедрения системы непрерывного медицинского образования (НМО) по вопросам клинической фармакологии и стандартизации для врачей педиатрического отделения?

Эталоны ответов :

1. Системные причины выявленных дефектов:

- 1) Дефицит управленческого контроля со стороны заведующего отделением и старшей медицинской сестры за ведением медицинской документации.
- 2) Отсутствие системы внутреннего аудита назначений на этапе их оформления (предварительный контроль до сдачи историй в архив).
- 3) Низкая компетентность врачей в вопросах клинической фармакологии и доказательной медицины (незнание или игнорирование актуальных клинических рекомендаций по лечению ОРВИ у детей).
- 4) Отсутствие стандартизированных форм для обоснования назначений в истории болезни (нет четкого алгоритма, какие параметры нужно фиксировать).

Гипотеза о корневой проблеме:

Корневой проблемой является отсутствие в отделении эффективной системы обеспечения качества — врачи не имеют доступных и актуализированных клинических рекомендаций, не проходят регулярное обучение по вопросам рациональной фармакотерапии, а контроль со стороны руководства носит эпизодический и формальный характер. Это приводит к систематическим дефектам оформления и, как следствие, к финансовым потерям для медицинской организации.

2. Комплекс организационно-методических мероприятий

Для устранения дефектов и предотвращения их повторения необходимо реализовать следующие мероприятия:

I. Организационные мероприятия (в течение 2 недель):

- 1) Провести внеплановое заседание врачебной комиссии с разбором всех выявленных дефектных случаев, заслушать объяснения лечащих врачей.
- 2) Назначить ответственное лицо из числа наиболее опытных врачей отделения за

ежедневный мониторинг обоснованности назначений (внутренний экспертный контроль).

- 3) Ввести в практику еженедельную выборочную проверку 30% историй болезни заведующим отделением с акцентом на обоснованность назначений и сроки осмотров.

II. Методические мероприятия (в течение 1 месяца):

- 1) Актуализировать и разместить на рабочих местах врачей алгоритмы и клинические рекомендации по лечению ОРВИ у детей.
- 2) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — «Порядок назначения лекарственных препаратов и оформления записей в медицинской документации в педиатрическом отделении» со следующими разделами:
 - a. перечень обязательных элементов обоснования назначения (клинические показания, ссылка на клинические рекомендации / стандарт, ожидаемый эффект);
 - b. сроки и периодичность повторных осмотров с указанием конкретных временных интервалов;
 - c. образец (шаблон) записи в истории болезни;
 - d. ответственность за нарушение порядка.
- 3) Разработать чек-лист «Самоконтроль врача при оформлении истории болезни» для каждого пациента, включающий пункты: «обоснование назначения есть», «сроки осмотров указаны», «соответствие клиническим рекомендациям».

III. Кадровые и образовательные мероприятия (в течение 3 месяцев):

- 1) Организовать цикл обучающих семинаров для врачей отделения по вопросам:
 - a. клиническая фармакология противовирусных препаратов;
 - b. критерии обоснованности назначений;
- 2) Включить в план непрерывного медицинского образования (НМО) врачей отделения тематические модули по стандартизации и контролю качества.
- 3) Провести итоговое тестирование врачей по знанию клинических рекомендаций и правил оформления документации.

IV. Мероприятия по контролю и оценке эффективности (через 2 месяца):

- 1) Провести повторный внутренний аудит с использованием тех же критериев для оценки динамики.
- 2) Подготовить сравнительный отчет о снижении числа дефектов (в процентах).
- 3) При отсутствии положительной динамики — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного воздействия.

3. Обоснование необходимости финансирования обучения

Руководитель организационно-методического отдела должен представить главному врачу аналитическую записку, в которой обосновывается приоритетность инвестиций в человеческий капитал (обучение врачей) перед техническими решениями. Структура обоснования:

1. Анализ причин дефектов (на основе данных внутреннего аудита):
 - В 100% выявленных дефектов причина — человеческий фактор (отсутствие записи, незнание критериев), а не технический сбой МИС.
 - Внедрение нового ПО без изменения компетенций врачей не устранил проблему, а лишь создаст иллюзию контроля.
2. Экономическое обоснование:
 - Сумма неоплаты по результатам экспертизы СМО — 450 тыс. руб. за один квартал.
 - Затраты на обучение всего врачебного состава отделения (курсы НМО, семинары) — ориентировочно 50–70 тыс. руб. (единовременно).

- Экономический эффект от обучения — снижение числа дефектов минимум на 70%, что позволит избежать аналогичных удержаний в будущем и окупит затраты на обучение в течение 1–2 кварталов.
- 3. Соответствие нормативным требованиям:
 - В соответствии с Приказом Минздрава № 785н, внутренний контроль качества включает в том числе оценку компетенций персонала. Отсутствие системного обучения является нарушением требований к организации внутреннего контроля.
 - Клинические рекомендации по ОРВИ у детей требуют от врача обоснования каждого назначения. Без знаний врач не может выполнить это требование.
- 4. Предложение по использованию финансирования:
 - Направить запрашиваемые средства не на обновление МИС, а на организацию выездного цикла повышения квалификации для врачей отделения по программе «Актуальные вопросы клинической фармакологии и экспертизы качества медицинской помощи в педиатрии».
 - В качестве альтернативы — приобретение доступов к профессиональным базам данных (клинические рекомендации, формуляры) для каждого врача.
- 5. Прогнозируемые результаты:
 - Снижение числа дефектов оформления до 5% и менее через 3 месяца.
 - Исключение финансовых потерь по данной категории нарушений.
 - Повышение клинической компетентности врачей и, как следствие, качества медицинской помощи.

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y2., 4.y3., 4.y4., 4.y5.

ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В приемном отделении многопрофильного стационара в вечерние часы наблюдается критическое скопление пациентов, время ожидания осмотра врачом-терапевтом достигает 3 часов. При этом койки в профильных отделениях (терапия, хирургия) заняты на 98%, а выписка пациентов задерживается до обеда из-за длительного оформления медицинской документации и ожидания результатов лабораторных	А) Увеличить количество дежурных врачей в приемном отделении без изменения процессов работы профильных отделений. Б) Внедрить систему «стыковочных окон» (тайм-слотов) между приемным отделением и профильными службами, организовать работу кабинета выписки по принципу сестринского поста с предварительным оформлением документов лечащим врачом накануне и внедрить экспресс-лабораторию («Cito») с жестким нормативом выполнения анализов за 40 минут. В) Прекратить плановую госпитализацию во всем стационаре на неопределенный срок до полной разгрузки коечного фонда. Г) Перевести всех плановых пациентов на	Б	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

анализов. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для оптимизации сквозного процесса госпитализации?	амбулаторное лечение, оставив в стационаре только экстренных больных.		
---	---	--	--

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Анализ финансово-хозяйственной деятельности показал, что рентабельность дневного стационара офтальмологического профиля составляет минус 15%. При детальном изучении процесса выяснилось, что врачи поликлиники направляют в дневной стационар пациентов с простыми манипуляциями (например, удаление инородного тела роговицы), которые могут быть выполнены за 15 минут в условиях перевязочного кабинета, используя при этом тариф оплаты законченного случая лечения в дневном стационаре. Какое управленческое действие руководителя позволит оптимизировать финансовые потоки и загрузку мощностей?	А) Повысить стоимость платных услуг в дневном стационаре, чтобы компенсировать убытки от пациентов по ОМС. Б) Установить строгий запрет врачам на направление любых пациентов в дневной стационар без личной визы главного врача. В) Разработать и внедрить четкий алгоритм маршрутизации (клинико-статистические группы – КСГ или критерии направления), закрепить простые манипуляции за перевязочными кабинетами поликлиники и настроить логику направлений в медицинской информационной системе (МИС). Г) Закрыть дневной стационар как нерентабельный и перевести весь объем помощи в круглосуточный стационар.	В	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заместитель главного врача по поликлинической работе проанализировал данные медицинской информационной системы (МИС) и жалобы пациентов. Выявлено, что среднее время от момента входа пациента в здание до приема у врача составляет 45 минут. Внутренним КРІ поликлиники установлен целевой показатель — не более 20 минут (с целью повышения доступности и комфорта). При разборе ситуации установлено:

- очередь в регистратуру для получения карты занимает 15–20 минут;
- ожидание оплаты платных услуг в кассе — еще 15 минут;
- поиск кабинета врача из-за отсутствия системы навигации и помощи — 10-15

минут.

Все эти процессы происходят последовательно, а сотрудники разных подразделений (регистраторы, кассиры, медсестры) подчиняются разным заведующим и не координируют свои действия.

Вопросы:

1. Какой инструмент процессного управления (в рамках методологии «Бережливая поликлиника») должен применить руководитель организационно-методического отдела для визуализации текущей схемы движения пациента и выявления всех видов потерь?
2. Предложите проект изменений в процесс (модель «как должно быть»), который устранил разрывы между подразделениями без увеличения количества персонала.
3. Какие количественные метрики времени необходимо внедрить в дашборд руководителя для непрерывного мониторинга эффективности обновленного процесса после его запуска?

Эталоны ответов:

1. Инструмент процессного управления

Руководитель организационно-методического отдела должен применить процессный подход и использовать инструмент «Картирование потока создания ценности» (VSM).

Алгоритм применения:

1. Определение процесса: Выбрать процесс «Путь пациента от входа в поликлинику до начала приема врача».
2. Сбор данных: Провести хронометраж каждого этапа (вход → регистратура → касса → поиск кабинета → прием). Согласно рекомендациям, для достоверности необходимо выполнить не менее 5 замеров по каждому этапу.
3. Построение карты текущего состояния (As-Is): Визуализировать последовательность действий, время на каждом этапе (в том числе время ожидания), а также информационные потоки (кто кому передает данные).
4. Выявление потерь (потерь): Классифицировать все этапы по принципу ценности для пациента:
 - Создающие ценность: непосредственно прием врача.
 - Не создающие ценность, но необходимые: оформление документов (регистратура).
 - Потери (чистое время ожидания): ожидание в очереди в регистратуру, ожидание в кассе, поиск кабинета. Именно эти потери и являются корневой проблемой.
5. Разработка карты целевого состояния (To-Be): На основе анализа потерь спроектировать новый процесс.

2. Изменения в процесс

- Внедрение предварительной записи (через портал Госуслуг, колл-центр, инфоматы). Карта пациента заранее извлекается регистратором и передается в кабинет врача.
- Интеграция оплаты в МИС: пациент оплачивает услуги онлайн (через QR-код, мобильное приложение) или терминалом самообслуживания в холле. Кассир выполняет функцию консультанта.
- Внедрение системы навигации: цветовая маркировка коридоров, указатели, электронное табло с номерами кабинетов и фамилиями врачей, или консультации пациента администратором и направление его до кабинета (при необходимости).
- Параллелизация процессов: пациент может оплатить услугу до или после приема (по договоренности). Информирование о времени приема через SMS-оповещение или электронное табло с очередью.

3. Метрики времени

- 1) Среднее время от входа в здание до приема врача (целевой показатель — ≤ 20 мин). Ключевой интегральный показатель.
- 2) Среднее время ожидания в очереди в регистратуру (цель — ≤ 3 мин, либо исключить полностью).
- 3) Среднее время ожидания оплаты (цель — ≤ 2 мин, либо исключить).
- 4) Доля пациентов, принятых строго по времени записи (отклонение ± 5 мин) — показатель

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за последний квартал зафиксировано три критических инцидента простоя оборудования. Причина — отсутствие специфических фильтров для аппаратов ИВЛ на складе. При этом инвентаризация показала наличие на складе избытка других расходных материалов с истекающим сроком годности на сумму свыше 500 тысяч рублей. Процесс закупки осуществляется централизованно отделом логистики поквартально на основании заявок отделений, поданных полгода назад, без учета реальной динамики заболеваемости.

Вопросы:

1. Проанализируйте описанный процесс закупок с точки зрения теории ограничений систем (ТОС) и принципов бережливого производства (Lean). Назовите ключевую ошибку планирования.
2. Разработайте алгоритм перехода на адаптивную модель управления запасами для критически важных медикаментов и расходных материалов отделения ОРИТ.
3. Как руководителю процесса следует изменить систему управленческой отчетности, чтобы своевременно выявлять риск возникновения дефицита или профицита (затоваривания) до того, как это повлияет на лечебный процесс?

Эталоны ответов:

1. Ключевая ошибка — использование выталкивающей системы (Push system) вместо вытягивающей (Pull system) и планирование на основе устаревших данных. Ошибка заключается в длинном плече поставки (6 месяцев) и жестком графике, который не учитывает вариативность спроса. С точки зрения ТОС, система ограничена скоростью реакции снабжения, что приводит к дефициту критических позиций (барабан ограничения) при одновременном затоваривании склада неликвидом (избыточные запасы).
2.
 1. Разделение запасов на группы (например, по принципу ABC/XYZ-анализа). Группа А (критические позиции, как фильтры ИВЛ) выводится из общего квартального плана.

2. Внедрение модели «минимум-максимум» (Min-Max) для группы А: автоматический заказ поставщику срабатывает в МИС при достижении минимального остатка, независимо от графика.
3. Переход на двухнедельные циклы корректировки плановой заявки для остальных групп товаров.
4. Заключение договора с поставщиком на обязательное экстренное пополнение дефицитных позиций в течение 4–8 часов (SOS-поставка).
3. Отказаться от ежемесячных бумажных отчетов о движении ТМЦ в пользу автоматизированного аналитического дашборда. На нем должны отображаться: текущий остаток дней запаса по каждой критической позиции, прогноз исчерпания запаса на 14 дней вперед исходя из среднего расхода, список позиций с риском истечения срока годности (менее 3 месяцев) и статус текущих заказов в пути. Ответственность за мониторинг этих показателей распределяется между старшей медсестрой (физический остаток) и клиническим фармакологом/врачом (обоснованность потребности).

Коды результатов обучения 5.у1., 5.у2., 5.у6.

ПК-6. Способен управлять медицинской организацией

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Главному врачу медицинской организации поставлена задача разработать стратегический план развития на ближайшие 5 лет. При анализе внешних и внутренних факторов выявлено, что в районе расположения организации демографическая ситуация характеризуется старением населения и ростом числа хронических заболеваний, материально-техническая база изношена на 65%, кадровый состав стабилен, но средний возраст врачей приближается к пенсионному, система финансирования преимущественно бюджетная, с ограниченными возможностями для привлечения инвестиций. Какое управленческое решение должно стать основой стратегии организации?	А) Провести косметический ремонт фасада здания для улучшения имиджа организации. Б) Сконцентрироваться на развитии гериатрической помощи и внедрении стационарозамещающих технологий, параллельно запустив программу наставничества и подготовки кадров для поэтапной модернизации оборудования. В) Полностью перейти на оказание платных медицинских услуг, отказавшись от участия в государственных программах. Г) Провести массовое сокращение персонала для снижения текущих расходов организации.	Б	6.у6.

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В больнице за квартал на 40% выросло число обоснованных жалоб пациентов и штрафов СМО за дефекты оказания помощи в терапевтическом отделении. Внутренний аудит показал: врачи не соблюдают клинические рекомендации, заведующий не проводит разбор дефектов, дисциплинарные меры не применяются. Какое решение главного врача является наиболее системным для устранения причин нарушений?	А) Объявить выговор заведующему и обязать его лично проверять все истории болезни до выписки, провести беседу с врачами о недопустимости нарушений. Б) Провести заседание врачебной комиссии с разбором всех дефектных случаев, разработать корректирующие мероприятия (актуализация стандартов, чек-листы, контроль заведующего), утвердить график ежемесячных аудитов с участием оргметодотдела и применить взыскание к заведующему за ненадлежащий контроль. В) Увеличить штат отделения на 2 врача и 1 медсестру, выделить дополнительные средства на лекарства. Г) Возложить на оргметодотдел ежемесячную сплошную проверку всех историй болезни, а заведующему поручить усилить контроль документации.	Б	6.у5.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Главный врач центральной районной больницы (ЦРБ) готовит проект бюджета на следующий финансовый год. Анализ показал, что текущее финансирование по программе ОМС покрывает расходы на оплату труда, коммунальные услуги, приобретение лекарств и расходных материалов, а также текущий ремонт и содержание имущества. Однако износ диагностического оборудования (КТ-аппарат) составляет 95%, и требуется его замена или капитальный ремонт. Кроме того, в радиологическом корпусе требуется капитальный ремонт кровли для соблюдения санитарно-эпидемиологических требований (СанПиН 2.6.4115-25). Привлечение коммерческих кредитов невозможно из-за высокой закредитованности региона. В то же время в районе наблюдается отток трудоспособного населения, но растет доля пожилых людей.

Вопросы:

1. Какие источники финансирования должны быть задействованы для капитального

- ремонта кровли радиологического корпуса и замены/ремонта КТ-аппарата, и каково приоритетное управленческое решение с точки зрения обеспечения безопасности пациентов и сохранения лицензии?
2. На каких принципах должна строиться модель развития платных медицинских услуг, которая позволит привлечь внебюджетные средства.
 3. Какие ключевые показатели эффективности (KPI) следует внедрить для оценки работы заместителей главного врача, чтобы обеспечить сбалансированное развитие больницы в условиях дефицита бюджетного финансирования и необходимости развития платных услуг?

Эталоны ответов:

1. Источники финансирования и приоритетное решение

Объект	Источник финансирования	Нормативное обоснование
Капитальный ремонт кровли	Бюджетные ассигнования (областной/местный бюджет) в рамках программы модернизации первичного звена или целевых субсидий	Средства ОМС на капитальный ремонт зданий направлять запрещено
Замена КТ-аппарата	Бюджетные средства (программа модернизации) или нормированный страховой запас (НСЗ) ТФОМС (на ремонт)	Капитальный ремонт оборудования Правилами ОМС не предусмотрен, но НСЗ может использоваться

Приоритетное управленческое решение:

- 1) Незамедлительно подать заявку в орган управления здравоохранением субъекта РФ на включение ЦРБ в программу модернизации первичного звена (или региональную программу капитального ремонта) для финансирования ремонта кровли и замены КТ-аппарата.
- 2) Одновременно инициировать обращение в ТФОМС о возможности использования средств нормированного страхового запаса на ремонт существующего КТ-аппарата (как временную меру до получения бюджетного финансирования на замену).
- 3) Обеспечить безопасность пациентов в период до ремонта: провести внеплановый радиационный контроль, при выявлении нарушений — ограничить или приостановить эксплуатацию корпуса до устранения угрозы (в соответствии с СанПиН 2.6.4115-25).
- 4) Организовать временную маршрутизацию пациентов на КТ-исследования в соседние медицинские организации (по договору) на период вынужденного простоя оборудования.

2:

Модель платных услуг должна строиться на принципах:

- Разделение потоков – платные услуги оказываются в отдельные часы или смены, без ущерба для очередей по ОМС.
- Перечень – только услуги, не входящие в программу госгарантий, либо сверх установленных объёмов (ускоренное обследование, расширенные протоколы, выездные консультации).

- Информирование – врач обязан предупредить пациента о возможности бесплатного получения аналогичной услуги по ОМС.
- Ценообразование – прозрачные тарифы, утверждённые учредителем.
- Контроль – отдельный учёт доходов и расходов, запрет на принуждение к плате.
- Приоритет – экстренная и неотложная помощь вне очереди.

3: Внедрить KPI по четырём направлениям:

- Финансовые – доля внебюджетных доходов (цель 10–15%), освоение бюджетных средств на ремонт/оборудование ($\geq 95\%$).
- Качество и безопасность – снижение числа дефектов оформления документации ($\leq 5\%$) и обоснованных жалоб (-20% за год).
- Материально-технические – простой диагностического оборудования ($\leq 5\%$ времени), выполнение плана текущих ремонтов (100%).
- Кадровые – укомплектованность врачами ($\geq 90\%$) и доля прошедших обучение по программам НМО ($\geq 80\%$).
- Интегральный KPI – бездефицитный бюджет при сохранении доступности и качества помощи.

Коды результатов обучения 6.y1., 6.y2., 6.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В областной клинической больнице на базе отделения реанимации и анестезиологии (РАО) организован круглосуточный пост санитарной авиации для экстренных выездов в районы области. За последние полгода число вызовов выросло на 40% из-за роста ДТП и сердечно-сосудистых катастроф. Врачи РАО систематически перерабатывают (в среднем на 20 часов в месяц сверх нормы), что привело к профессиональному выгоранию и конфликтам. Коллектив направил главному врачу жалобу с требованием пересмотра графика, увеличения штата и замены устаревшего оборудования, угрожая массовыми увольнениями. Бюджетные средства ограничены, привлечь новых врачей в регион сложно из-за отсутствия жилья и низких зарплат.

Вопросы:

1. Опишите алгоритм действий руководителя на этапе деэскалации конфликта перед принятием окончательного решения.
2. Разработайте компромиссный организационный механизм распределения нагрузки по линии санитарной авиации, который сохранит объемы финансирования, но снизит нагрузку на штатных врачей РАО.
3. Сформулируйте долгосрочную программу кадрового обеспечения отделения реанимации, которую должен утвердить главный врач, чтобы устранить коренную причину конфликта.

Эталоны ответов:

1.
 - 1) Шаг 1: Личная встреча с инициативной группой врачей РАО для открытого диалога
 - 2) Шаг 2: Проведение объективного хронометража рабочего времени сотрудников отделения, чтобы подтвердить фактическую переработку документально, а не на словах.
 - 3) Шаг 3: Публичное признание руководством наличия проблемы (устаревшее оборудование и кадровый голод) — это снимает эмоциональное напряжение и переводит диалог в конструктивное русло.
 - 4) Шаг 4: Формирование совместной рабочей группы (врачи + администрация) для поиска выхода из ситуации.
2.
 - 1) Изменение графика дежурств: переход от круглосуточных постов санавиации к системе «на дому» с гарантированным временем прибытия в больницу (например, 60 минут) и выплатой компенсации за использование личного телефона/автомобиля.
 - 2) Привлечение внешних ресурсов: заключение договора о совместительстве с опытными анестезиологами частных клиник города для закрытия ночных смен санавиации.
 - 3) Делегирование полномочий: передача первичного дистанционного консультирования районных врачей профильным специалистам (хирургам, кардиологам) через телемедицинский центр, оставляя вызов бригады РАО только для инвазивных вмешательств.
3.
 - 1) Запуск региональной программы для специальности «анестезиология-реаниматология» с предоставлением служебного жилья в первоочередном порядке.
 - 2) Заключение целевых договоров на обучение со студентами медицинского вуза с повышенной стипендией от организации на весь период учебы.
 - 3) Модернизация парка оборудования: включение закупки новых аппаратов ИВЛ в инвестиционную программу следующего года под гарантии профсоюза о сохранении кадров.
 - 4) Введение должности помощника врача (медицинского брата с расширенными функциями) для снятия с квалифицированных врачей бумажной нагрузки.

Коды результатов обучения 6.у1., 6.у2., 6.у6.

Примеры вопросов для индивидуального собеседования по модулю I:

1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука. Задачи и основные разделы общественного здоровья.
2. Оценочные уровни здоровья населения.
3. Основные методы науки об общественном здоровье и здравоохранении (статистический, метод экспертных оценок, исторический).
4. Основные методы науки об общественном здоровье и здравоохранении (метод экономических исследований, экспериментальный, моделирования, наблюдения и опроса, эпидемиологический метод).
5. Роль общественного здоровья и здравоохранения в практической деятельности органов и учреждений здравоохранения, в экономике, планировании, управлении в здравоохранении.

6. Социальные и биологические закономерности здоровья населения.
7. Социальные условия и социальные факторы, их влияние на здоровье населения.
8. Уровни изучения здоровья населения.
9. Образ жизни и здоровье.
10. Профилактика: цель, задачи, виды, уровни.
11. Структура и функции профилактической деятельности
12. Измерители здоровья как параметра качества жизни
13. Заболеваемость населения. Понятие «собственно заболеваемость». Понятие «распространенность».
14. Виды заболеваемости в статистике заболеваемости.
15. Понятие «инвалидность». Группы инвалидности.
16. Первичная инвалидность. Понятие «общей инвалидности».
17. Понятие физического развития. Факторы и признаки физического развития.
18. Определение демографии, разделы демографии.
19. Механическое и естественное движение населения.
20. Типы возрастной структуры населения.
21. Понятие средней продолжительности предстоящей жизни

Модуль 2. Организационно-правовые основы охраны здоровья (ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

ПК-2. Способен обеспечить организационно-методическое сопровождение деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В медицинской организации внедряется новый вид деятельности – проведение периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах. Какое организационно-методическое действие является обязательным для законного оказания данной услуги согласно законодательству РФ?	А) Издание внутреннего приказа об утверждении состава врачебной комиссии без уведомления надзорных органов Б) Внесение соответствующих работ (услуг) по медицинским осмотрам в действующую лицензию на осуществление медицинской деятельности В) Заключение договора с территориальным фондом ОМС на оплату проведенных осмотров Г) Разработка положения о внутреннем контроле качества исключительно для данного вида осмотра	Б	2.у3.

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов

		ответ	татов обуче- ния
Организационно-методический отдел проводит анализ эффективности работы регистратуры поликлиники. Выявлено, что среднее время ожидания пациентом очереди в пиковые часы составляет 35 минут при целевом показателе до 15 минут. Какой управленческий алгоритм должен применить специалист для устранения выявленного несоответствия?	А) Провести хронометраж работы регистраторов, разработать и внедрить комплекс корректирующих мероприятий (перераспределение функций, изменение маршрутизации, оптимизация рабочих мест), после чего оценить их эффективность путем повторного замера времени ожидания. Б) Направить служебную записку главному врачу с предложением наложить дисциплинарные взыскания на всех администраторов зала В) Увеличить количество талонов самозаписи через интернет-портал, не меняя график работы врачей-специалистов Г) Опубликовать официальное объявление для пациентов с просьбой приходить строго ко времени записи во избежание скопления людей	А	2.у2. 2.у3.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В многопрофильном стационаре закуплено современное оборудование для проведения эндоскопических операций нового типа (холецистэктомия из одного доступа — SILS). Главный врач поручает специалисту организационно-методического отдела разработать план внедрения данной услуги в практику отделения хирургии.

Вопросы:

1. Какое первоочередное организационно-правовое действие должен предпринять специалист, чтобы медицинская организация имела юридическое право оказывать данную высокотехнологичную помощь на коммерческой основе?
2. Какие изменения должны быть внесены во внутреннюю нормативную документацию организации для стандартизации работы персонала при использовании новой методики?
3. По каким количественным показателям организационно-методический отдел должен оценивать эффективность внедрения данной технологии через 6 месяцев работы?

Эталоны ответов:

1. Специалист должен провести аудит действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности. Поскольку технология SILS имеет иной код номенклатуры медицинских услуг по сравнению с классической лапароскопией, необходимо инициировать процедуру переоформления лицензии путем внесения изменений в перечень работ (услуг), которые выполняются учреждением в конкретном отделении. Без этого выставление счетов за услугу будет незаконным.
2. Необходимо разработать и утвердить локальный клинический протокол (или

адаптировать существующий) и стандартную операционную процедуру (СОП) «Алгоритм подготовки пациента и ведения раннего послеоперационного периода при SILS-холецистэктомии». Также требуется внести дополнения в должностные инструкции оперирующего хирурга, операционной медсестры и анестезиолога, закрепив требования к их дополнительному обучению и наличию сертификата специалиста именно по этой методике.

3.

- a. Средняя длительность пребывания пациента на койке (в сравнении с классической лапароскопией).
- b. Доля осложнений в раннем послеоперационном периоде (кровотечения, нагноения ран).
- c. Экономическая рентабельность услуги (соотношение затрат на расходные материалы повышенной стоимости и цены реализации услуги/тарифа ОМС).
- d. Уровень удовлетворенности пациентов методом анкетирования (оценка косметического эффекта и болевого синдрома).

Коды результатов обучения 2.y1., 2.y2., 2.y3.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Страховая медицинская организация по результатам медико-экономической экспертизы (МЭЭ) приняла решение о неполной оплате счетов районной больницы за 15 случаев лечения в терапевтическом отделении. Основание — выявленные дефекты оформления первичной медицинской документации: отсутствие обоснования врачебных назначений и несоответствие установленных диагнозов клиническим рекомендациям (протоколам ведения пациентов). Общая сумма неоплаты составила 350 тыс. рублей. Организационно-методический отдел назначен ответственным за проведение внутреннего разбора и устранение причин нарушений.

Вопросы:

1. Какой инструмент внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности следует применить в первую очередь для выявления системной причины возникновения однотипных дефектов в оформлении историй болезни разными лечащими врачами?
2. Разработайте алгоритм действий специалиста организационно-методического отдела по устранению выявленных дефектов и предотвращению их повторения в будущем.
3. Какую форму управленческой отчетности должен подготовить специалист для главного врача по итогам проделанной работы, чтобы продемонстрировать результативность принятых мер?

Эталоны ответов:

1 В первую очередь организационно-методический отдел должен провести целевой внутренний аудит (экспертизу) медицинской документации по всем 15 случаям, по которым СМО применила санкции. Алгоритм проведения аудита:

- 1) Изъятие и анализ всех 15 историй болезни.
- 2) Классификация дефектов по видам:

- 3) дефекты оформления документации (отсутствие записей, нечитаемость, отсутствие подписей);
- 4) дефекты диагностики (несоответствие диагноза критериям, отсутствие дифференциальной диагностики);
- 5) дефекты лечения (необоснованность назначений, несоответствие клиническим рекомендациям).
- 6) Выявление системной причины — например, отсутствие у врачей актуальных клинических рекомендаций, перегрузка врачей, недостаточный контроль со стороны заведующего отделением.
- 7) Оценка частоты аналогичных дефектов в отделении в целом (путем выборочной проверки других историй болезни).

2 Алгоритм действий организационно-методического отдела

Пошаговый алгоритм:

- 1) Проведение внутренней экспертизы — разбор каждого из 15 случаев с заполнением экспертных карт (приложение к приказу Минздрава № 203н).
 - 2) Подготовка аналитической справки — с выделением системных причин и классификацией дефектов.
 - 3) Организация заседания врачебной комиссии с разбором дефектных случаев, приглашением лечащих врачей и заведующего отделением для дачи пояснений.
 - 4) Разработка корректирующих мероприятий:
 - 5) актуализация клинических рекомендаций и стандартов в отделении;
 - 6) проведение обучающего семинара для врачей по правилам оформления первичной документации и обоснования назначений;
 - 7) внедрение внутреннего контроля — назначение ответственного за предварительную проверку историй болезни перед сдачей в архив;
 - 8) пересмотр должностных инструкций и критериев оценки работы врачей.
 - 9) Усиление контроля — заведующий отделением еженедельно проверяет не менее 30% историй болезни пациентов, выписанных из отделения.
 - 10) Повторный мониторинг — через 1–2 месяца провести повторную выборочную проверку документации для оценки эффективности принятых мер.
 - 11) Подготовка итогового доклада главному врачу с предложением о применении мер дисциплинарного воздействия к врачам, допустившим грубые нарушения, при их систематическом характере.
4. Специалист должен подготовить аналитическую справку (докладную записку) на имя главного врача, которая включает следующие разделы:
- 1) Вводная часть: результаты МЭЭ, количество и сумма неоплаты, перечень дефектов.
 - 2) Результаты внутреннего аудита: классификация выявленных нарушений, системные причины.
 - 3) Перечень проведенных мероприятий: заседания ВК, семинары, актуализация документов.
 - 4) Предложения по совершенствованию: конкретные управленческие решения (кадровые, организационные, методические).
 - 5) Показатели результативности: планируемое снижение числа аналогичных дефектов (в процентах) и сроки повторного контроля.
 - 6) Приложения: копии экспертных карт, протоколы заседаний ВК, материалы обучающих семинаров.

Коды результатов обучения 2.у1., 2.у2., 2.у3.

ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В отделении стационара один из врачей уходит в плановый ежегодный отпуск на 14 календарных дней. В этот период прогнозируется сохранение планового потока пациентов, а также поступление экстренных больных. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для заведующего отделением с точки зрения обеспечения непрерывности лечебного процесса и соблюдения трудового законодательства?	А) Приостановить госпитализацию плановых пациентов на весь период отпуска врача до его выхода на работу. Б) Самостоятельно взять на себя дополнительную ставку (совмещение) без изменения графика работы остального персонала отделения. В) Перераспределить утвержденную врачебную нагрузку между оставшимися сотрудниками отделения с их письменного согласия и установлением соответствующей доплаты за увеличение объема работ. Г) Досрочно отозвать врача из отпуска без получения его предварительного согласия, так как ситуация относится к производственной необходимости.	В	3.у3., 3.у4, 3.у5

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Во время ночного дежурства медицинская сестра поста сообщила заведующему отделением реанимации об отказе аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у тяжелого пациента. Аппарат имеет критическую неисправность,	А) Оставить заявку в журнале обращений инженерной службе на следующее утро и продолжить использование резервного оборудования без оформления дополнительных документов. Б) Организовать немедленную замену неисправного аппарата на резервный с фиксацией инцидента в журнале технического обслуживания, служебной запиской инициировать внеплановую проверку всего парка реанимационного оборудования и провести инструктаж персонала по действиям при	Б	3.у8.

исключающую его дальнейшую эксплуатацию. Какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением как руководитель для решения проблемы в моменте и предотвращения подобных ситуаций в будущем?	аварийном выходе техники из строя. В) Публично объявить выговор ответственному за медицинскую технику сотруднику отделения за ненадлежащий осмотр оборудования перед началом смены. Г) Перевести пациента на ручную вентиляцию мешком Амбу силами двух постов персонала до конца суток, ожидая прихода биомедицинского инженера.		
---	--	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В кардиологическом отделении стационара на 40 коек в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ резко увеличилось количество экстренных госпитализаций пациентов с острыми коронарными синдромами. Свободный коечный фонд в отделении отсутствует. Бригада скорой медицинской помощи доставила в приемное отделение больницы пациента с острым инфарктом миокарда. Врач приемного отделения, оценив состояние пациента как угрожающее жизни, принял решение об экстренной госпитализации в кардиологическое отделение и уведомил об этом заведующего отделением. Однако палатная медицинская сестра, за которой закреплен пост в палате интенсивной терапии, заявила, что не будет принимать пациента, ссылаясь на отсутствие свободных коек и перегрузку. Старшая медицинская сестра отделения находится на больничном.

Вопросы:

1. Каковы правовые и организационные последствия отказа медицинской сестры в приеме пациента, доставленного по экстренным показаниям, и какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением для обеспечения экстренной госпитализации?
2. Какие кадровые и организационные решения должен принять заведующий отделением для стабилизации работы в условиях отсутствия старшей медицинской сестры и повышенной нагрузки на персонал?
3. Какой организационно-распорядительный документ должна разработать организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением для четкого разграничения обязанностей персонала в нештатных ситуациях и предотвращения подобных конфликтов в будущем?

Эталоны ответов

1. Правовые последствия отказа и действия заведующего

Правовые последствия отказа медсестры:
Отказ в оказании медицинской помощи в экстренной форме является грубым нарушением:

- ст. 11 Федерального закона № 323-ФЗ (недопустимость отказа в оказании

- медицинской помощи);
- ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» (уголовная ответственность при наступлении тяжких последствий);
- нарушение должностной инструкции и профессионального стандарта.

Медицинская сестра может быть привлечена к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

Первоочередные действия заведующего отделением:

- 1) Лично организовать прием пациента — отдать устное распоряжение о временном размещении пациента в палате интенсивной терапии (при отсутствии мест — в коридоре или процедурной с обеспечением круглосуточного наблюдения, но с обязательным уведомлением администрации).
- 2) Обеспечить оказание неотложной помощи — вызвать дежурного врача-кардиолога, при необходимости — реаниматолога.
- 3) Зафиксировать факт отказа — доложить главному врачу (заместителю) для проведения служебной проверки.
- 4) Организовать экстренное заседание врачебной комиссии для решения вопроса о переводе пациентов в другие отделения или другие стационары (при невозможности развернуть дополнительные койки).

2. Кадровые и организационные решения

- 1) Временное возложение обязанностей старшей медицинской сестры — издать приказ по отделению (или ходатайствовать перед главным врачом) о возложении обязанностей старшей медсестры на наиболее опытную палатную медсестру с оформлением дополнительного соглашения к трудовому договору и доплатой.
- 2) Перераспределение функциональных обязанностей — временное закрепление части административных функций (контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима, обеспечение медикаментами и расходными материалами, ведение отчетности) за старшей медсестрой другого отделения (по согласованию с главной медицинской сестрой) или за заместителем главного врача по сестринскому делу.
- 3) Усиление кадрового состава — привлечение дополнительного персонала за счет внутреннего совместительства, перераспределение нагрузки между палатными медсестрами (введение 12-часовых смен или дополнительных дежурств с оплатой сверхурочных).
- 4) Организация временного коечного фонда — развертывание дополнительных мест в коридорах или перепрофилирование палат другого отделения (с уведомлением главного врача и соблюдением санитарных норм).

3. Организационно-распорядительный документ

Организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением должна разработать «План действий персонала кардиологического отделения в нештатных и экстремальных ситуациях» (или «Инструкцию по организации работы отделения в условиях дефицита коечного фонда и кадрового дефицита»).

Документ должен включать:

- 1) Алгоритм действий при отсутствии свободных коек:
 - a. порядок экстренного развертывания дополнительных мест;
 - b. критерии временного размещения пациентов в коридоре / смотровой;
 - c. порядок информирования администрации и перевода пациентов в другие стационары.
- 2) Порядок замещения временно отсутствующего персонала:
 - a. схема назначения исполняющего обязанности старшей медсестры;
 - b. порядок перераспределения функциональных обязанностей между палатными и процедурными медсестрами;

- с. алгоритм вызова дополнительного персонала в нерабочее время.
- 3) Четкое разграничение ответственности:
 - а. заведующий отделением — организация приема, кадровые решения, взаимодействие с администрацией;
 - б. старшая медсестра (или и.о.) — обеспечение работы среднего персонала, контроль за наличием медикаментов и оборудования;
 - с. палатные медсестры — прием и размещение пациентов, выполнение врачебных назначений, ведение документации;
 - д. процедурные медсестры — выполнение манипуляций по назначению врача (при отсутствии палат интенсивной терапии — помощь в уходе за тяжелыми пациентами).
- 4) Порядок оформления документации в нештатных ситуациях:
 - а. журнал учета временно размещенных пациентов;
 - б. акты о перегрузке отделения;
 - с. служебные записки главному врачу.
- 5) Меры ответственности за невыполнение распоряжений руководителя в экстренной ситуации (со ссылкой на Трудовой кодекс и должностные инструкции).
- 6) Данный документ утверждается главным врачом и доводится до сведения всего персонала отделения под подпись. Его наличие позволяет избежать конфликтов функциональных обязанностей в будущем и обеспечивает правовую защиту как персонала, так и руководства

Коды результатов обучения 3.у5., 3.у8.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заведующий хирургическим отделением получил результаты экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией. В отношении одного из случаев планового хирургического лечения выявлен дефект: развитие нагноения послеоперационной раны. Причиной дефекта, по мнению экспертов СМО, явилось нарушение правил асептики и антисептики во время операции, что подтверждается записями в операционном журнале. В результате страховой организацией принято решение о **неполной оплате** данного случая медицинской помощи.

Вопросы:

1. В чем разница между «неполной оплатой» медицинской помощи и «штрафом» за нарушения, выявленные в ходе контроля качества? Какой из этих инструментов применен в данной ситуации и на каком основании?
2. Разработайте алгоритм действий заведующего отделением по проведению внутреннего разбора данного случая для выявления и устранения системных причин дефекта.
3. Какие организационные решения необходимо принять заведующему отделением и руководству больницы, чтобы предотвратить повторение подобных нарушений в будущем?

Эталон ответов

1. Разница между «неполной оплатой» и «штрафом»

Это принципиально разные инструменты, которые регулируются статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- Неполная оплата (удержание) — это уменьшение суммы, подлежащей оплате за конкретный случай оказания медицинской помощи. Применяется, когда помощь оказана, но с нарушениями, которые не позволяют оплатить ее в полном объеме (например, дефекты оформления, не позволяющие провести экспертизу). Сумма удерживается из средств, предназначенных для оплаты этого случая.
- Штраф — это дополнительное взыскание, которое налагается на медицинскую организацию сверх неоплаченной или неполностью оплаченной суммы. Применяется за более грубые нарушения: неоказание, несвоевременное оказание либо оказание помощи ненадлежащего качества.

В данной ситуации страховой организацией применена неполная оплата, так как случай был признан оказанным с дефектом (нагноение раны), что является основанием для уменьшения оплаты.

2. Алгоритм действий заведующего отделением

Для проведения внутреннего разбора и выявления системных причин дефекта заведующий должен:

- 1) Провести внутреннее расследование:
 - a. Изучить всю первичную медицинскую документацию по данному случаю (историю болезни, операционный журнал, листы назначений, температурные листы).
 - b. Провести беседу с лечащим врачом, операционной бригадой, палатной медсестрой, осуществлявшей послеоперационный уход.
- 2) Классифицировать выявленные нарушения:
 - a. Определить, является ли дефект единичным случаем или системной проблемой (например, анализ записей в операционном журнале за последние месяцы на предмет аналогичных нарушений).
 - b. Выявить конкретное звено, где произошел сбой: нарушение техники операции, недостаточная антибиотикопрофилактика, некачественный уход за раной, проблемы с расходными материалами.
- 3) Организовать заседание врачебной комиссии (или клинико-анатомической конференции):
 - a. Представить на разбор данный случай с участием всех причастных специалистов.
 - b. Разработать конкретные корректирующие мероприятия для устранения выявленных причин.

3. Организационные решения для предотвращения повторения

По результатам разбора заведующий должен инициировать следующие решения:

- 1) Усиление контроля за соблюдением стандартов:
 - a. Провести внеплановый инструктаж с операционными и палатными медсестрами по правилам асептики и антисептики, уходу за послеоперационными ранами.
 - b. Назначить ответственное лицо (например, старшую медсестру) за ежедневный контроль за состоянием послеоперационных ран и своевременную смену повязок.
- 2) Оптимизация материально-технического обеспечения:
 - a. Внести изменения в заявки на расходные материалы (стерильные салфетки, перевязочные материалы, антисептики), чтобы исключить их дефицит.
 - b. Организовать систему контроля за наличием и расходом материалов в отделении.
- 3) Совершенствование документационного контроля:
 - a. Разработать чек-лист для лечащих врачей по обязательным записям в

- истории болезни (особенно в части обоснования назначений, описания состояния раны).
- b. Внедрить систему внутреннего аудита документации перед ее сдачей в архив.
- 4) Кадровые решения:
- a. При систематическом характере нарушений у конкретных сотрудников — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного взыскания.
- b. Направить сотрудников на тематические курсы повышения квалификации по вопросам хирургической инфекции и ухода за ранами.

Коды результатов обучения 3.y1., 3.y4., 3.y6., 3.y7., 3.y8.

ПК-4. Способен управлять организационно методическим подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Руководитель организационно-методического отдела планирует внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в многопрофильной больнице. Какое управленческое решение является первоочередным и обязательным для создания правовой основы этой деятельности?	А) Издать приказ о создании врачебной комиссии по качеству без утверждения Положения о внутреннем контроле. Б) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности во исполнение Приказа Минздрава России № 785н. В) Провести обучение всех врачей отделения по вопросам клинических рекомендаций без изменения внутренней документации. Г) Заключить договор с внешней экспертной организацией для проведения ежегодного аудита.	Б	4.y1., 4.y3

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Главный врач поручил руководителю организационно-	А) Провести однократный семинар для неврологов и терапевтов по новому алгоритму без внесения изменений в рабочие инструкции и	Б	4.y1., 4.y3.

методического отдела внедрить новый порядок маршрутизации пациентов с подозрением на инсульт в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Какой комплекс организационно-методических действий обеспечит эффективное внедрение и устойчивый результат?	регламенты. Б) Разработать и утвердить СОП «Порядок маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения», провести обучение персонала, внедрить чек-листы контроля и организовать регулярный мониторинг исполнения. В) Изменить только расписание дежурств рентген-кабинета, предполагая, что это автоматически ускорит диагностику инсульта. Г) Издать распоряжение о штрафах за нарушение порядка маршрутизации без предварительной подготовки персонала.		
---	--	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Руководителю организационно-методического отдела поручено внедрить в работу поликлиники новые клинические рекомендации по ведению пациентов с артериальной гипертензией. За последние полгода показатель контроля артериального давления среди прикрепленного населения снизился с 58% до 42%. Анализ показал, что врачи используют устаревшие подходы к лечению, а в медицинской информационной системе (МИС) отсутствуют автоматизированные алгоритмы подбора терапии. Врачи выражают сопротивление изменениям, ссылаясь на нехватку времени и сложность новых схем лечения.

Вопросы:

1. Составьте пошаговый план организационно-методических мероприятий для внедрения новых клинических рекомендаций, обеспечивающий вовлеченность врачей и достижение целевых показателей.
2. Какие инструменты мотивации и организационного воздействия следует применить для преодоления сопротивления персонала и повышения приверженности врачей новым стандартам?
3. По каким ключевым индикаторам руководитель организационно-методического отдела будет оценивать эффективность внедрения изменений через 6 месяцев?

Эталоны ответов:

1

- Провести экспресс-аудит текущей практики (выборочно изучить карты пациентов с артериальной гипертензией за последний квартал).
- Организовать целевой семинар с участием эксперта-кардиолога для разъяснения ключевых положений рекомендаций и практических алгоритмов.
- Разработать и утвердить локальный клинический протокол и СОП «Порядок диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией».
- Провести обучение врачей с обязательной аттестацией и оформлением

- протоколов повышения квалификации.
- Организовать рабочее совещание с IT-службой для доработки МИС: внедрение автоматических подсказок по коррекции терапии и формирование групп пациентов для активного наблюдения («риск-группы»).
- Внедрить систему внутреннего контроля: чек-листы проверки карт, ежемесячные мониторинги показателей контроля АД, разбор отклонений на врачебных конференциях.

2

- Привлечение врачей к разработке протоколов (принцип участия повышает лояльность).
- Демонстрация позитивных примеров (best practice) — выделение врачей, чьи пациенты показывают лучшие результаты.
- Интеграция показателей контроля АД в систему премирования или KPI врачей.
- Регулярная обратная связь: индивидуальные беседы, публичное признание успехов на собраниях коллектива.

3

- Процент пациентов с достигнутым целевым уровнем АД (<140/90 мм рт. ст.) — динамика роста минимум на 15%.
- Количество вызовов скорой помощи по поводу гипертонических кризов на 1000 прикрепленных пациентов.
- Выполнение плана диспансерного наблюдения (процент пациентов, состоящих на учете и прошедших обследование в установленные сроки).
- Уровень удовлетворенности пациентов качеством консультативной помощи (опросы, отзывы).

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y4., 4.y5.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

По результатам ежеквартального внутреннего аудита качества медицинской помощи в педиатрическом отделении выявлено, что в 25% историй болезни детей с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) отсутствует обоснование выбора противовирусных препаратов, а в 15% случаев — не указаны сроки повторного осмотра. В рамках экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией, данные нарушения квалифицированы как дефекты оформления первичной медицинской документации, вследствие чего страховой компанией принято решение о неполной оплате (удержании) счетов медицинской организации на общую сумму 450 тыс. рублей.

Вопросы:

1. Определите системные причины выявленных дефектов и сформулируйте гипотезу о корневой проблеме в организации работы отделения.
2. Предложите комплекс организационно-методических мероприятий для устранения дефектов и предотвращения их повторения, включая разработку новых локальных нормативных актов.

3. Как руководитель организационно-методического отдела должен представить результаты своей работы главному врачу, чтобы обосновать необходимость внедрения системы непрерывного медицинского образования (НМО) по вопросам клинической фармакологии и стандартизации для врачей педиатрического отделения?

Эталоны ответов :

1. Системные причины выявленных дефектов:

- 1) Дефицит управленческого контроля со стороны заведующего отделением и старшей медицинской сестры за ведением медицинской документации.
- 2) Отсутствие системы внутреннего аудита назначений на этапе их оформления (предварительный контроль до сдачи историй в архив).
- 3) Низкая компетентность врачей в вопросах клинической фармакологии и доказательной медицины (незнание или игнорирование актуальных клинических рекомендаций по лечению ОРВИ у детей).
- 4) Отсутствие стандартизированных форм для обоснования назначений в истории болезни (нет четкого алгоритма, какие параметры нужно фиксировать).

Гипотеза о корневой проблеме:

Корневой проблемой является отсутствие в отделении эффективной системы обеспечения качества — врачи не имеют доступных и актуализированных клинических рекомендаций, не проходят регулярное обучение по вопросам рациональной фармакотерапии, а контроль со стороны руководства носит эпизодический и формальный характер. Это приводит к систематическим дефектам оформления и, как следствие, к финансовым потерям для медицинской организации.

2. Комплекс организационно-методических мероприятий

Для устранения дефектов и предотвращения их повторения необходимо реализовать следующие мероприятия:

I. Организационные мероприятия (в течение 2 недель):

- 1) Провести внеплановое заседание врачебной комиссии с разбором всех выявленных дефектных случаев, заслушать объяснения лечащих врачей.
- 2) Назначить ответственное лицо из числа наиболее опытных врачей отделения за ежедневный мониторинг обоснованности назначений (внутренний экспертный контроль).
- 3) Ввести в практику еженедельную выборочную проверку 30% историй болезни заведующим отделением с акцентом на обоснованность назначений и сроки осмотров.

II. Методические мероприятия (в течение 1 месяца):

- 1) Актуализировать и разместить на рабочих местах врачей алгоритмы и клинические рекомендации по лечению ОРВИ у детей.
- 2) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — «Порядок назначения лекарственных препаратов и оформления записей в медицинской документации в педиатрическом отделении» со следующими разделами:
 - a. перечень обязательных элементов обоснования назначения (клинические показания, ссылка на клинические рекомендации / стандарт, ожидаемый эффект);
 - b. сроки и периодичность повторных осмотров с указанием конкретных временных интервалов;
 - c. образец (шаблон) записи в истории болезни;
 - d. ответственность за нарушение порядка.

- 3) Разработать чек-лист «Самоконтроль врача при оформлении истории болезни» для каждого пациента, включающий пункты: «обоснование назначения есть», «сроки осмотров указаны», «соответствие клиническим рекомендациям».

III. Кадровые и образовательные мероприятия (в течение 3 месяцев):

- 1) Организовать цикл обучающих семинаров для врачей отделения по вопросам:
 - a. клиническая фармакология противовирусных препаратов;
 - b. критерии обоснованности назначений;
- 2) Включить в план непрерывного медицинского образования (НМО) врачей отделения тематические модули по стандартизации и контролю качества.
- 3) Провести итоговое тестирование врачей по знанию клинических рекомендаций и правил оформления документации.

IV. Мероприятия по контролю и оценке эффективности (через 2 месяца):

- 1) Провести повторный внутренний аудит с использованием тех же критериев для оценки динамики.
- 2) Подготовить сравнительный отчет о снижении числа дефектов (в процентах).
- 3) При отсутствии положительной динамики — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного воздействия.

3. Обоснование необходимости финансирования обучения

Руководитель организационно-методического отдела должен представить главному врачу аналитическую записку, в которой обосновывается приоритетность инвестиций в человеческий капитал (обучение врачей) перед техническими решениями. Структура обоснования:

- 1) Анализ причин дефектов (на основе данных внутреннего аудита):
 - a. В 100% выявленных дефектов причина — человеческий фактор (отсутствие записи, незнание критериев), а не технический сбой МИС.
 - b. Внедрение нового ПО без изменения компетенций врачей не устранил проблему, а лишь создаст иллюзию контроля.
- 2) Экономическое обоснование:
 - a. Сумма неоплаты по результатам экспертизы СМО — 450 тыс. руб. за один квартал.
 - b. Затраты на обучение всего врачебного состава отделения (курсы НМО, семинары) — ориентировочно 50–70 тыс. руб. (единовременно).
 - c. Экономический эффект от обучения — снижение числа дефектов минимум на 70%, что позволит избежать аналогичных удержаний в будущем и окупит затраты на обучение в течение 1–2 кварталов.
- 3) Соответствие нормативным требованиям:
 - a. В соответствии с Приказом Минздрава № 785н, внутренний контроль качества включает в том числе оценку компетенций персонала. Отсутствие системного обучения является нарушением требований к организации внутреннего контроля.
 - b. Клинические рекомендации по ОРВИ у детей требуют от врача обоснования каждого назначения. Без знаний врач не может выполнить это требование.
- 4) Предложение по использованию финансирования:
 - a. Направить запрашиваемые средства не на обновление МИС, а на организацию выездного цикла повышения квалификации для врачей отделения по программе «Актуальные вопросы клинической фармакологии и экспертизы качества медицинской помощи в педиатрии».
 - b. В качестве альтернативы — приобретение доступов к профессиональным базам данных (клинические рекомендации, формуляры) для каждого врача.
- 5) Прогнозируемые результаты:
 - a. Снижение числа дефектов оформления до 5% и менее через 3 месяца.

- б. Исключение финансовых потерь по данной категории нарушений.
- с. Повышение клинической компетентности врачей и, как следствие, качества медицинской помощи.

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y2., 4.y3., 4.y4., 4.y5.

ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В приемном отделении многопрофильного стационара в вечерние часы наблюдается критическое скопление пациентов, время ожидания осмотра врачом-терапевтом достигает 3 часов. При этом койки в профильных отделениях (терапия, хирургия) заняты на 98%, а выписка пациентов задерживается до обеда из-за длительного оформления медицинской документации и ожидания результатов лабораторных анализов. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для оптимизации сквозного процесса госпитализации?	А) Увеличить количество дежурных врачей в приемном отделении без изменения процессов работы профильных отделений. Б) Внедрить систему «стыковочных окон» (тайм-слотов) между приемным отделением и профильными службами, организовать работу кабинета выписки по принципу сестринского поста с предварительным оформлением документов лечащим врачом накануне и внедрить экспресс-лабораторию («Cito») с жестким нормативом выполнения анализов за 40 минут. В) Прекратить плановую госпитализацию во всем стационаре на неопределенный срок до полной разгрузки коечного фонда. Г) Перевести всех плановых пациентов на амбулаторное лечение, оставив в стационаре только экстренных больных.	Б	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Анализ финансово-хозяйственной деятельности показал, что рентабельность дневного стационара офтальмологического профиля составляет минус 15%.	А) Повысить стоимость платных услуг в дневном стационаре, чтобы компенсировать убытки от пациентов по ОМС. Б) Установить строгий запрет врачам на	В	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

При детальном изучении процесса выяснилось, что врачи поликлиники направляют в дневной стационар пациентов с простыми манипуляциями (например, удаление инородного тела роговицы), которые могут быть выполнены за 15 минут в условиях перевязочного кабинета, используя при этом тариф оплаты законченного случая лечения в дневном стационаре. Какое управленческое действие руководителя позволит оптимизировать финансовые потоки и загрузку мощностей?	направление любых пациентов в дневной стационар без личной визы главного врача. В) Разработать и внедрить четкий алгоритм маршрутизации (клинико-статистические группы – КСГ или критерии направления), закрепить простые манипуляции за перевязочными кабинетами поликлиники и настроить логику направлений в медицинской информационной системе (МИС). Г) Закрыть дневной стационар как нерентабельный и перевести весь объем помощи в круглосуточный стационар.		
---	--	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заместитель главного врача по поликлинической работе проанализировал данные медицинской информационной системы (МИС) и жалобы пациентов. Выявлено, что среднее время от момента входа пациента в здание до приема у врача составляет 45 минут. Внутренним KPI поликлиники установлен целевой показатель — не более 20 минут (с целью повышения доступности и комфорта). При разборе ситуации установлено:

- очередь в регистратуру для получения карты занимает 15–20 минут;
- ожидание оплаты платных услуг в кассе — еще 15 минут;
- поиск кабинета врача из-за отсутствия системы навигации и помощи — 10-15 минут.

Все эти процессы происходят последовательно, а сотрудники разных подразделений (регистраторы, кассиры, медсестры) подчиняются разным заведующим и не координируют свои действия.

Вопросы:

1. Какой инструмент процессного управления (в рамках методологии «Бережливая поликлиника») должен применить руководитель организационно-методического отдела для визуализации текущей схемы движения пациента и выявления всех видов потерь?
2. Предложите проект изменений в процесс (модель «как должно быть»), который устранил разрывы между подразделениями без увеличения количества персонала.
3. Какие количественные метрики времени необходимо внедрить в дашборд руководителя для непрерывного мониторинга эффективности обновленного процесса после его запуска?

Эталоны ответов:

1. Инструмент процессного управления

Руководитель организационно-методического отдела должен применить процессный

подход и использовать инструмент «Картирование потока создания ценности» (VSM).

Алгоритм применения:

- 1) Определение процесса: Выбрать процесс «Путь пациента от входа в поликлинику до начала приема врача».
- 2) Сбор данных: Провести хронометраж каждого этапа (вход → регистратура → касса → поиск кабинета → прием). Согласно рекомендациям, для достоверности необходимо выполнить не менее 5 замеров по каждому этапу.
- 3) Построение карты текущего состояния (As-Is): Визуализировать последовательность действий, время на каждом этапе (в том числе время ожидания), а также информационные потоки (кто кому передает данные).
- 4) Выявление потерь (потерь): Классифицировать все этапы по принципу ценности для пациента:
- 5) Создающие ценность: непосредственно прием врача.
- 6) Не создающие ценность, но необходимые: оформление документов (регистратура).
- 7) Потери (чистое время ожидания): ожидание в очереди в регистратуру, ожидание в кассе, поиск кабинета. Именно эти потери и являются корневой проблемой.
- 8) Разработка карты целевого состояния (To-Be): На основе анализа потерь спроектировать новый процесс.

2. Изменения в процесс

- Внедрение предварительной записи (через портал Госуслуг, колл-центр, инфоматы). Карта пациента заранее извлекается регистратором и передается в кабинет врача.
- Интеграция оплаты в МИС: пациент оплачивает услуги онлайн (через QR-код, мобильное приложение) или терминалом самообслуживания в холле. Кассир выполняет функцию консультанта.
- Внедрение системы навигации: цветовая маркировка коридоров, указатели, электронное табло с номерами кабинетов и фамилиями врачей, или консультации пациента администратором и направление его до кабинета (при необходимости).
- Параллелизация процессов: пациент может оплатить услугу до или после приема (по договоренности). Информирование о времени приема через SMS-оповещение или электронное табло с очередью.

3. Метрики времени

- 1) Среднее время от входа в здание до приема врача (целевой показатель — ≤ 20 мин). Ключевой интегральный показатель.
- 2) Среднее время ожидания в очереди в регистратуру (цель — ≤ 3 мин, либо исключить полностью).
- 3) Среднее время ожидания оплаты (цель — ≤ 2 мин, либо исключить).
- 4) Доля пациентов, принятых строго по времени записи (отклонение ± 5 мин) — показатель

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте

развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за последний квартал зафиксировано три критических инцидента простоя оборудования. Причина — отсутствие специфических фильтров для аппаратов ИВЛ на складе. При этом инвентаризация показала наличие на складе избытка других расходных материалов с истекающим сроком годности на сумму свыше 500 тысяч рублей. Процесс закупки осуществляется централизованно отделом логистики поквартально на основании заявок отделений, поданных полгода назад, без учета реальной динамики заболеваемости.

Вопросы:

1. Проанализируйте описанный процесс закупок с точки зрения теории ограничений систем (ТОС) и принципов бережливого производства (Lean). Назовите ключевую ошибку планирования.
2. Разработайте алгоритм перехода на адаптивную модель управления запасами для критически важных медикаментов и расходных материалов отделения ОРИТ.
3. Как руководителю процесса следует изменить систему управленческой отчетности, чтобы своевременно выявлять риск возникновения дефицита или профицита (затоваривания) до того, как это повлияет на лечебный процесс?

Эталоны ответов:

1. Ключевая ошибка — использование выталкивающей системы (Push system) вместо вытягивающей (Pull system) и планирование на основе устаревших данных. Ошибка заключается в длинном плече поставки (6 месяцев) и жестком графике, который не учитывает вариативность спроса. С точки зрения ТОС, система ограничена скоростью реакции снабжения, что приводит к дефициту критических позиций (барабан ограничения) при одновременном затоваривании склада неликвидом (избыточные запасы).
2.
 - a. Разделение запасов на группы (например, по принципу ABC/XYZ-анализа). Группа А (критические позиции, как фильтры ИВЛ) выводится из общего квартального плана.
 - b. Внедрение модели «минимум-максимум» (Min-Max) для группы А: автоматический заказ поставщику срабатывает в МИС при достижении минимального остатка, независимо от графика.
 - c. Переход на двухнедельные циклы корректировки плановой заявки для остальных групп товаров.
 - d. Заключение договора с поставщиком на обязательное экстренное пополнение дефицитных позиций в течение 4–8 часов (SOS-поставка).
3. Отказаться от ежемесячных бумажных отчетов о движении ТМЦ в пользу автоматизированного аналитического дашборда. На нем должны отображаться: текущий остаток дней запаса по каждой критической позиции, прогноз исчерпания запаса на 14 дней вперед исходя из среднего расхода, список позиций с риском истечения срока годности (менее 3 месяцев) и статус текущих заказов в пути. Ответственность за мониторинг этих показателей распределяется между старшей медсестрой (физический остаток) и клиническим фармакологом/врачом (обоснованность потребности).

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

ПК-6. Способен управлять медицинской организацией

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Главному врачу медицинской организации поставлена задача разработать стратегический план развития на ближайшие 5 лет. При анализе внешних и внутренних факторов выявлено, что в районе расположения организации демографическая ситуация характеризуется старением населения и ростом числа хронических заболеваний, материально-техническая база изношена на 65%, кадровый состав стабилен, но средний возраст врачей приближается к пенсионному, система финансирования преимущественно бюджетная, с ограниченными возможностями для привлечения инвестиций. Какое управленческое решение должно стать основой стратегии организации?	А) Провести косметический ремонт фасада здания для улучшения имиджа организации. Б) Сконцентрироваться на развитии гериатрической помощи и внедрении стационарозамещающих технологий, параллельно запустив программу наставничества и подготовки кадров для поэтапной модернизации оборудования. В) Полностью перейти на оказание платных медицинских услуг, отказавшись от участия в государственных программах. Г) Провести массовое сокращение персонала для снижения текущих расходов организации.	Б	6.у6.

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В больнице за квартал на 40% выросло число обоснованных жалоб пациентов и штрафов СМО за дефекты оказания помощи в терапевтическом отделении. Внутренний аудит показал: врачи не соблюдают клинические рекомендации, заведующий не проводит разбор дефектов, дисциплинарные меры не применяются. Какое решение главного врача	А) Объявить выговор заведующему и обязать его лично проверять все истории болезни до выписки, провести беседу с врачами о недопустимости нарушений. Б) Провести заседание врачебной комиссии с разбором всех дефектных случаев, разработать корректирующие мероприятия (актуализация стандартов, чек-листы, контроль заведующего), утвердить график ежемесячных аудитов с участием	Б	6.у5.

является наиболее системным для устранения причин нарушений?	оргметодотдела и применить взыскание к заведующему за ненадлежащий контроль. В) Увеличить штат отделения на 2 врача и 1 медсестру, выделить дополнительные средства на лекарства. Г) Возложить на оргметодотдел ежемесячную сплошную проверку всех историй болезни, а заведующему поручить усилить контроль документации.		
--	--	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Главный врач центральной районной больницы (ЦРБ) готовит проект бюджета на следующий финансовый год. Анализ показал, что текущее финансирование по программе ОМС покрывает расходы на оплату труда, коммунальные услуги, приобретение лекарств и расходных материалов, а также текущий ремонт и содержание имущества. Однако износ диагностического оборудования (КТ-аппарат) составляет 95%, и требуется его замена или капитальный ремонт. Кроме того, в радиологическом корпусе требуется капитальный ремонт кровли для соблюдения санитарно-эпидемиологических требований (СанПиН 2.6.4115-25). Привлечение коммерческих кредитов невозможно из-за высокой закредитованности региона. В то же время в районе наблюдается отток трудоспособного населения, но растет доля пожилых людей.

Вопросы:

1. Какие источники финансирования должны быть задействованы для капитального ремонта кровли радиологического корпуса и замены/ремонта КТ-аппарата, и каково приоритетное управленческое решение с точки зрения обеспечения безопасности пациентов и сохранения лицензии?
2. На каких принципах должна строиться модель развития платных медицинских услуг, которая позволит привлечь внебюджетные средства.
3. Какие ключевые показатели эффективности (KPI) следует внедрить для оценки работы заместителей главного врача, чтобы обеспечить сбалансированное развитие больницы в условиях дефицита бюджетного финансирования и необходимости развития платных услуг?

Эталоны ответов:

1. Источники финансирования и приоритетное решение

Объект	Источник финансирования	Нормативное обоснование
Капитальный ремонт кровли	Бюджетные ассигнования (областной/местный бюджет) в рамках	Средства ОМС на капитальный ремонт зданий направлять запрещено

Объект	Источник финансирования	Нормативное обоснование
	программы модернизации первичного звена или целевых субсидий	
Замена КТ-аппарата	Бюджетные средства (программа модернизации) или нормированный страховой запас (НСЗ) ТФОМС (на ремонт)	Капитальный ремонт оборудования. Правилами ОМС не предусмотрен, но НСЗ может использоваться

Приоритетное управленческое решение:

- 1) Незамедлительно подать заявку в орган управления здравоохранением субъекта РФ на включение ЦРБ в программу модернизации первичного звена (или региональную программу капитального ремонта) для финансирования ремонта кровли и замены КТ-аппарата.
- 2) Одновременно инициировать обращение в ТФОМС о возможности использования средств нормированного страхового запаса на ремонт существующего КТ-аппарата (как временную меру до получения бюджетного финансирования на замену).
- 3) Обеспечить безопасность пациентов в период до ремонта: провести внеплановый радиационный контроль, при выявлении нарушений — ограничить или приостановить эксплуатацию корпуса до устранения угрозы (в соответствии с СанПиН 2.6.4115-25).
- 4) Организовать временную маршрутизацию пациентов на КТ-исследования в соседние медицинские организации (по договору) на период вынужденного простоя оборудования.

2:

Модель платных услуг должна строиться на принципах:

- Разделение потоков – платные услуги оказываются в отдельные часы или смены, без ущерба для очередей по ОМС.
 - Перечень – только услуги, не входящие в программу госгарантий, либо сверх установленных объёмов (ускоренное обследование, расширенные протоколы, выездные консультации).
 - Информирование – врач обязан предупредить пациента о возможности бесплатного получения аналогичной услуги по ОМС.
 - Ценообразование – прозрачные тарифы, утверждённые учредителем.
 - Контроль – отдельный учёт доходов и расходов, запрет на принуждение к плате.
- Приоритет – экстренная и неотложная помощь вне очереди.

3: Внедрить KPI по четырём направлениям:

- Финансовые – доля внебюджетных доходов (цель 10–15%), освоение бюджетных средств на ремонт/оборудование ($\geq 95\%$).
- Качество и безопасность – снижение числа дефектов оформления документации ($\leq 5\%$) и обоснованных жалоб (-20% за год).
- Материально-технические – простой диагностического оборудования ($\leq 5\%$ времени), выполнение плана текущих ремонтов (100%).

- Кадровые – укомплектованность врачами ($\geq 90\%$) и доля прошедших обучение по программам НМО ($\geq 80\%$).
- Интегральный KPI – бездефицитный бюджет при сохранении доступности и качества помощи.

Коды результатов обучения 6.y1., 6.y2., 6.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В областной клинической больнице на базе отделения реанимации и анестезиологии (РАО) организован круглосуточный пост санитарной авиации для экстренных выездов в районы области. За последние полгода число вызовов выросло на 40% из-за роста ДТП и сердечно-сосудистых катастроф. Врачи РАО систематически перерабатывают (в среднем на 20 часов в месяц сверх нормы), что привело к профессиональному выгоранию и конфликтам. Коллектив направил главному врачу жалобу с требованием пересмотра графика, увеличения штата и замены устаревшего оборудования, угрожая массовыми увольнениями. Бюджетные средства ограничены, привлечь новых врачей в регион сложно из-за отсутствия жилья и низких зарплат.

Вопросы:

1. Опишите алгоритм действий руководителя на этапе деэскалации конфликта перед принятием окончательного решения.
2. Разработайте компромиссный организационный механизм распределения нагрузки по линии санитарной авиации, который сохранит объемы финансирования, но снизит нагрузку на штатных врачей РАО.
3. Сформулируйте долгосрочную программу кадрового обеспечения отделения реанимации, которую должен утвердить главный врач, чтобы устранить коренную причину конфликта.

Эталоны ответов:

1.
 - a. Шаг 1: Личная встреча с инициативной группой врачей РАО для открытого диалога
 - b. Шаг 2: Проведение объективного хронометража рабочего времени сотрудников отделения, чтобы подтвердить фактическую переработку документально, а не на словах.
 - c. Шаг 3: Публичное признание руководством наличия проблемы (устаревшее оборудование и кадровый голод) — это снимает эмоциональное напряжение и переводит диалог в конструктивное русло.
 - d. Шаг 4: Формирование совместной рабочей группы (врачи + администрация) для поиска выхода из ситуации.
2.
 - a. Изменение графика дежурств: переход от круглосуточных постов санавиации к системе «на дому» с гарантированным временем прибытия в

- больницу (например, 60 минут) и выплатой компенсации за использование личного телефона/автомобиля.
 - b. Привлечение внешних ресурсов: заключение договора о совместительстве с опытными анестезиологами частных клиник города для закрытия ночных смен санавиации.
 - c. Делегирование полномочий: передача первичного дистанционного консультирования районных врачей профильным специалистам (хирургам, кардиологам) через телемедицинский центр, оставляя вызов бригады РАО только для инвазивных вмешательств.
- 3.
- a. Запуск региональной программы для специальности «анестезиология-реаниматология» с предоставлением служебного жилья в первоочередном порядке.
 - b. Заключение целевых договоров на обучение со студентами медицинского вуза с повышенной стипендией от организации на весь период учебы.
 - c. Модернизация парка оборудования: включение закупки новых аппаратов ИВЛ в инвестиционную программу следующего года под гарантии профсоюза о сохранении кадров.
 - d. Введение должности помощника врача (медицинского брата с расширенными функциями) для снятия с квалифицированных врачей бумажной нагрузки.

Коды результатов обучения бу1., 6.у2., 6.у6.

Примеры вопросов для индивидуального собеседования:

1. Понятие права и специфика правового регулирования в сфере здравоохранения. Раскройте понятие права, укажите особенности предмета и метода правового регулирования отношений в здравоохранении (публичные и частные начала), приведите примеры ситуаций, где сочетаются нормы административного, гражданского и трудового права.
2. Исторические предпосылки формирования законодательства об охране здоровья в России. Кратко охарактеризуйте основные этапы становления правового регулирования медицинской деятельности: от первых норм в древнерусском праве и Аптекарском приказе до советского здравоохранения и современного этапа (с 1990 х гг. по настоящее время).
3. Понятие правовой нормы и её компоненты (гипотеза, диспозиция, санкция). Дайте определение правовой нормы, раскройте содержание каждого элемента на примере конкретной нормы из ФЗ № 323 ФЗ (например, норма об информированном добровольном согласии или об основаниях оказания помощи без согласия).
4. Источники права: классификация и сравнительная характеристика. Перечислите виды источников права (нормативный акт, судебный прецедент, правовой обычай, доктрина и др.), укажите, какие из них признаются в российской правовой системе, и как они применяются в сфере охраны здоровья (на примере ФЗ, приказов Минздрава, клинических рекомендаций).
5. Конституция РФ: социальные гарантии охраны здоровья и медицинской помощи. Раскройте конституционные нормы о праве на охрану здоровья (ст. 41 Конституции РФ), объясните, как эти гарантии реализуются через систему государственных программ, ОМС и территориальные программы госгарантий.
6. Принципы нормативно-правового регулирования деятельности системы здравоохранения в РФ. Назовите и кратко раскройте основные принципы

- (законность, приоритет интересов пациента, доступность и качество помощи и др.), покажите их связь с нормами ФЗ № 323 ФЗ и практическими решениями медорганизаций.
7. Система законодательства в области охраны здоровья: общее и отраслевое законодательство. Объясните разницу между общим (базовым) и отраслевым (специальным) законодательством, приведите примеры нормативных актов каждого вида, регулирующих деятельность медорганизаций (включая подзаконные акты).
 8. Анализ законодательства на примере Конституции РФ, ФЗ № 323 ФЗ и ФЗ № 326 ФЗ. Сопоставьте предмет правового регулирования этих актов: что регулирует каждый из них, как они взаимодействуют между собой, какие сферы «перекрываются» и где границы их применения.
 9. Предмет правового регулирования и структура ФЗ № 323 ФЗ. Назовите предмет регулирования закона, перечислите основные структурные части (разделы/главы) и объясните принцип прямого действия на примере конкретных статей (например, права пациента, обязанности медорганизации).
 10. Принципы охраны здоровья и механизмы их реализации. Перечислите принципы по ФЗ № 323 ФЗ, раскройте, как каждый из них реализуется на практике: через организацию работы медорганизации, стандарты, порядки оказания помощи, контроль и надзор.
 11. Государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения: правовой статус и взаимодействие. Дайте характеристику каждой из систем, укажите правовые основания их деятельности, различия в финансировании и ответственности, а также формы взаимодействия (например, участие частных клиник в ОМС).
 12. Полномочия органов исполнительной власти в сфере охраны здоровья: федеральный и региональный уровни. Сравните полномочия Минздрава России и органов управления здравоохранением субъекта РФ, приведите по 2–3 примера полномочий каждого уровня (нормотворчество, лицензирование, контроль, планирование объёмов помощи).
 13. Муниципальные органы управления и их роль в организации медицинской помощи. Раскройте функции муниципальных органов в сфере охраны здоровья, объясните, какие задачи они решают на местном уровне и как взаимодействуют с региональными органами и медорганизациями.
 14. Правовые аспекты деятельности медорганизаций как субъектов права. Охарактеризуйте медорганизацию как юридическое лицо, раскройте её права и обязанности по ФЗ № 323 ФЗ, укажите основные требования к осуществлению медицинской деятельности (лицензирование, соблюдение порядков и стандартов, внутренний контроль качества).
 15. Организационно правовые формы медорганизаций: бюджетные, казённые, автономные учреждения здравоохранения. Сравните эти формы по критериям: цели деятельности, источники финансирования, распоряжение имуществом, ответственность, особенности управления; приведите примеры, когда предпочтительна та или иная форма.

Модуль 3. Менеджмент и управление ресурсами в здравоохранении (ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В отделении стационара один из врачей уходит в плановый ежегодный отпуск на 14 календарных дней. В этот период прогнозируется сохранение планового потока пациентов, а также поступление экстренных больных. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для заведующего отделением с точки зрения обеспечения непрерывности лечебного процесса и соблюдения трудового законодательства?	А) Приостановить госпитализацию плановых пациентов на весь период отпуска врача до его выхода на работу. Б) Самостоятельно взять на себя дополнительную ставку (совмещение) без изменения графика работы остального персонала отделения. В) Перераспределить утвержденную врачебную нагрузку между оставшимися сотрудниками отделения с их письменного согласия и установлением соответствующей доплаты за увеличение объема работ. Г) Досрочно отозвать врача из отпуска без получения его предварительного согласия, так как ситуация относится к производственной необходимости.	В	З.у3., З.у4, З.у5

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Во время ночного дежурства медицинская сестра поста сообщила заведующему отделением реанимации об отказе аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у тяжелого пациента. Аппарат имеет критическую неисправность, исключаящую его дальнейшую эксплуатацию. Какие первоочередные действия должен предпринять заведующий?	А) Оставить заявку в журнале обращений инженерной службе на следующее утро и продолжить использование резервного оборудования без оформления дополнительных документов. Б) Организовать немедленную замену неисправного аппарата на резервный с фиксацией инцидента в журнале технического обслуживания, служебной запиской инициировать внеплановую проверку всего парка реанимационного оборудования и провести инструктаж персонала по действиям при аварийном выходе техники из строя. В) Публично объявить выговор ответственному за медицинскую технику сотруднику отделения за ненадлежащий осмотр оборудования перед началом смены. Г) Перевести пациента на ручную вентиляцию	Б	З.у8.

ший отделением как руководитель для решения проблемы в моменте и предотвращения подобных ситуаций в будущем?	мешком Амбу силами двух постов персонала до конца суток, ожидая прихода биомедицинского инженера.		
--	---	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В кардиологическом отделении стационара на 40 коек в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ резко увеличилось количество экстренных госпитализаций пациентов с острыми коронарными синдромами. Свободный коечный фонд в отделении отсутствует. Бригада скорой медицинской помощи доставила в приемное отделение больницы пациента с острым инфарктом миокарда. Врач приемного отделения, оценив состояние пациента как угрожающее жизни, принял решение об экстренной госпитализации в кардиологическое отделение и уведомил об этом заведующего отделением. Однако палатная медицинская сестра, за которой закреплен пост в палате интенсивной терапии, заявила, что не будет принимать пациента, ссылаясь на отсутствие свободных коек и перегрузку. Старшая медицинская сестра отделения находится на больничном.

Вопросы:

1. Каковы правовые и организационные последствия отказа медицинской сестры в приеме пациента, доставленного по экстренным показаниям, и какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением для обеспечения экстренной госпитализации?
2. Какие кадровые и организационные решения должен принять заведующий отделением для стабилизации работы в условиях отсутствия старшей медицинской сестры и повышенной нагрузки на персонал?
3. Какой организационно-распорядительный документ должна разработать организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением для четкого разграничения обязанностей персонала в нештатных ситуациях и предотвращения подобных конфликтов в будущем?

Эталоны ответов

1. Правовые последствия отказа и действия заведующего

Правовые последствия отказа медсестры: Отказ в оказании медицинской помощи в экстренной форме является грубым нарушением:

- ст. 11 Федерального закона № 323-ФЗ (недопустимость отказа в оказании медицинской помощи);
- ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» (уголовная ответственность при наступлении тяжких последствий);
- нарушение должностной инструкции и профессионального стандарта.

Медицинская сестра может быть привлечена к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

Первоочередные действия заведующего отделением:

- 1) Лично организовать прием пациента — отдать устное распоряжение о временном размещении пациента в палате интенсивной терапии (при отсутствии мест — в коридоре или процедурной с обеспечением круглосуточного наблюдения, но с обязательным уведомлением администрации).
- 2) Обеспечить оказание неотложной помощи — вызвать дежурного врача-кардиолога, при необходимости — реаниматолога.
- 3) Зафиксировать факт отказа — доложить главному врачу (заместителю) для проведения служебной проверки.
- 4) Организовать экстренное заседание врачебной комиссии для решения вопроса о переводе пациентов в другие отделения или другие стационары (при невозможности развернуть дополнительные койки).

2. Кадровые и организационные решения

- 1) Временное возложение обязанностей старшей медицинской сестры — издать приказ по отделению (или ходатайствовать перед главным врачом) о возложении обязанностей старшей медсестры на наиболее опытную палатную медсестру с оформлением дополнительного соглашения к трудовому договору и доплатой.
- 2) Перераспределение функциональных обязанностей — временное закрепление части административных функций (контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима, обеспечение медикаментами и расходными материалами, ведение отчетности) за старшей медсестрой другого отделения (по согласованию с главной медицинской сестрой) или за заместителем главного врача по сестринскому делу.
- 3) Усиление кадрового состава — привлечение дополнительного персонала за счет внутреннего совместительства, перераспределение нагрузки между палатными медсестрами (введение 12-часовых смен или дополнительных дежурств с оплатой сверхурочных).
- 4) Организация временного коечного фонда — развертывание дополнительных мест в коридорах или перепрофилирование палат другого отделения (с уведомлением главного врача и соблюдением санитарных норм).

3. Организационно-распорядительный документ

Организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением должна разработать «План действий персонала кардиологического отделения в нештатных и экстремальных ситуациях» (или «Инструкцию по организации работы отделения в условиях дефицита коечного фонда и кадрового дефицита»).

Документ должен включать:

- 1) Алгоритм действий при отсутствии свободных коек:
 - a. порядок экстренного развертывания дополнительных мест;
 - b. критерии временного размещения пациентов в коридоре / смотровой;
 - c. порядок информирования администрации и перевода пациентов в другие стационары.
- 2) Порядок замещения временно отсутствующего персонала:
 - a. схема назначения исполняющего обязанности старшей медсестры;
 - b. порядок перераспределения функциональных обязанностей между палатными и процедурными медсестрами;
 - c. алгоритм вызова дополнительного персонала в нерабочее время.
- 3) Четкое разграничение ответственности:
 - a. заведующий отделением — организация приема, кадровые решения, взаимодействие с администрацией;
 - b. старшая медсестра (или и.о.) — обеспечение работы среднего персонала, контроль за наличием медикаментов и оборудования;

- c. палатные медсестры — прием и размещение пациентов, выполнение врачебных назначений, ведение документации;
 - d. процедурные медсестры — выполнение манипуляций по назначению врача (при отсутствии палат интенсивной терапии — помощь в уходе за тяжелыми пациентами).
- 4) Порядок оформления документации в нештатных ситуациях:
- a. журнал учета временно размещенных пациентов;
 - b. акты о перегрузке отделения;
 - c. служебные записки главному врачу.
- 5) Меры ответственности за невыполнение распоряжений руководителя в экстренной ситуации (со ссылкой на Трудовой кодекс и должностные инструкции).

Данный документ утверждается главным врачом и доводится до сведения всего персонала отделения под подпись. Его наличие позволяет избежать конфликтов функциональных обязанностей в будущем и обеспечивает правовую защиту как персонала, так и руководства

Коды результатов обучения 3.у5., 3.у8.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заведующий хирургическим отделением получил результаты экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией. В отношении одного из случаев планового хирургического лечения выявлен дефект: развитие нагноения послеоперационной раны. Причиной дефекта, по мнению экспертов СМО, явилось нарушение правил асептики и антисептики во время операции, что подтверждается записями в операционном журнале. В результате страховой организацией принято решение о **неполной оплате** данного случая медицинской помощи.

Вопросы:

1. В чем разница между «неполной оплатой» медицинской помощи и «штрафом» за нарушения, выявленные в ходе контроля качества? Какой из этих инструментов применен в данной ситуации и на каком основании?
2. Разработайте алгоритм действий заведующего отделением по проведению внутреннего разбора данного случая для выявления и устранения системных причин дефекта.
3. Какие организационные решения необходимо принять заведующему отделением и руководству больницы, чтобы предотвратить повторение подобных нарушений в будущем?

Эталон ответов

1. Разница между «неполной оплатой» и «штрафом»

Это принципиально разные инструменты, которые регулируются статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- Неполная оплата (удержание) — это уменьшение суммы, подлежащей оплате за конкретный случай оказания медицинской помощи. Применяется, когда помощь оказана, но с нарушениями, которые не позволяют оплатить ее в полном объеме (например, дефекты оформления, не позволяющие провести экспертизу). Сумма

удерживается из средств, предназначенных для оплаты этого случая.

- Штраф — это дополнительное взыскание, которое налагается на медицинскую организацию сверх неоплаченной или неполностью оплаченной суммы. Применяется за более грубые нарушения: неоказание, несвоевременное оказание либо оказание помощи ненадлежащего качества.

В данной ситуации страховой организацией применена неполная оплата, так как случай был признан оказанным с дефектом (нагноение раны), что является основанием для уменьшения оплаты.

2. Алгоритм действий заведующего отделением

Для проведения внутреннего разбора и выявления системных причин дефекта заведующий должен:

- 1) Провести внутреннее расследование:
 - a. Изучить всю первичную медицинскую документацию по данному случаю (историю болезни, операционный журнал, листы назначений, температурные листы).
 - b. Провести беседу с лечащим врачом, операционной бригадой, палатной медсестрой, осуществлявшей послеоперационный уход.
- 2) Классифицировать выявленные нарушения:
 - a. Определить, является ли дефект единичным случаем или системной проблемой (например, анализ записей в операционном журнале за последние месяцы на предмет аналогичных нарушений).
 - b. Выявить конкретное звено, где произошел сбой: нарушение техники операции, недостаточная антибиотикопрофилактика, некачественный уход за раной, проблемы с расходными материалами.
- 3) Организовать заседание врачебной комиссии (или клинико-анатомической конференции):
 - a. Представить на разбор данный случай с участием всех причастных специалистов.
 - b. Разработать конкретные корректирующие мероприятия для устранения выявленных причин.

3. Организационные решения для предотвращения повторения

По результатам разбора заведующий должен инициировать следующие решения:

- 1) Усиление контроля за соблюдением стандартов:
 - a. Провести внеплановый инструктаж с операционными и палатными медсестрами по правилам асептики и антисептики, уходу за послеоперационными ранами.
 - b. Назначить ответственное лицо (например, старшую медсестру) за ежедневный контроль за состоянием послеоперационных ран и своевременную смену повязок.
- 2) Оптимизация материально-технического обеспечения:
 - a. Внести изменения в заявки на расходные материалы (стерильные салфетки, перевязочные материалы, антисептики), чтобы исключить их дефицит.
 - b. Организовать систему контроля за наличием и расходом материалов в отделении.
- 3) Совершенствование документационного контроля:
 - a. Разработать чек-лист для лечащих врачей по обязательным записям в истории болезни (особенно в части обоснования назначений, описания состояния раны).
 - b. Внедрить систему внутреннего аудита документации перед ее сдачей в архив.
- 4) Кадровые решения:
 - a. При систематическом характере нарушений у конкретных сотрудников —

- рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного взыскания.
- б. Направить сотрудников на тематические курсы повышения квалификации по вопросам хирургической инфекции и ухода за ранами.

Коды результатов обучения 3.у1., 3.у4., 3.у6., 3.у7., 3.у8.

ПК-4. Способен управлять организационно методическим подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Руководитель организационно-методического отдела планирует внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в многопрофильной больнице. Какое управленческое решение является первоочередным и обязательным для создания правовой основы этой деятельности?	А) Издать приказ о создании врачебной комиссии по качеству без утверждения Положения о внутреннем контроле. Б) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности во исполнение Приказа Минздрава России № 785н. В) Провести обучение всех врачей отделения по вопросам клинических рекомендаций без изменения внутренней документации. Г) Заключить договор с внешней экспертной организацией для проведения ежегодного аудита.	Б	4.у1., 4.у3

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Главный врач поручил руководителю организационно-методического отдела внедрить новый порядок маршрутизации пациентов с подозрением на инсульт в соответствии с	А) Провести однократный семинар для неврологов и терапевтов по новому алгоритму без внесения изменений в рабочие инструкции и регламенты. Б) Разработать и утвердить СОП «Порядок маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения», провести обучение персонала, внедрить чек-листы контроля и организовать регулярный мониторинг	Б	4.у1., 4.у3.

современными клиническими рекомендациями. Какой комплекс организационно-методических действий обеспечит эффективное внедрение и устойчивый результат?	исполнения. В) Изменить только расписание дежурств рентген-кабинета, предполагая, что это автоматически ускорит диагностику инсульта. Г) Издать распоряжение о штрафах за нарушение порядка маршрутизации без предварительной подготовки персонала.		
---	---	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Руководителю организационно-методического отдела поручено внедрить в работу поликлиники новые клинические рекомендации по ведению пациентов с артериальной гипертензией. За последние полгода показатель контроля артериального давления среди прикрепленного населения снизился с 58% до 42%. Анализ показал, что врачи используют устаревшие подходы к лечению, а в медицинской информационной системе (МИС) отсутствуют автоматизированные алгоритмы подбора терапии. Врачи выражают сопротивление изменениям, ссылаясь на нехватку времени и сложность новых схем лечения.

Вопросы:

1. Составьте пошаговый план организационно-методических мероприятий для внедрения новых клинических рекомендаций, обеспечивающий вовлеченность врачей и достижение целевых показателей.
2. Какие инструменты мотивации и организационного воздействия следует применить для преодоления сопротивления персонала и повышения приверженности врачей новым стандартам?
3. По каким ключевым индикаторам руководитель организационно-методического отдела будет оценивать эффективность внедрения изменений через 6 месяцев?

Эталоны ответов:

1.

- Провести экспресс-аудит текущей практики (выборочно изучить карты пациентов с артериальной гипертензией за последний квартал).
- Организовать целевой семинар с участием эксперта-кардиолога для разъяснения ключевых положений рекомендаций и практических алгоритмов.
- Разработать и утвердить локальный клинический протокол и СОП «Порядок диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией».
- Провести обучение врачей с обязательной аттестацией и оформлением протоколов повышения квалификации.
- Организовать рабочее совещание с IT-службой для доработки МИС: внедрение автоматических подсказок по коррекции терапии и формирование групп пациентов для активного наблюдения («риск-группы»).
- Внедрить систему внутреннего контроля: чек-листы проверки карт,

ежемесячные мониторинги показателей контроля АД, разбор отклонений на врачебных конференциях.

2.

- Привлечение врачей к разработке протоколов (принцип участия повышает лояльность).
- Демонстрация позитивных примеров (best practice) — выделение врачей, чьи пациенты показывают лучшие результаты.
- Интеграция показателей контроля АД в систему премирования или KPI врачей.
- Регулярная обратная связь: индивидуальные беседы, публичное признание успехов на собраниях коллектива.

3.

- Процент пациентов с достигнутым целевым уровнем АД ($<140/90$ мм рт. ст.) — динамика роста минимум на 15%.
- Количество вызовов скорой помощи по поводу гипертонических кризов на 1000 прикрепленных пациентов.
- Выполнение плана диспансерного наблюдения (процент пациентов, состоящих на учете и прошедших обследование в установленные сроки).
- Уровень удовлетворенности пациентов качеством консультативной помощи (опросы, отзывы).

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y4., 4.y5.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

По результатам ежеквартального внутреннего аудита качества медицинской помощи в педиатрическом отделении выявлено, что в 25% историй болезни детей с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) отсутствует обоснование выбора противовирусных препаратов, а в 15% случаев — не указаны сроки повторного осмотра. В рамках экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией, данные нарушения квалифицированы как дефекты оформления первичной медицинской документации, вследствие чего страховой компанией принято решение о неполной оплате (удержании) счетов медицинской организации на общую сумму 450 тыс. рублей.

Вопросы:

1. Определите системные причины выявленных дефектов и сформулируйте гипотезу о корневой проблеме в организации работы отделения.
2. Предложите комплекс организационно-методических мероприятий для устранения дефектов и предотвращения их повторения, включая разработку новых локальных нормативных актов.
3. Как руководитель организационно-методического отдела должен представить результаты своей работы главному врачу, чтобы обосновать необходимость внедрения системы непрерывного медицинского образования (НМО) по вопросам клинической фармакологии и стандартизации для врачей педиатрического отделения?

Эталоны ответов :

1. Системные причины выявленных дефектов:

- 1) Дефицит управленческого контроля со стороны заведующего отделением и старшей медицинской сестры за ведением медицинской документации.
- 2) Отсутствие системы внутреннего аудита назначений на этапе их оформления (предварительный контроль до сдачи историй в архив).
- 3) Низкая компетентность врачей в вопросах клинической фармакологии и доказательной медицины (незнание или игнорирование актуальных клинических рекомендаций по лечению ОРВИ у детей).
- 4) Отсутствие стандартизированных форм для обоснования назначений в истории болезни (нет четкого алгоритма, какие параметры нужно фиксировать).

Гипотеза о корневой проблеме:

Корневой проблемой является отсутствие в отделении эффективной системы обеспечения качества — врачи не имеют доступных и актуализированных клинических рекомендаций, не проходят регулярное обучение по вопросам рациональной фармакотерапии, а контроль со стороны руководства носит эпизодический и формальный характер. Это приводит к систематическим дефектам оформления и, как следствие, к финансовым потерям для медицинской организации.

2. Комплекс организационно-методических мероприятий

Для устранения дефектов и предотвращения их повторения необходимо реализовать следующие мероприятия:

I. Организационные мероприятия (в течение 2 недель):

- 1) Провести внеплановое заседание врачебной комиссии с разбором всех выявленных дефектных случаев, заслушать объяснения лечащих врачей.
- 2) Назначить ответственное лицо из числа наиболее опытных врачей отделения за ежедневный мониторинг обоснованности назначений (внутренний экспертный контроль).
- 3) Ввести в практику еженедельную выборочную проверку 30% историй болезни заведующим отделением с акцентом на обоснованность назначений и сроки осмотров.

II. Методические мероприятия (в течение 1 месяца):

- 1) Актуализировать и разместить на рабочих местах врачей алгоритмы и клинические рекомендации по лечению ОРВИ у детей.
- 2) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — «Порядок назначения лекарственных препаратов и оформления записей в медицинской документации в педиатрическом отделении» со следующими разделами:
 - a. перечень обязательных элементов обоснования назначения (клинические показания, ссылка на клинические рекомендации / стандарт, ожидаемый эффект);
 - b. сроки и периодичность повторных осмотров с указанием конкретных временных интервалов;
 - c. образец (шаблон) записи в истории болезни;
 - d. ответственность за нарушение порядка.
- 3) Разработать чек-лист «Самоконтроль врача при оформлении истории болезни» для каждого пациента, включающий пункты: «обоснование назначения есть», «сроки осмотров указаны», «соответствие клиническим рекомендациям».

III. Кадровые и образовательные мероприятия (в течение 3 месяцев):

- 1) Организовать цикл обучающих семинаров для врачей отделения по вопросам:

- a. клиническая фармакология противовирусных препаратов;
 - b. критерии обоснованности назначений;
 - 2) Включить в план непрерывного медицинского образования (НМО) врачей отделения тематические модули по стандартизации и контролю качества.
 - 3) Провести итоговое тестирование врачей по знанию клинических рекомендаций и правил оформления документации.
- IV. Мероприятия по контролю и оценке эффективности (через 2 месяца):**
- 1) Провести повторный внутренний аудит с использованием тех же критериев для оценки динамики.
 - 2) Подготовить сравнительный отчет о снижении числа дефектов (в процентах).
 - 3) При отсутствии положительной динамики — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного воздействия.

3. Обоснование необходимости финансирования обучения

Руководитель организационно-методического отдела должен представить главному врачу аналитическую записку, в которой обосновывается приоритетность инвестиций в человеческий капитал (обучение врачей) перед техническими решениями. Структура обоснования:

- 1) Анализ причин дефектов (на основе данных внутреннего аудита):
 - a. В 100% выявленных дефектов причина — человеческий фактор (отсутствие записи, незнание критериев), а не технический сбой МИС.
 - b. Внедрение нового ПО без изменения компетенций врачей не устранил проблему, а лишь создаст иллюзию контроля.
- 2) Экономическое обоснование:
 - a. Сумма неоплаты по результатам экспертизы СМО — 450 тыс. руб. за один квартал.
 - b. Затраты на обучение всего врачебного состава отделения (курсы НМО, семинары) — ориентировочно 50–70 тыс. руб. (единовременно).
 - c. Экономический эффект от обучения — снижение числа дефектов минимум на 70%, что позволит избежать аналогичных удержаний в будущем и окупит затраты на обучение в течение 1–2 кварталов.
- 3) Соответствие нормативным требованиям:
 - a. В соответствии с Приказом Минздрава № 785н, внутренний контроль качества включает в том числе оценку компетенций персонала. Отсутствие системного обучения является нарушением требований к организации внутреннего контроля.
 - b. Клинические рекомендации по ОРВИ у детей требуют от врача обоснования каждого назначения. Без знаний врач не может выполнить это требование.
- 4) Предложение по использованию финансирования:
 - a. Направить запрашиваемые средства не на обновление МИС, а на организацию выездного цикла повышения квалификации для врачей отделения по программе «Актуальные вопросы клинической фармакологии и экспертизы качества медицинской помощи в педиатрии».
 - b. В качестве альтернативы — приобретение доступов к профессиональным базам данных (клинические рекомендации, формуляры) для каждого врача.
- 5) Прогнозируемые результаты:
 - a. Снижение числа дефектов оформления до 5% и менее через 3 месяца.
 - b. Исключение финансовых потерь по данной категории нарушений.
 - c. Повышение клинической компетентности врачей и, как следствие, качества медицинской помощи.

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y2., 4.y3., 4.y4., 4.y5.

ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В приемном отделении многопрофильного стационара в вечерние часы наблюдается критическое скопление пациентов, время ожидания осмотра врачом-терапевтом достигает 3 часов. При этом койки в профильных отделениях (терапия, хирургия) заняты на 98%, а выписка пациентов задерживается до обеда из-за длительного оформления медицинской документации и ожидания результатов лабораторных анализов. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для оптимизации сквозного процесса госпитализации?	А) Увеличить количество дежурных врачей в приемном отделении без изменения процессов работы профильных отделений. Б) Внедрить систему «стыковочных окон» (тайм-слотов) между приемным отделением и профильными службами, организовать работу кабинета выписки по принципу сестринского поста с предварительным оформлением документов лечащим врачом накануне и внедрить экспресс-лабораторию («Cito») с жестким нормативом выполнения анализов за 40 минут. В) Прекратить плановую госпитализацию во всем стационаре на неопределенный срок до полной разгрузки коечного фонда. Г) Перевести всех плановых пациентов на амбулаторное лечение, оставив в стационаре только экстренных больных.	Б	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Анализ финансово-хозяйственной деятельности показал, что рентабельность дневного стационара офтальмологического профиля составляет минус 15%. При детальном изучении процесса выяснилось, что врачи поликлиники направляют в дневной стационар пациентов с простыми манипуляциями	А) Повысить стоимость платных услуг в дневном стационаре, чтобы компенсировать убытки от пациентов по ОМС. Б) Установить строгий запрет врачам на направление любых пациентов в дневной стационар без личной визы главного врача. В) Разработать и внедрить четкий алгоритм маршрутизации (клинико-	В	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

(например, удаление инородного тела роговицы), которые могут быть выполнены за 15 минут в условиях перевязочного кабинета, используя при этом тариф оплаты законченного случая лечения в дневном стационаре. Какое управленческое действие руководителя позволит оптимизировать финансовые потоки и загрузку мощностей?	статистические группы – КСГ или критерии направления), закрепить простые манипуляции за перевязочными кабинетами поликлиники и настроить логику направлений в медицинской информационной системе (МИС). Г) Закрывать дневной стационар как нерентабельный и перевести весь объем помощи в круглосуточный стационар.		
---	--	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заместитель главного врача по поликлинической работе проанализировал данные медицинской информационной системы (МИС) и жалобы пациентов. Выявлено, что среднее время от момента входа пациента в здание до приема у врача составляет 45 минут. Внутренним KPI поликлиники установлен целевой показатель — не более 20 минут (с целью повышения доступности и комфорта). При разборе ситуации установлено:

- очередь в регистратуру для получения карты занимает 15–20 минут;
- ожидание оплаты платных услуг в кассе — еще 15 минут;
- поиск кабинета врача из-за отсутствия системы навигации и помощи — 10-15 минут.

Все эти процессы происходят последовательно, а сотрудники разных подразделений (регистраторы, кассиры, медсестры) подчиняются разным заведующим и не координируют свои действия.

Вопросы:

1. Какой инструмент процессного управления (в рамках методологии «Бережливая поликлиника») должен применить руководитель организационно-методического отдела для визуализации текущей схемы движения пациента и выявления всех видов потерь?
2. Предложите проект изменений в процесс (модель «как должно быть»), который устранил разрывы между подразделениями без увеличения количества персонала.
3. Какие количественные метрики времени необходимо внедрить в дашборд руководителя для непрерывного мониторинга эффективности обновленного процесса после его запуска?

Эталоны ответов:

1. Инструмент процессного управления

Руководитель организационно-методического отдела должен применить процессный подход и использовать инструмент «Картирование потока создания ценности» (VSM).

Алгоритм применения:

- 1) Определение процесса: Выбрать процесс «Путь пациента от входа в поликлинику до начала приема врача».
- 2) Сбор данных: Провести хронометраж каждого этапа (вход → регистратура → касса

→ поиск кабинета → прием). Согласно рекомендациям, для достоверности необходимо выполнить не менее 5 замеров по каждому этапу.

- 3) Построение карты текущего состояния (As-Is): Визуализировать последовательность действий, время на каждом этапе (в том числе время ожидания), а также информационные потоки (кто кому передает данные).
- 4) Выявление потерь (потерь): Классифицировать все этапы по принципу ценности для пациента:
 - Создающие ценность: непосредственно прием врача.
 - Не создающие ценность, но необходимые: оформление документов (регистратура).
 - Потери (чистое время ожидания): ожидание в очереди в регистратуру, ожидание в кассе, поиск кабинета. Именно эти потери и являются корневой проблемой.
- 5) Разработка карты целевого состояния (To-Be): На основе анализа потерь спроектировать новый процесс.

2. Изменения в процесс

- Внедрение предварительной записи (через портал Госуслуг, колл-центр, инфоматы). Карта пациента заранее извлекается регистратором и передается в кабинет врача.
- Интеграция оплаты в МИС: пациент оплачивает услуги онлайн (через QR-код, мобильное приложение) или терминалом самообслуживания в холле. Кассир выполняет функцию консультанта.
- Внедрение системы навигации: цветовая маркировка коридоров, указатели, электронное табло с номерами кабинетов и фамилиями врачей, или консультации пациента администратором и направление его до кабинета (при необходимости).
- Параллелизация процессов: пациент может оплатить услугу до или после приема (по договоренности). Информирование о времени приема через SMS-оповещение или электронное табло с очередью.

3. Метрики времени

- 1) Среднее время от входа в здание до приема врача (целевой показатель — ≤ 20 мин). Ключевой интегральный показатель.
- 2) Среднее время ожидания в очереди в регистратуру (цель — ≤ 3 мин, либо исключить полностью).
- 3) Среднее время ожидания оплаты (цель — ≤ 2 мин, либо исключить).
- 4) Доля пациентов, принятых строго по времени записи (отклонение ± 5 мин) — показатель

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за последний квартал зафиксировано три критических инцидента простоя оборудования. Причина — отсутствие специфических фильтров для аппаратов ИВЛ на складе. При этом инвентаризация показала наличие на складе избытка других расходных материалов с истекающим сроком годности на сумму свыше 500 тысяч рублей. Процесс закупки осуществляется централизованно отделом логистики поквартально на основании заявок отделений, поданных полгода назад, без учета реальной динамики заболеваемости.

Вопросы:

1. Проанализируйте описанный процесс закупок с точки зрения теории ограничений систем (ТОС) и принципов бережливого производства (Lean). Назовите ключевую ошибку планирования.
2. Разработайте алгоритм перехода на адаптивную модель управления запасами для критически важных медикаментов и расходных материалов отделения ОРИТ.
3. Как руководителю процесса следует изменить систему управленческой отчетности, чтобы своевременно выявлять риск возникновения дефицита или профицита (затоваривания) до того, как это повлияет на лечебный процесс?

Эталоны ответов:

1. Ключевая ошибка — использование выталкивающей системы (Push system) вместо вытягивающей (Pull system) и планирование на основе устаревших данных. Ошибка заключается в длинном плече поставки (6 месяцев) и жестком графике, который не учитывает вариативность спроса. С точки зрения ТОС, система ограничена скоростью реакции снабжения, что приводит к дефициту критических позиций (барабан ограничения) при одновременном затоваривании склада неликвидом (избыточные запасы).
2.
 - 1) Разделение запасов на группы (например, по принципу ABC/XYZ-анализа). Группа А (критические позиции, как фильтры ИВЛ) выводится из общего квартального плана.
 - 2) Внедрение модели «минимум-максимум» (Min-Max) для группы А: автоматический заказ поставщику срабатывает в МИС при достижении минимального остатка, независимо от графика.
 - 3) Переход на двухнедельные циклы корректировки плановой заявки для остальных групп товаров.
 - 4) Заключение договора с поставщиком на обязательное экстренное пополнение дефицитных позиций в течение 4–8 часов (SOS-поставка).
3. Отказаться от ежемесячных бумажных отчетов о движении ТМЦ в пользу автоматизированного аналитического дашборда. На нем должны отображаться: текущий остаток дней запаса по каждой критической позиции, прогноз исчерпания запаса на 14 дней вперед исходя из среднего расхода, список позиций с риском истечения срока годности (менее 3 месяцев) и статус текущих заказов в пути. Ответственность за мониторинг этих показателей распределяется между старшей медсестрой (физический остаток) и клиническим фармакологом/врачом (обоснованность потребности).

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

ПК-6. Способен управлять медицинской организацией

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Главному врачу медицинской организации поставлена задача разработать стратегический план развития на ближайшие 5 лет. При анализе внешних и внутренних факторов выявлено, что в районе расположения организации демографическая ситуация характеризуется старением населения и ростом числа хронических заболеваний, материально-техническая база изношена на 65%, кадровый состав стабилен, но средний возраст врачей приближается к пенсионному, система финансирования преимущественно бюджетная, с ограниченными возможностями для привлечения инвестиций. Какое управленческое решение должно стать основой стратегии организации?	А) Провести косметический ремонт фасада здания для улучшения имиджа организации. Б) Сконцентрироваться на развитии гериатрической помощи и внедрении стационарозамещающих технологий, параллельно запустив программу наставничества и подготовки кадров для поэтапной модернизации оборудования. В) Полностью перейти на оказание платных медицинских услуг, отказавшись от участия в государственных программах. Г) Провести массовое сокращение персонала для снижения текущих расходов организации.	Б	6.уб.

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В больнице за квартал на 40% выросло число обоснованных жалоб пациентов и штрафов СМО за дефекты оказания помощи в терапевтическом отделении. Внутренний аудит показал: врачи не соблюдают клинические рекомендации, заведующий не проводит разбор дефектов, дисциплинарные меры не применяются. Какое решение главного врача является наиболее системным для устранения причин нарушений?	А) Объявить выговор заведующему и обязать его лично проверять все истории болезни до выписки, провести беседу с врачами о недопустимости нарушений. Б) Провести заседание врачебной комиссии с разбором всех дефектных случаев, разработать корректирующие мероприятия (актуализация стандартов, чек-листы, контроль заведующего), утвердить график ежемесячных аудитов с участием оргметодотдела и применить взыскание к заведующему за	Б	6.у5.

	ненадлежащий контроль. В) Увеличить штат отделения на 2 врача и 1 медсестру, выделить дополнительные средства на лекарства. Г) Возложить на оргметодотдел ежемесячную сплошную проверку всех историй болезни, а заведующему поручить усилить контроль документации.		
--	--	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Главный врач центральной районной больницы (ЦРБ) готовит проект бюджета на следующий финансовый год. Анализ показал, что текущее финансирование по программе ОМС покрывает расходы на оплату труда, коммунальные услуги, приобретение лекарств и расходных материалов, а также текущий ремонт и содержание имущества. Однако износ диагностического оборудования (КТ-аппарат) составляет 95%, и требуется его замена или капитальный ремонт. Кроме того, в радиологическом корпусе требуется капитальный ремонт кровли для соблюдения санитарно-эпидемиологических требований (СанПиН 2.6.4115-25). Привлечение коммерческих кредитов невозможно из-за высокой закредитованности региона. В то же время в районе наблюдается отток трудоспособного населения, но растет доля пожилых людей.

Вопросы:

1. Какие источники финансирования должны быть задействованы для капитального ремонта кровли радиологического корпуса и замены/ремонта КТ-аппарата, и каково приоритетное управленческое решение с точки зрения обеспечения безопасности пациентов и сохранения лицензии?
2. На каких принципах должна строиться модель развития платных медицинских услуг, которая позволит привлечь внебюджетные средства.
3. Какие ключевые показатели эффективности (KPI) следует внедрить для оценки работы заместителей главного врача, чтобы обеспечить сбалансированное развитие больницы в условиях дефицита бюджетного финансирования и необходимости развития платных услуг?

Эталоны ответов:

1. Источники финансирования и приоритетное решение

Объект	Источник финансирования	Нормативное обоснование
Капитальный ремонт кровли	Бюджетные ассигнования (областной/местный бюджет) в рамках программы модернизации первичного звена или	Средства ОМС на капитальный ремонт зданий направлять запрещено

Объект	Источник финансирования	Нормативное обоснование
	целевых субсидий	
Замена КТ-аппарата	Бюджетные средства (программа модернизации) или нормированный страховой запас (НСЗ) ТФОМС (на ремонт)	Капитальный ремонт оборудования Правилami ОМС не предусмотрен, но НСЗ может использоваться

Приоритетное управленческое решение:

- 1) Незамедлительно подать заявку в орган управления здравоохранением субъекта РФ на включение ЦРБ в программу модернизации первичного звена (или региональную программу капитального ремонта) для финансирования ремонта кровли и замены КТ-аппарата.
- 2) Одновременно инициировать обращение в ТФОМС о возможности использования средств нормированного страхового запаса на ремонт существующего КТ-аппарата (как временную меру до получения бюджетного финансирования на замену).
- 3) Обеспечить безопасность пациентов в период до ремонта: провести внеплановый радиационный контроль, при выявлении нарушений — ограничить или приостановить эксплуатацию корпуса до устранения угрозы (в соответствии с СанПиН 2.6.4115-25).
- 4) Организовать временную маршрутизацию пациентов на КТ-исследования в соседние медицинские организации (по договору) на период вынужденного простоя оборудования.

2:

Модель платных услуг должна строиться на принципах:

- Разделение потоков – платные услуги оказываются в отдельные часы или смены, без ущерба для очередей по ОМС.
 - Перечень – только услуги, не входящие в программу госгарантий, либо сверх установленных объёмов (ускоренное обследование, расширенные протоколы, выездные консультации).
 - Информирование – врач обязан предупредить пациента о возможности бесплатного получения аналогичной услуги по ОМС.
 - Ценообразование – прозрачные тарифы, утверждённые учредителем.
 - Контроль – отдельный учёт доходов и расходов, запрет на принуждение к плате.
- Приоритет – экстренная и неотложная помощь вне очереди.

3: Внедрить KPI по четырём направлениям:

- Финансовые – доля внебюджетных доходов (цель 10–15%), освоение бюджетных средств на ремонт/оборудование ($\geq 95\%$).
- Качество и безопасность – снижение числа дефектов оформления документации ($\leq 5\%$) и обоснованных жалоб (-20% за год).
- Материально-технические – простой диагностического оборудования ($\leq 5\%$ времени), выполнение плана текущих ремонтов (100%).
- Кадровые – укомплектованность врачами ($\geq 90\%$) и доля прошедших обучение по

- программам НМО ($\geq 80\%$).
- Интегральный КРІ – бездефицитный бюджет при сохранении доступности и качества помощи.

Коды результатов обучения 6.у1., 6.у2., 6.у6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В областной клинической больнице на базе отделения реанимации и анестезиологии (РАО) организован круглосуточный пост санитарной авиации для экстренных выездов в районы области. За последние полгода число вызовов выросло на 40% из-за роста ДТП и сердечно-сосудистых катастроф. Врачи РАО систематически перерабатывают (в среднем на 20 часов в месяц сверх нормы), что привело к профессиональному выгоранию и конфликтам. Коллектив направил главному врачу жалобу с требованием пересмотра графика, увеличения штата и замены устаревшего оборудования, угрожая массовыми увольнениями. Бюджетные средства ограничены, привлечь новых врачей в регион сложно из-за отсутствия жилья и низких зарплат.

Вопросы:

1. Опишите алгоритм действий руководителя на этапе деэскалации конфликта перед принятием окончательного решения.
2. Разработайте компромиссный организационный механизм распределения нагрузки по линии санитарной авиации, который сохранит объемы финансирования, но снизит нагрузку на штатных врачей РАО.
3. Сформулируйте долгосрочную программу кадрового обеспечения отделения реанимации, которую должен утвердить главный врач, чтобы устранить коренную причину конфликта.

Эталоны ответов:

1.
 - 1) Шаг 1: Личная встреча с инициативной группой врачей РАО для открытого диалога
 - 2) Шаг 2: Проведение объективного хронометража рабочего времени сотрудников отделения, чтобы подтвердить фактическую переработку документально, а не на словах.
 - 3) Шаг 3: Публичное признание руководством наличия проблемы (устаревшее оборудование и кадровый голод) — это снимает эмоциональное напряжение и переводит диалог в конструктивное русло.
 - 4) Шаг 4: Формирование совместной рабочей группы (врачи + администрация) для поиска выхода из ситуации.
2.
 - 1) Изменение графика дежурств: переход от круглосуточных постов санавиации к системе «на дому» с гарантированным временем прибытия в больницу (например, 60 минут) и выплатой компенсации за использование личного телефона/автомобиля.

- 2) Привлечение внешних ресурсов: заключение договора о совместительстве с опытными анестезиологами частных клиник города для закрытия ночных смен санавиации.
 - 3) Делегирование полномочий: передача первичного дистанционного консультирования районных врачей профильным специалистам (хирургам, кардиологам) через телемедицинский центр, оставляя вызов бригады РАО только для инвазивных вмешательств.
- 3.
- 1) Запуск региональной программы для специальности «анестезиология-реаниматология» с предоставлением служебного жилья в первоочередном порядке.
 - 2) Заключение целевых договоров на обучение со студентами медицинского вуза с повышенной стипендией от организации на весь период учебы.
 - 3) Модернизация парка оборудования: включение закупки новых аппаратов ИВЛ в инвестиционную программу следующего года под гарантии профсоюза о сохранении кадров.
 - 4) Введение должности помощника врача (медицинского брата с расширенными функциями) для снятия с квалифицированных врачей бумажной нагрузки.

Коды результатов обучения бу1., 6.у2., 6.уб.

Примеры вопросов для индивидуального собеседования:

1. Назовите основные функции менеджмента в здравоохранении и раскройте, как они реализуются на уровне медицинской организации (на примере поликлиники или стационара)..
2. Опишите алгоритм формирования годового плана работы медицинской организации: какие данные и документы служат основой, кто участвует в согласовании, как обеспечивается увязка с программой госгарантий и территориальной программой ОМС.\
3. Как рассчитывается и используется показатель укомплектованности врачебных должностей? Приведите формулу, нормативные ориентиры и объясните, какие управленческие решения принимаются при дефиците кадров.
4. Раскройте понятие «нормирование труда» в медицинской организации. Какие виды норм применяются (нагрузка на врача, нормы времени, нормы обслуживания), и как они влияют на планирование объёмов медицинской помощи?
5. Что такое SWOT-анализ применительно к медицинской организации? Приведите пример, как результаты такого анализа могут повлиять на стратегические и тактические решения руководителя.
6. Объясните, как формируется бюджет медицинской организации в системе ОМС. Какие статьи расходов являются приоритетными, и как руководитель может управлять структурой затрат без снижения качества помощи?
7. Какие показатели используются для оценки эффективности использования коечного фонда (занятость койки, оборот койки, средняя длительность пребывания)? Приведите формулы и типичные управленческие меры при отклонениях от нормативов.
8. Охарактеризуйте систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Как она связана с управлением ресурсами (кадры, оборудование, медикаменты)?
9. Как организуется управление запасами лекарственных средств и расходных материалов в медорганизации? Опишите методы (ABC- и XYZ-анализ, нормирование, лимиты) и их применение для снижения потерь и дефицита.

10. Раскройте принципы бережливого производства (Lean) в здравоохранении. Приведите 2–3 примера типичных потерь в работе поликлиники и возможные меры по их устранению.
11. Как осуществляется планирование и контроль выполнения государственного задания? Какие риски возникают при невыполнении объемов, и какие корректирующие действия может предпринять руководитель?
12. В чём разница между показателями результативности (KPI) и показателями качества в здравоохранении? Приведите по 2–3 примера для амбулаторно-поликлинической помощи и объясните, как руководитель использует эти данные для управления
13. Опишите процесс управления конфликтами и мотивации персонала в медицинской организации. Какие методы (административные, экономические, социально-психологические) наиболее эффективны в условиях дефицита кадров и высокой нагрузки?
14. Как руководитель медицинской организации обеспечивает внедрение клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи? Какие ресурсы (кадровые, информационные, методические) для этого требуются?
15. Приведите алгоритм принятия управленческого решения в кризисной ситуации (например, резкий рост обращений с ОРВИ/гриппом или авария инженерных систем). Какие этапы включает процесс, с какими подразделениями и внешними структурами необходимо взаимодействовать?

Модуль 4. Экономика и финансирование в здравоохранении (ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В отделении стационара один из врачей уходит в плановый ежегодный отпуск на 14 календарных дней. В этот период прогнозируется сохранение планового потока пациентов, а также поступление экстренных больных. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для заведующего отделением с точки зрения обеспечения непрерывности лечебного процесса и соблюдения трудового законода-	А) Приостановить госпитализацию плановых пациентов на весь период отпуска врача до его выхода на работу. Б) Самостоятельно взять на себя дополнительную ставку (совмещение) без изменения графика работы остального персонала отделения. В) Перераспределить утвержденную врачебную нагрузку между оставшимися сотрудниками отделения с их письменного согласия и установлением соответствующей доплаты за увеличение объема работ. Г) Досрочно отозвать врача из отпуска без получения его предварительного согласия, так как ситуация относится к производственной необходимости.	В	З.у3., З.у4, З.у5

тельствва?			
------------	--	--	--

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Во время ночного дежурства медицинская сестра поста сообщила заведующему отделением реанимации об отказе аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у тяжелого пациента. Аппарат имеет критическую неисправность, исключающую его дальнейшую эксплуатацию. Какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением как руководитель для решения проблемы в моменте и предотвращения подобных ситуаций в будущем?	А) Оставить заявку в журнале обращений инженерной службе на следующее утро и продолжить использование резервного оборудования без оформления дополнительных документов. Б) Организовать немедленную замену неисправного аппарата на резервный с фиксацией инцидента в журнале технического обслуживания, служебной запиской инициировать внеплановую проверку всего парка реанимационного оборудования и провести инструктаж персонала по действиям при аварийном выходе техники из строя. В) Публично объявить выговор ответственному за медицинскую технику сотруднику отделения за ненадлежащий осмотр оборудования перед началом смены. Г) Перевести пациента на ручную вентиляцию мешком Амбу силами двух постов персонала до конца суток, ожидая прихода биомедицинского инженера.	Б	3.у8.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В кардиологическом отделении стационара на 40 коек в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ резко увеличилось количество экстренных госпитализаций пациентов с острыми коронарными синдромами. Свободный коечный фонд в отделении отсутствует. Бригада скорой медицинской помощи доставила в приемное отделение больницы пациента с острым инфарктом миокарда. Врач приемного отделения, оценив состояние пациента как угрожающее жизни, принял решение об экстренной госпитализации в кардиологическое отделение и уведомил об этом заведующего отделением. Однако палатная медицинская сестра, за которой закреплен пост в палате

интенсивной терапии, заявила, что не будет принимать пациента, ссылаясь на отсутствие свободных коек и перегрузку. Старшая медицинская сестра отделения находится на больничном.

Вопросы:

1. Каковы правовые и организационные последствия отказа медицинской сестры в приеме пациента, доставленного по экстренным показаниям, и какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением для обеспечения экстренной госпитализации?
2. Какие кадровые и организационные решения должен принять заведующий отделением для стабилизации работы в условиях отсутствия старшей медицинской сестры и повышенной нагрузки на персонал?
3. Какой организационно-распорядительный документ должна разработать организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением для четкого разграничения обязанностей персонала в нештатных ситуациях и предотвращения подобных конфликтов в будущем?

Эталоны ответов

1. Правовые последствия отказа и действия заведующего

Правовые последствия отказа медсестры: Отказ в оказании медицинской помощи в экстренной форме является грубым нарушением:

- ст. 11 Федерального закона № 323-ФЗ (недопустимость отказа в оказании медицинской помощи);
- ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» (уголовная ответственность при наступлении тяжких последствий);
- нарушение должностной инструкции и профессионального стандарта.

Медицинская сестра может быть привлечена к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

Первоочередные действия заведующего отделением:

- 1) Лично организовать прием пациента — отдать устное распоряжение о временном размещении пациента в палате интенсивной терапии (при отсутствии мест — в коридоре или процедурной с обеспечением круглосуточного наблюдения, но с обязательным уведомлением администрации).
- 2) Обеспечить оказание неотложной помощи — вызвать дежурного врача-кардиолога, при необходимости — реаниматолога.
- 3) Зафиксировать факт отказа — доложить главному врачу (заместителю) для проведения служебной проверки.
- 4) Организовать экстренное заседание врачебной комиссии для решения вопроса о переводе пациентов в другие отделения или другие стационары (при невозможности развернуть дополнительные койки).

2. Кадровые и организационные решения

- 1) Временное возложение обязанностей старшей медицинской сестры — издать приказ по отделению (или ходатайствовать перед главным врачом) о возложении обязанностей старшей медсестры на наиболее опытную палатную медсестру с оформлением дополнительного соглашения к трудовому договору и доплатой.
- 2) Перераспределение функциональных обязанностей — временное закрепление части административных функций (контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима, обеспечение медикаментами и расходными материалами, ведение отчетности) за старшей медсестрой другого отделения (по согласованию с главной медицинской сестрой) или за заместителем главного врача по сестринскому делу.
- 3) Усиление кадрового состава — привлечение дополнительного персонала за счет

внутреннего совместительства, перераспределение нагрузки между палатными медсестрами (введение 12-часовых смен или дополнительных дежурств с оплатой сверхурочных).

- 4) Организация временного коечного фонда — развертывание дополнительных мест в коридорах или перепрофилирование палат другого отделения (с уведомлением главного врача и соблюдением санитарных норм).

3. Организационно-распорядительный документ

Организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением должна разработать «План действий персонала кардиологического отделения в нештатных и экстремальных ситуациях» (или «Инструкцию по организации работы отделения в условиях дефицита коечного фонда и кадрового дефицита»).

Документ должен включать:

- 1) Алгоритм действий при отсутствии свободных коек:
 - a. порядок экстренного развертывания дополнительных мест;
 - b. критерии временного размещения пациентов в коридоре / смотровой;
 - c. порядок информирования администрации и перевода пациентов в другие стационары.
- 2) Порядок замещения временно отсутствующего персонала:
 - a. схема назначения исполняющего обязанности старшей медсестры;
 - b. порядок перераспределения функциональных обязанностей между палатными и процедурными медсестрами;
 - c. алгоритм вызова дополнительного персонала в нерабочее время.
- 3) Четкое разграничение ответственности:
 - a. заведующий отделением — организация приема, кадровые решения, взаимодействие с администрацией;
 - b. старшая медсестра (или и.о.) — обеспечение работы среднего персонала, контроль за наличием медикаментов и оборудования;
 - c. палатные медсестры — прием и размещение пациентов, выполнение врачебных назначений, ведение документации;
 - d. процедурные медсестры — выполнение манипуляций по назначению врача (при отсутствии палат интенсивной терапии — помощь в уходе за тяжелыми пациентами).
- 4) Порядок оформления документации в нештатных ситуациях:
 - a. журнал учета временно размещенных пациентов;
 - b. акты о перегрузке отделения;
 - c. служебные записки главному врачу.
- 5) Меры ответственности за невыполнение распоряжений руководителя в экстренной ситуации (со ссылкой на Трудовой кодекс и должностные инструкции).
- 6) Данный документ утверждается главным врачом и доводится до сведения всего персонала отделения под подпись. Его наличие позволяет избежать конфликтов функциональных обязанностей в будущем и обеспечивает правовую защиту как персонала, так и руководства

Коды результатов обучения 3.у5., 3.у8.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заведующий хирургическим отделением получил результаты экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией. В отношении одного из случаев планового хирургического лечения выявлен дефект: развитие нагноения послеоперационной раны. Причиной дефекта, по мнению экспертов СМО, явилось нарушение правил асептики и антисептики во время операции, что подтверждается записями в операционном журнале. В результате страховой организацией принято решение о **неполной оплате** данного случая медицинской помощи.

Вопросы:

1. В чем разница между «неполной оплатой» медицинской помощи и «штрафом» за нарушения, выявленные в ходе контроля качества? Какой из этих инструментов применен в данной ситуации и на каком основании?
2. Разработайте алгоритм действий заведующего отделением по проведению внутреннего разбора данного случая для выявления и устранения системных причин дефекта.
3. Какие организационные решения необходимо принять заведующему отделением и руководству больницы, чтобы предотвратить повторение подобных нарушений в будущем?

Эталон ответов

1. Разница между «неполной оплатой» и «штрафом»

Это принципиально разные инструменты, которые регулируются статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- Неполная оплата (удержание) — это уменьшение суммы, подлежащей оплате за конкретный случай оказания медицинской помощи. Применяется, когда помощь оказана, но с нарушениями, которые не позволяют оплатить ее в полном объеме (например, дефекты оформления, не позволяющие провести экспертизу). Сумма удерживается из средств, предназначенных для оплаты этого случая.
- Штраф — это дополнительное взыскание, которое налагается на медицинскую организацию сверх неоплаченной или неполностью оплаченной суммы. Применяется за более грубые нарушения: неоказание, несвоевременное оказание либо оказание помощи ненадлежащего качества.

В данной ситуации страховой организацией применена неполная оплата, так как случай был признан оказанным с дефектом (нагноение раны), что является основанием для уменьшения оплаты.

2. Алгоритм действий заведующего отделением

Для проведения внутреннего разбора и выявления системных причин дефекта заведующий должен:

- 1) Провести внутреннее расследование:
 - a. Изучить всю первичную медицинскую документацию по данному случаю (историю болезни, операционный журнал, листы назначений, температурные листы).
 - b. Провести беседу с лечащим врачом, операционной бригадой, палатной медсестрой, осуществлявшей послеоперационный уход.
- 2) Классифицировать выявленные нарушения:
 - a. Определить, является ли дефект единичным случаем или системной проблемой (например, анализ записей в операционном журнале за последние месяцы на предмет аналогичных нарушений).
 - b. Выявить конкретное звено, где произошел сбой: нарушение техники операции, недостаточная антибиотикопрофилактика, некачественный уход за раной, проблемы с расходными материалами.

- 3) Организовать заседание врачебной комиссии (или клинико-анатомической конференции):
 - а. Представить на разбор данный случай с участием всех причастных специалистов.
 - б. Разработать конкретные корректирующие мероприятия для устранения выявленных причин.
3. Организационные решения для предотвращения повторения
- По результатам разбора заведующий должен инициировать следующие решения:
- 1) Усиление контроля за соблюдением стандартов:
 - а. Провести внеплановый инструктаж с операционными и палатными медсестрами по правилам асептики и антисептики, уходу за послеоперационными ранами.
 - б. Назначить ответственное лицо (например, старшую медсестру) за ежедневный контроль за состоянием послеоперационных ран и своевременную смену повязок.
 - 2) Оптимизация материально-технического обеспечения:
 - а. Внести изменения в заявки на расходные материалы (стерильные салфетки, перевязочные материалы, антисептики), чтобы исключить их дефицит.
 - б. Организовать систему контроля за наличием и расходом материалов в отделении.
 - 3) Совершенствование документационного контроля:
 - а. Разработать чек-лист для лечащих врачей по обязательным записям в истории болезни (особенно в части обоснования назначений, описания состояния раны).
 - б. Внедрить систему внутреннего аудита документации перед ее сдачей в архив.
 - 4) Кадровые решения:
 - а. При систематическом характере нарушений у конкретных сотрудников — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного взыскания.
 - б. Направить сотрудников на тематические курсы повышения квалификации по вопросам хирургической инфекции и ухода за ранами.

Коды результатов обучения 3.у1., 3.у4., 3.у6., 3.у7., 3.у8.

ПК-4. Способен управлять организационно методическим подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Руководитель организационно-методического отдела планирует внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности	А) Издать приказ о создании врачебной комиссии по качеству без утверждения Положения о внутреннем контроле. Б) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности во исполнение Приказа	Б	4.у1., 4.у3

медицинской деятельности многопрофильной больницы. Какое управленческое решение является первоочередным и обязательным для создания правовой основы этой деятельности?	Минздрава России № 785н. В) Провести обучение всех врачей отделения по вопросам клинических рекомендаций без изменения внутренней документации. Г) Заключить договор с внешней экспертной организацией для проведения ежегодного аудита.		
--	--	--	--

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Главный врач поручил руководителю организационно-методического отдела внедрить новый порядок маршрутизации пациентов с подозрением на инсульт в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Какой комплекс организационно-методических действий обеспечит эффективное внедрение и устойчивый результат?	А) Провести однократный семинар для неврологов и терапевтов по новому алгоритму без внесения изменений в рабочие инструкции и регламенты. Б) Разработать и утвердить СОП «Порядок маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения», провести обучение персонала, внедрить чек-листы контроля и организовать регулярный мониторинг исполнения. В) Изменить только расписание дежурств рентген-кабинета, предполагая, что это автоматически ускорит диагностику инсульта. Г) Издать распоряжение о штрафах за нарушение порядка маршрутизации без предварительной подготовки персонала.	Б	4.y1., 4.y3.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Руководителю организационно-методического отдела поручено внедрить в работу поликлиники новые клинические рекомендации по ведению пациентов с артериальной гипертензией. За последние полгода показатель контроля артериального давления среди прикрепленного населения снизился с 58% до 42%. Анализ показал, что врачи используют устаревшие подходы к лечению, а в медицинской информационной системе (МИС) отсутствуют автоматизированные алгоритмы подбора терапии. Врачи выражают сопротивление изменениям, ссылаясь на нехватку времени и сложность новых схем

лечения.

Вопросы:

1. Составьте пошаговый план организационно-методических мероприятий для внедрения новых клинических рекомендаций, обеспечивающий вовлеченность врачей и достижение целевых показателей.
2. Какие инструменты мотивации и организационного воздействия следует применить для преодоления сопротивления персонала и повышения приверженности врачей новым стандартам?
3. По каким ключевым индикаторам руководитель организационно-методического отдела будет оценивать эффективность внедрения изменений через 6 месяцев?

Эталоны ответов:

1.
 - Провести экспресс-аудит текущей практики (выборочно изучить карты пациентов с артериальной гипертензией за последний квартал).
 - Организовать целевой семинар с участием эксперта-кардиолога для разъяснения ключевых положений рекомендаций и практических алгоритмов.
 - Разработать и утвердить локальный клинический протокол и СОП «Порядок диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией».
 - Провести обучение врачей с обязательной аттестацией и оформлением протоколов повышения квалификации.
 - Организовать рабочее совещание с IT-службой для доработки МИС: внедрение автоматических подсказок по коррекции терапии и формирование групп пациентов для активного наблюдения («риск-группы»).
 - Внедрить систему внутреннего контроля: чек-листы проверки карт, ежемесячные мониторинги показателей контроля АД, разбор отклонений на врачебных конференциях.
2.
 - Привлечение врачей к разработке протоколов (принцип участия повышает лояльность).
 - Демонстрация позитивных примеров (best practice) — выделение врачей, чьи пациенты показывают лучшие результаты.
 - Интеграция показателей контроля АД в систему премирования или KPI врачей.
 - Регулярная обратная связь: индивидуальные беседы, публичное признание успехов на собраниях коллектива.
3.
 - Процент пациентов с достигнутым целевым уровнем АД (<140/90 мм рт. ст.) — динамика роста минимум на 15%.
 - Количество вызовов скорой помощи по поводу гипертонических кризов на 1000 прикрепленных пациентов.
 - Выполнение плана диспансерного наблюдения (процент пациентов, состоящих на учете и прошедших обследование в установленные сроки).
 - Уровень удовлетворенности пациентов качеством консультативной помощи (опросы, отзывы).

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y4., 4.y5.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

По результатам ежеквартального внутреннего аудита качества медицинской помощи в педиатрическом отделении выявлено, что в 25% историй болезни детей с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) отсутствует обоснование выбора противовирусных препаратов, а в 15% случаев — не указаны сроки повторного осмотра. В рамках экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией, данные нарушения квалифицированы как дефекты оформления первичной медицинской документации, вследствие чего страховой компанией принято решение о неполной оплате (удержании) счетов медицинской организации на общую сумму 450 тыс. рублей.

Вопросы:

1. Определите системные причины выявленных дефектов и сформулируйте гипотезу о корневой проблеме в организации работы отделения.
2. Предложите комплекс организационно-методических мероприятий для устранения дефектов и предотвращения их повторения, включая разработку новых локальных нормативных актов.
3. Как руководитель организационно-методического отдела должен представить результаты своей работы главному врачу, чтобы обосновать необходимость внедрения системы непрерывного медицинского образования (НМО) по вопросам клинической фармакологии и стандартизации для врачей педиатрического отделения?

Эталоны ответов :

1. Системные причины выявленных дефектов:

- 1) Дефицит управленческого контроля со стороны заведующего отделением и старшей медицинской сестры за ведением медицинской документации.
- 2) Отсутствие системы внутреннего аудита назначений на этапе их оформления (предварительный контроль до сдачи историй в архив).
- 3) Низкая компетентность врачей в вопросах клинической фармакологии и доказательной медицины (незнание или игнорирование актуальных клинических рекомендаций по лечению ОРВИ у детей).
- 4) Отсутствие стандартизированных форм для обоснования назначений в истории болезни (нет четкого алгоритма, какие параметры нужно фиксировать).

Гипотеза о корневой проблеме:

Корневой проблемой является отсутствие в отделении эффективной системы обеспечения качества — врачи не имеют доступных и актуализированных клинических рекомендаций, не проходят регулярное обучение по вопросам рациональной фармакотерапии, а контроль со стороны руководства носит эпизодический и формальный характер. Это приводит к систематическим дефектам оформления и, как следствие, к финансовым потерям для медицинской организации.

2. Комплекс организационно-методических мероприятий

Для устранения дефектов и предотвращения их повторения необходимо

реализовать следующие мероприятия:

I. Организационные мероприятия (в течение 2 недель):

- 1) Провести внеплановое заседание врачебной комиссии с разбором всех выявленных дефектных случаев, заслушать объяснения лечащих врачей.
- 2) Назначить ответственное лицо из числа наиболее опытных врачей отделения за ежедневный мониторинг обоснованности назначений (внутренний экспертный контроль).
- 3) Ввести в практику еженедельную выборочную проверку 30% историй болезни заведующим отделением с акцентом на обоснованность назначений и сроки осмотров.

II. Методические мероприятия (в течение 1 месяца):

- 1) Актуализировать и разместить на рабочих местах врачей алгоритмы и клинические рекомендации по лечению ОРВИ у детей.
- 2) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — «Порядок назначения лекарственных препаратов и оформления записей в медицинской документации в педиатрическом отделении» со следующими разделами:
 - a. перечень обязательных элементов обоснования назначения (клинические показания, ссылка на клинические рекомендации / стандарт, ожидаемый эффект);
 - b. сроки и периодичность повторных осмотров с указанием конкретных временных интервалов;
 - c. образец (шаблон) записи в истории болезни;
 - d. ответственность за нарушение порядка.
- 3) Разработать чек-лист «Самоконтроль врача при оформлении истории болезни» для каждого пациента, включающий пункты: «обоснование назначения есть», «сроки осмотров указаны», «соответствие клиническим рекомендациям».

III. Кадровые и образовательные мероприятия (в течение 3 месяцев):

- 1) Организовать цикл обучающих семинаров для врачей отделения по вопросам:
 - a. клиническая фармакология противовирусных препаратов;
 - b. критерии обоснованности назначений;
- 2) Включить в план непрерывного медицинского образования (НМО) врачей отделения тематические модули по стандартизации и контролю качества.
- 3) Провести итоговое тестирование врачей по знанию клинических рекомендаций и правил оформления документации.

IV. Мероприятия по контролю и оценке эффективности (через 2 месяца):

- 1) Провести повторный внутренний аудит с использованием тех же критериев для оценки динамики.
- 2) Подготовить сравнительный отчет о снижении числа дефектов (в процентах).
- 3) При отсутствии положительной динамики — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного воздействия.

3. Обоснование необходимости финансирования обучения

Руководитель организационно-методического отдела должен представить главному врачу аналитическую записку, в которой обосновывается приоритетность инвестиций в человеческий капитал (обучение врачей) перед техническими решениями. Структура обоснования:

- 1) Анализ причин дефектов (на основе данных внутреннего аудита):
 - a. В 100% выявленных дефектов причина — человеческий фактор (отсутствие записи, незнание критериев), а не технический сбой МИС.
 - b. Внедрение нового ПО без изменения компетенций врачей не устранил проблему, а лишь создаст иллюзию контроля.
- 2) Экономическое обоснование:

- a. Сумма неоплаты по результатам экспертизы СМО — 450 тыс. руб. за один квартал.
 - b. Затраты на обучение всего врачебного состава отделения (курсы НМО, семинары) — ориентировочно 50–70 тыс. руб. (единовременно).
 - c. Экономический эффект от обучения — снижение числа дефектов минимум на 70%, что позволит избежать аналогичных удержаний в будущем и окупит затраты на обучение в течение 1–2 кварталов.
- 3) Соответствие нормативным требованиям:
- a. В соответствии с Приказом Минздрава № 785н, внутренний контроль качества включает в том числе оценку компетенций персонала. Отсутствие системного обучения является нарушением требований к организации внутреннего контроля.
 - b. Клинические рекомендации по ОРВИ у детей требуют от врача обоснования каждого назначения. Без знаний врач не может выполнить это требование.
- 4) Предложение по использованию финансирования:
- a. Направить запрашиваемые средства не на обновление МИС, а на организацию выездного цикла повышения квалификации для врачей отделения по программе «Актуальные вопросы клинической фармакологии и экспертизы качества медицинской помощи в педиатрии».
 - b. В качестве альтернативы — приобретение доступов к профессиональным базам данных (клинические рекомендации, формуляры) для каждого врача.
- 5) Прогнозируемые результаты:
- a. Снижение числа дефектов оформления до 5% и менее через 3 месяца.
 - b. Исключение финансовых потерь по данной категории нарушений.
 - c. Повышение клинической компетентности врачей и, как следствие, качества медицинской помощи.

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y2., 4.y3., 4.y4., 4.y5.

ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В приемном отделении многопрофильного стационара в вечерние часы наблюдается критическое скопление пациентов, время ожидания осмотра врачом-терапевтом достигает 3 часов. При этом койки в профильных отделениях (терапия, хирургия) заняты на 98%, а выписка пациентов задерживается до	А) Увеличить количество дежурных врачей в приемном отделении без изменения процессов работы профильных отделений. Б) Внедрить систему «стыковочных окон» (тайм-слотов) между приемным отделением и профильными службами, организовать работу кабинета выписки по принципу сестринского поста с предварительным оформлением документов лечащим врачом накануне и внедрить экспресс-лабораторию («Cito») с жестким нормативом выполнения анализов за 40 минут.	Б	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

обеда из-за длительного оформления медицинской документации и ожидания результатов лабораторных анализов. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для оптимизации сквозного процесса госпитализации?	В) Прекратить плановую госпитализацию во всем стационаре на неопределенный срок до полной разгрузки коечного фонда. Г) Перевести всех плановых пациентов на амбулаторное лечение, оставив в стационаре только экстренных больных.		
---	--	--	--

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Анализ финансово-хозяйственной деятельности показал, что рентабельность дневного стационара офтальмологического профиля составляет минус 15%. При детальном изучении процесса выяснилось, что врачи поликлиники направляют в дневной стационар пациентов с простыми манипуляциями (например, удаление инородного тела роговицы), которые могут быть выполнены за 15 минут в условиях перевязочного кабинета, используя при этом тариф оплаты законченного случая лечения в дневном стационаре. Какое управленческое действие руководителя позволит оптимизировать финансовые потоки и загрузку мощностей?	А) Повысить стоимость платных услуг в дневном стационаре, чтобы компенсировать убытки от пациентов по ОМС. Б) Установить строгий запрет врачам на направление любых пациентов в дневной стационар без личной визы главного врача. В) Разработать и внедрить четкий алгоритм маршрутизации (клинико-статистические группы – КСГ или критерии направления), закрепить простые манипуляции за перевязочными кабинетами поликлиники и настроить логику направлений в медицинской информационной системе (МИС). Г) Закрыть дневной стационар как нерентабельный и перевести весь объем помощи в круглосуточный стационар.	В	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заместитель главного врача по поликлинической работе проанализировал данные медицинской информационной системы (МИС) и жалобы пациентов. Выявлено, что среднее время от момента входа пациента в здание до приема у врача составляет 45 минут. Внутренним KPI поликлиники установлен целевой показатель — не более 20

минут (с целью повышения доступности и комфорта). При разборе ситуации установлено:

- очередь в регистратуру для получения карты занимает 15–20 минут;
- ожидание оплаты платных услуг в кассе — еще 15 минут;
- поиск кабинета врача из-за отсутствия системы навигации и помощи — 10-15 минут.

Все эти процессы происходят последовательно, а сотрудники разных подразделений (регистраторы, кассиры, медсестры) подчиняются разным заведующим и не координируют свои действия.

Вопросы:

1. Какой инструмент процессного управления (в рамках методологии «Бережливая поликлиника») должен применить руководитель организационно-методического отдела для визуализации текущей схемы движения пациента и выявления всех видов потерь?
2. Предложите проект изменений в процесс (модель «как должно быть»), который устранил разрывы между подразделениями без увеличения количества персонала.
3. Какие количественные метрики времени необходимо внедрить в дашборд руководителя для непрерывного мониторинга эффективности обновленного процесса после его запуска?

Эталоны ответов:

1. Инструмент процессного управления

Руководитель организационно-методического отдела должен применить процессный подход и использовать инструмент «Картирование потока создания ценности» (VSM).

Алгоритм применения:

1. Определение процесса: Выбрать процесс «Путь пациента от входа в поликлинику до начала приема врача».
2. Сбор данных: Провести хронометраж каждого этапа (вход → регистратура → касса → поиск кабинета → прием). Согласно рекомендациям, для достоверности необходимо выполнить не менее 5 замеров по каждому этапу.
3. Построение карты текущего состояния (As-Is): Визуализировать последовательность действий, время на каждом этапе (в том числе время ожидания), а также информационные потоки (кто кому передает данные).
4. Выявление потерь (потерь): Классифицировать все этапы по принципу ценности для пациента:
 - Создающие ценность: непосредственно прием врача.
 - Не создающие ценность, но необходимые: оформление документов (регистратура).
 - Потери (чистое время ожидания): ожидание в очереди в регистратуру, ожидание в кассе, поиск кабинета. Именно эти потери и являются корневой проблемой.
5. Разработка карты целевого состояния (To-Be): На основе анализа потерь спроектировать новый процесс.

2. Изменения в процесс

- Внедрение предварительной записи (через портал Госуслуг, колл-центр, инфоматы). Карта пациента заранее извлекается регистратором и передается в кабинет врача.
- Интеграция оплаты в МИС: пациент оплачивает услуги онлайн (через QR-код, мобильное приложение) или терминалом самообслуживания в холле. Кассир выполняет функцию консультанта.

- Внедрение системы навигации: цветовая маркировка коридоров, указатели, электронное табло с номерами кабинетов и фамилиями врачей, или консультации пациента администратором и направление его до кабинета (при необходимости).
- Параллелизация процессов: пациент может оплатить услугу до или после приема (по договоренности). Информирование о времени приема через SMS-оповещение или электронное табло с очередью.

3. Метрики времени

- 1) Среднее время от входа в здание до приема врача (целевой показатель — ≤ 20 мин). Ключевой интегральный показатель.
- 2) Среднее время ожидания в очереди в регистратуру (цель — ≤ 3 мин, либо исключить полностью).
- 3) Среднее время ожидания оплаты (цель — ≤ 2 мин, либо исключить).
- 4) Доля пациентов, принятых строго по времени записи (отклонение ± 5 мин) — показатель

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за последний квартал зафиксировано три критических инцидента простоя оборудования. Причина — отсутствие специфических фильтров для аппаратов ИВЛ на складе. При этом инвентаризация показала наличие на складе избытка других расходных материалов с истекающим сроком годности на сумму свыше 500 тысяч рублей. Процесс закупки осуществляется централизованно отделом логистики поквартально на основании заявок отделений, поданных полгода назад, без учета реальной динамики заболеваемости.

Вопросы:

1. Проанализируйте описанный процесс закупок с точки зрения теории ограничений систем (ТОС) и принципов бережливого производства (Lean). Назовите ключевую ошибку планирования.
2. Разработайте алгоритм перехода на адаптивную модель управления запасами для критически важных медикаментов и расходных материалов отделения ОРИТ.
3. Как руководителю процесса следует изменить систему управленческой отчетности, чтобы своевременно выявлять риск возникновения дефицита или профицита (затоваривания) до того, как это повлияет на лечебный процесс?

Эталоны ответов:

1. Ключевая ошибка — использование выталкивающей системы (Push system) вместо вытягивающей (Pull system) и планирование на основе устаревших данных. Ошибка заключается в длинном плече поставки (6 месяцев) и жестком графике, который не учитывает вариативность спроса. С точки зрения ТОС, система ограничена скоростью реакции снабжения, что приводит к дефициту

критических позиций (барабан ограничения) при одновременном затоваривании склада неликвидом (избыточные запасы).

2.

- 1) Разделение запасов на группы (например, по принципу ABC/XYZ-анализа). Группа А (критические позиции, как фильтры ИВЛ) выводится из общего квартального плана.
 - 2) Внедрение модели «минимум-максимум» (Min-Max) для группы А: автоматический заказ поставщику срабатывает в МИС при достижении минимального остатка, независимо от графика.
 - 3) Переход на двухнедельные циклы корректировки плановой заявки для остальных групп товаров.
 - 4) Заключение договора с поставщиком на обязательное экстренное пополнение дефицитных позиций в течение 4–8 часов (SOS-поставка).
3. Отказаться от ежемесячных бумажных отчетов о движении ТМЦ в пользу автоматизированного аналитического дашборда. На нем должны отображаться: текущий остаток дней запаса по каждой критической позиции, прогноз исчерпания запаса на 14 дней вперед исходя из среднего расхода, список позиций с риском истечения срока годности (менее 3 месяцев) и статус текущих заказов в пути. Ответственность за мониторинг этих показателей распределяется между старшей медсестрой (физический остаток) и клиническим фармакологом/врачом (обоснованность потребности).

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

ПК-6. Способен управлять медицинской организацией

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Главному врачу медицинской организации поставлена задача разработать стратегический план развития на ближайшие 5 лет. При анализе внешних и внутренних факторов выявлено, что в районе расположения организации демографическая ситуация характеризуется старением населения и ростом числа хронических заболеваний, материально-техническая база изношена на 65%, кадровый состав стабилен, но средний возраст врачей приближается к пенсионному, система финансирования преимущественно бюджетная, с ограниченными	А) Провести косметический ремонт фасада здания для улучшения имиджа организации. Б) Сконцентрироваться на развитии гериатрической помощи и внедрении стационарозамещающих технологий, параллельно запустив программу наставничества и подготовки кадров для поэтапной модернизации оборудования. В) Полностью перейти на оказание платных медицинских услуг, отказавшись от участия в государственных программах. Г) Провести массовое сокращение персонала для снижения текущих расходов организации.	Б	6.y6.

возможностями для привлечения инвестиций. Какое управленческое решение должно стать основой стратегии организации?			
--	--	--	--

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В больнице за квартал на 40% выросло число обоснованных жалоб пациентов и штрафов СМО за дефекты оказания помощи в терапевтическом отделении. Внутренний аудит показал: врачи не соблюдают клинические рекомендации, заведующий не проводит разбор дефектов, дисциплинарные меры не применяются. Какое решение главного врача является наиболее системным для устранения причин нарушений?	А) Объявить выговор заведующему и обязать его лично проверять все истории болезни до выписки, провести беседу с врачами о недопустимости нарушений. Б) Провести заседание врачебной комиссии с разбором всех дефектных случаев, разработать корректирующие мероприятия (актуализация стандартов, чек-листы, контроль заведующего), утвердить график ежемесячных аудитов с участием оргметодотдела и применить взыскание к заведующему за ненадлежащий контроль. В) Увеличить штат отделения на 2 врача и 1 медсестру, выделить дополнительные средства на лекарства. Г) Возложить на оргметодотдел ежемесячную сплошную проверку всех историй болезни, а заведующему поручить усилить контроль документации.	Б	6.у5.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Главный врач центральной районной больницы (ЦРБ) готовит проект бюджета на следующий финансовый год. Анализ показал, что текущее финансирование по программе ОМС покрывает расходы на оплату труда, коммунальные услуги, приобретение лекарств и расходных материалов, а также текущий ремонт и содержание имущества. Однако износ диагностического оборудования (КТ-аппарат) составляет 95%, и требуется его замена или капитальный ремонт. Кроме того, в радиологическом корпусе требуется капитальный

ремонт кровли для соблюдения санитарно-эпидемиологических требований (СанПиН 2.6.4115-25). Привлечение коммерческих кредитов невозможно из-за высокой закредитованности региона. В то же время в районе наблюдается отток трудоспособного населения, но растет доля пожилых людей.

Вопросы:

1. Какие источники финансирования должны быть задействованы для капитального ремонта кровли радиологического корпуса и замены/ремонта КТ-аппарата, и каково приоритетное управленческое решение с точки зрения обеспечения безопасности пациентов и сохранения лицензии?
2. На каких принципах должна строиться модель развития платных медицинских услуг, которая позволит привлечь внебюджетные средства.
3. Какие ключевые показатели эффективности (KPI) следует внедрить для оценки работы заместителей главного врача, чтобы обеспечить сбалансированное развитие больницы в условиях дефицита бюджетного финансирования и необходимости развития платных услуг?

Эталоны ответов:

1. Источники финансирования и приоритетное решение

Объект	Источник финансирования	Нормативное обоснование
Капитальный ремонт кровли	Бюджетные ассигнования (областной/местный бюджет) в рамках программы модернизации первичного звена или целевых субсидий	Средства ОМС на капитальный ремонт зданий направлять запрещено
Замена КТ-аппарата	Бюджетные средства (программа модернизации) или нормированный страховой запас (НСЗ) ТФОМС (на ремонт)	Капитальный ремонт оборудования Правилами ОМС не предусмотрен, но НСЗ может использоваться

Приоритетное управленческое решение:

- 1) Незамедлительно подать заявку в орган управления здравоохранением субъекта РФ на включение ЦРБ в программу модернизации первичного звена (или региональную программу капитального ремонта) для финансирования ремонта кровли и замены КТ-аппарата.
- 2) Одновременно инициировать обращение в ТФОМС о возможности использования средств нормированного страхового запаса на ремонт существующего КТ-аппарата (как временную меру до получения бюджетного финансирования на замену).
- 3) Обеспечить безопасность пациентов в период до ремонта: провести внеплановый радиационный контроль, при выявлении нарушений — ограничить или приостановить эксплуатацию корпуса до устранения угрозы (в соответствии с СанПиН 2.6.4115-25).
- 4) Организовать временную маршрутизацию пациентов на КТ-исследования в соседние медицинские организации (по договору) на период вынужденного простоя оборудования.

Модель платных услуг должна строиться на принципах:

- Разделение потоков – платные услуги оказываются в отдельные часы или смены, без ущерба для очередей по ОМС.
- Перечень – только услуги, не входящие в программу госгарантий, либо сверх установленных объёмов (ускоренное обследование, расширенные протоколы, выездные консультации).
- Информирование – врач обязан предупредить пациента о возможности бесплатного получения аналогичной услуги по ОМС.
- Ценообразование – прозрачные тарифы, утверждённые учредителем.
- Контроль – отдельный учёт доходов и расходов, запрет на принуждение к плате. Приоритет – экстренная и неотложная помощь вне очереди.

3: Внедрить KPI по четырём направлениям:

- Финансовые – доля внебюджетных доходов (цель 10–15%), освоение бюджетных средств на ремонт/оборудование ($\geq 95\%$).
- Качество и безопасность – снижение числа дефектов оформления документации ($\leq 5\%$) и обоснованных жалоб (-20% за год).
- Материально-технические – простой диагностического оборудования ($\leq 5\%$ времени), выполнение плана текущих ремонтов (100%).
- Кадровые – укомплектованность врачами ($\geq 90\%$) и доля прошедших обучение по программам НМО ($\geq 80\%$).
- Интегральный KPI – бездефицитный бюджет при сохранении доступности и качества помощи.

Коды результатов обучения 6.y1., 6.y2., 6.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В областной клинической больнице на базе отделения реанимации и анестезиологии (РАО) организован круглосуточный пост санитарной авиации для экстренных выездов в районы области. За последние полгода число вызовов выросло на 40% из-за роста ДТП и сердечно-сосудистых катастроф. Врачи РАО систематически перерабатывают (в среднем на 20 часов в месяц сверх нормы), что привело к профессиональному выгоранию и конфликтам. Коллектив направил главному врачу жалобу с требованием пересмотра графика, увеличения штата и замены устаревшего оборудования, угрожая массовыми увольнениями. Бюджетные средства ограничены, привлечь новых врачей в регион сложно из-за отсутствия жилья и низких зарплат.

Вопросы:

1. Опишите алгоритм действий руководителя на этапе деэскалации конфликта перед принятием окончательного решения.

2. Разработайте компромиссный организационный механизм распределения нагрузки по линии санитарной авиации, который сохранит объемы финансирования, но снизит нагрузку на штатных врачей РАО.
3. Сформулируйте долгосрочную программу кадрового обеспечения отделения реанимации, которую должен утвердить главный врач, чтобы устранить коренную причину конфликта.

Эталоны ответов:

1.
 - 1) Шаг 1: Личная встреча с инициативной группой врачей РАО для открытого диалога
 - 2) Шаг 2: Проведение объективного хронометража рабочего времени сотрудников отделения, чтобы подтвердить фактическую переработку документально, а не на словах.
 - 3) Шаг 3: Публичное признание руководством наличия проблемы (устаревшее оборудование и кадровый голод) — это снимает эмоциональное напряжение и переводит диалог в конструктивное русло.
 - 4) Шаг 4: Формирование совместной рабочей группы (врачи + администрация) для поиска выхода из ситуации.
2.
 - 1) Изменение графика дежурств: переход от круглосуточных постов санавиации к системе «на дому» с гарантированным временем прибытия в больницу (например, 60 минут) и выплатой компенсации за использование личного телефона/автомобиля.
 - 2) Привлечение внешних ресурсов: заключение договора о совместительстве с опытными анестезиологами частных клиник города для закрытия ночных смен санавиации.
 - 3) Делегирование полномочий: передача первичного дистанционного консультирования районных врачей профильным специалистам (хирургам, кардиологам) через телемедицинский центр, оставляя вызов бригады РАО только для инвазивных вмешательств.
3.
 - 1) Запуск региональной программы для специальности «анестезиология-реаниматология» с предоставлением служебного жилья в первоочередном порядке.
 - 2) Заключение целевых договоров на обучение со студентами медицинского вуза с повышенной стипендией от организации на весь период учебы.
 - 3) Модернизация парка оборудования: включение закупки новых аппаратов ИВЛ в инвестиционную программу следующего года под гарантии профсоюза о сохранении кадров.
 - 4) Введение должности помощника врача (медицинского брата с расширенными функциями) для снятия с квалифицированных врачей бумажной нагрузки.

Коды результатов обучения бу1., 6.у2., 6.уб.

Примеры вопросов для индивидуального собеседования:

1. Опишите современную модель финансирования здравоохранения в РФ. Какие источники формируют финансовые потоки медицинской организации, и как их соотношение различается в зависимости от организационно правовой формы учреждения (бюджетное, автономное)?
2. Раскройте механизм финансирования медицинской помощи в системе ОМС. Как связаны территориальная программа госгарантий, объёмы помощи и тарифы? Приведите пример, как медорганизация «зарабатывает» в ОМС.

3. Что такое подушевой норматив финансирования и как он используется при планировании деятельности поликлиники? Как корректируется норматив с учётом половозрастной структуры прикрепленного населения?
4. Назовите основные способы оплаты медицинской помощи (для амбулаторной, стационарной, скорой помощи) и объясните, как выбор способа оплаты влияет на поведение медорганизации (стимулы к объёму, качеству, длительности лечения).
5. Как формируется тариф на медицинскую услугу в системе ОМС? Перечислите основные статьи затрат, включаемые в тариф, и объясните, почему некоторые расходы (например, капитальный ремонт) в него не входят.
6. Что входит в прямые и косвенные затраты медицинской организации? Приведите примеры и объясните, как правильно относить расходы при расчёте себестоимости услуги и при распределении затрат между источниками финансирования.
7. Как рассчитывается и используется показатель фондоотдачи в медорганизации? Приведите формулу и поясните, какие управленческие решения можно принимать на основе динамики этого показателя.
8. Объясните, что такое план финансово хозяйственной деятельности (ПФХД) медорганизации. Какие разделы в нём обязательны, как он связан с госзаказом и контролем за расходованием средств?
9. Какие экономические показатели используются для оценки эффективности использования коечного фонда? Рассчитайте и интерпретируйте занятость койки, оборот койки и среднюю длительность пребывания; как эти показатели влияют на доходы стационара в системе ОМС?
10. В чём особенности финансирования высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП)? Как медорганизация включается в выполнение объёмов ВМП, и какие риски возникают при невыполнении плана?
11. Как организуется оказание платных медицинских услуг в госучреждении? Какие нормативные требования нужно соблюдать, как разделять потоки финансирования и учёта, и какие типичные нарушения встречаются при проверках?
12. Что такое нормирование труда в здравоохранении, и как нормы нагрузки врача связаны с планированием объёмов и финансированием? Приведите пример расчёта плановой функции врачебной должности.
13. Охарактеризуйте методы экономического анализа деятельности медорганизации: горизонтальный, вертикальный, коэффициентный. Какие выводы можно сделать на основе анализа структуры доходов и расходов, динамики кредиторской задолженности и показателей ликвидности?
14. Как управлять затратами в условиях жёстких лимитов финансирования? Приведите 2–3 реальных управленческих инструмента (ABC анализ запасов, оптимизация графиков, бережливые технологии) и объясните их экономический эффект.
16. Опишите алгоритм действий руководителя при угрозе кассового разрыва (нехватка средств на выплату зарплаты или закупку медикаментов). С какими подразделениями и внешними структурами нужно взаимодействовать, какие документы подготовить, какие источники покрытия временного дефицита допустимы?

Модуль 5. Медицинская статистика (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

ПК-1. Способен вести статистический учёт в медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правиль-	Коды результа-
------------------	------------------	----------	----------------

		ный от- вет	тов обу- чения
Какой документ является основным первичным учетным документом, на основании которого формируются данные о заболеваемости с временной утратой трудоспособности и осуществляется статистический учет выданных листов нетрудоспособности в медицинской организации?	А) Талон амбулаторного пациента (форма № 025/у) Б) Медицинская карта стационарного больного (история болезни, форма № 003/у) В) Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма № 030/у) Г) Талон на законченный случай временной нетрудоспособности форма 025-9/у-96	Г	1.у1

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Пра- виль- ный ответ	Коды ре- зультатов обуче- ния
При анализе годового статистического отчета главный врач оценивает эффективность использования коечного фонда стационара. Какая формула применяется для расчета основного показателя – средней длительности пребывания пациента на койке?	А) Число выбывших пациентов (выписанных + умерших) / Число проведенных всеми пациентами койко-дней Б) Число проведенных всеми пациентами койко-дней / Число среднегодовых коек В) Число проведенных всеми пациентами койко-дней / Число выбывших пациентов (выписанных + умерших) Г) Число поступивших пациентов / Число среднегодовых коек	В	1.у1

Пример ситуационной задачи 1

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В городской поликлинике в ходе плановой проверки организации статистического учета выявлено, что данные врача-терапевта участкового за отчетный месяц, внесенные в форму № 039/у-02 «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому», составили 245 посещений. Однако при сверке с данными медицинского регистратора выяснилось, что в медицинскую информационную систему (МИС) заведено только 238 талонов по форме № 025-1/у «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях». Кроме того, обнаружено 3 случая выдачи листов нетрудоспособности, которые не были зарегистрированы в «Книге регистрации листов нетрудоспособности» (форма № 036/у).

Вопросы:

1. Какое нарушение правил ведения первичной медицинской документации допущено и каков алгоритм действий ответственного лица (медицинского статистика) для устранения расхождений в количественном учете посещений?
2. К каким искажениям медико-статистических показателей приведет данная ситуация, если ошибка не будет исправлена до формирования ежемесячного отчета федерального статистического наблюдения?
3. Какие управленческие решения должен принять заведующий отделением по результатам служебной проверки, чтобы предотвратить повторение подобных ошибок в ведении статистического учета?

Эталоны ответов:

1. А.Нарушение:

Допущено расхождение между данными первичного учета (талоны форма 025-1/у) и сводного учета (ведомость форма 039/у-02). Врач завысил количество посещений в ведомости, не обеспечив их подтверждение первичными талонами. Также нарушен порядок регистрации листков нетрудоспособности — они не внесены в Книгу учета (форма 036/у) в день выдачи.

Б. Алгоритм действий медицинского статистика:

- Провести сверку всех талонов формы 025-1/у, поданных врачом, с записями в ведомости формы 039/у-02.
 - Выявить конкретные расхождения (какие посещения учтены в ведомости, но не подтверждены талоном).
 - При обнаружении ошибки врача — вернуть ведомость на доработку для приведения данных в соответствие с талонами.
 - Внести исправления в ведомость (неправильные записи аккуратно зачеркиваются, рядом делается новая запись с пометкой «исправленному верить», подписью и датой).
 - Обеспечить регистрацию всех выданных листков нетрудоспособности в Книге формы 036/у задним числом (с указанием даты фактической выдачи).
 - Доложить заведующему отделением о выявленных нарушениях для принятия управленческих решений.
2. Если ошибка не будет исправлена, в ежемесячном отчете произойдут следующие искажения:
- Завышение общего числа посещений (на 7) и, как следствие, завышение показателя нагрузки на врача (среднего числа посещений в день/месяц).
 - Искажение структуры посещений (по причинам, заболеваниям, возрасту), если талоны отсутствуют.
 - Финансово-экономические последствия: завышение объема оказанной медицинской помощи, учитываемой в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), что может привести к необоснованному завышению финансирования или, наоборот, к штрафным санкциям со стороны страховых организаций при последующей проверке.
 - Недостоверность показателя «случаи временной нетрудоспособности» (из-за 3 незарегистрированных листков), что исказит данные о заболеваемости с ВУТ.
3. По результатам служебной проверки заведующий отделением должен:
- Провести индивидуальную беседу с врачом-терапевтом о недопустимости подобных нарушений.
 - Издать приказ по отделению с указанием выявленных недостатков и персональной

ответственности за ведение учета.

- Организовать внеплановое занятие (инструктаж) по правилам заполнения учетной документации (формы 039/у-02, 025-1/у, 036/у) для всех врачей отделения.
- Усилить контроль со стороны старшей медицинской сестры за своевременной сдачей талонов и правильностью их учета.
- Рассмотреть вопрос о дисциплинарном взыскании (замечание или выговор) в отношении врача, допустившего нарушения, с отражением этого в личном деле.

Код результатов обучения 1.у1.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заместитель главного врача по медицинской части готовит годовой аналитический отчет терапевтического отделения круглосуточного стационара. Согласно данным годового отчета (форма № 30 «Сведения о медицинской организации»), зафиксированы следующие абсолютные показатели:

- среднегодовых коек — 40;
- проведено койко-дней всеми пациентами — 13 140;
- поступило больных — 1 250 человек;
- выписано больных — 1 220 человек;
- умерло больных — 30 человек.

Вопросы:

1. Рассчитайте основной качественный показатель работы стационара — среднюю длительность пребывания больного на койке. О чем может свидетельствовать значение этого показателя, если общероссийский норматив для терапевтического профиля составляет 11,0 дней?
2. Рассчитайте оборот койки и коэффициент средней занятости (работы) койки в году. Оцените эффективность использования коечного фонда, учитывая, что расчетный плановый фонд рабочего времени одной койки составляет 330 дней в году.
3. На основе рассчитанных показателей предложите одно обоснованное решение по оптимизации коечного фонда данного отделения на следующий календарный год.

Эталоны ответов:

1.
 - a. Общее число выбывших = $1\,220 + 30 = 1\,250$ человек.
 - b. Средняя длительность пребывания = $\text{Число койко-дней} / \text{Число выбывших} = 13\,140 / 1\,250 = 10,5$ дня.
 - c. Поскольку фактический показатель (10,5 дня) ниже норматива (11,0 дней), это свидетельствует об интенсификации лечебно-диагностического процесса, высокой квалификации врачей и использовании современных стационарзамещающих технологий. Однако требует дополнительной проверки отсутствия случаев необоснованной ранней выписки пациентов, которая могла привести к росту повторной госпитализации.
2.
 - a. Оборот койки = $\text{Число выбывших} / \text{Среднегодовые койки} = 1\,250 / 40 =$

- 31,25 (пациента на одну койку в год).
- б. Коэффициент занятости койки = Число койко-дней / (Среднегодовые койки × 365 дней) = 13 140 / (40 × 365) ≈ 0,90 (или 90%).
- с. Если оценивать работу относительно планового фонда (330 дней): занятость = 13 140 / (40 × 330) ≈ 0,995 (почти 100% от плана). Показатели свидетельствуют о высокоэффективном использовании коечного фонда: простой минимален, отделение работает практически без дефицита мест, однако предельно высокая загрузка несет риск снижения санитарно-эпидемиологической безопасности и выгорания персонала.
3. Учитывая высокую занятость коек (90–100%) и ускоренный оборот (более 31 пациента в год), сокращение коечного фонда нецелесообразно. Оптимальным решением станет перепрофилирование 5 коек круглосуточного стационара в койки дневного пребывания. Это позволит сохранить общий объем оказываемой помощи, снизить экономические затраты на питание и мягкий инвентарь для этих 5 пациентов, а также дополнительно ускорить оборот коек и сократить средние сроки лечения за счет концентрации на пациентах, не требующих круглосуточного наблюдения.

Коды результатов обучения 1.у1.

ПК-2. Способен обеспечить организационно-методическое сопровождение деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В медицинской организации внедряется новый вид деятельности – проведение периодических медицинских осмотров работников, занятых на тяжелых работах. Какое организационно-методическое действие является обязательным для законного оказания данной услуги согласно законодательству РФ?	А) Издание внутреннего приказа об утверждении состава врачебной комиссии без уведомления надзорных органов Б) Внесение соответствующих работ (услуг) по медицинским осмотрам в действующую лицензию на осуществление медицинской деятельности В) Заключение договора с территориальным фондом ОМС на оплату проведенных осмотров Г) Разработка положения о внутреннем контроле качества исключительно для данного вида осмотра	Б	2.у3.

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов

			обучения
Организационно-методический отдел проводит анализ эффективности работы регистратуры поликлиники. Выявлено, что среднее время ожидания пациентом очереди в пиковые часы составляет 35 минут при целевом показателе до 15 минут. Какой управленческий алгоритм должен применить специалист для устранения выявленного несоответствия?	А) Провести хронометраж работы регистраторов, разработать и внедрить комплекс корректирующих мероприятий (перераспределение функций, изменение маршрутизации, оптимизация рабочих мест), после чего оценить их эффективность путем повторного замера времени ожидания. Б) Направить служебную записку главному врачу с предложением наложить дисциплинарные взыскания на всех администраторов зала В) Увеличить количество талонов самозаписи через интернет-портал, не меняя график работы врачей-специалистов Г) Опубликовать официальное объявление для пациентов с просьбой приходить строго ко времени записи во избежание скопления людей	А	2.у2. 2.у3.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В многопрофильном стационаре закуплено современное оборудование для проведения эндоскопических операций нового типа (холецистэктомия из одного доступа — SILS). Главный врач поручает специалисту организационно-методического отдела разработать план внедрения данной услуги в практику отделения хирургии.

Вопросы:

1. Какое первоочередное организационно-правовое действие должен предпринять специалист, чтобы медицинская организация имела юридическое право оказывать данную высокотехнологичную помощь на коммерческой основе?
2. Какие изменения должны быть внесены во внутреннюю нормативную документацию организации для стандартизации работы персонала при использовании новой методики?
3. По каким количественным показателям организационно-методический отдел должен оценивать эффективность внедрения данной технологии через 6 месяцев работы?

Эталоны ответов:

1. Специалист должен провести аудит действующей лицензии на осуществление медицинской деятельности. Поскольку технология SILS имеет иной код номенклатуры медицинских услуг по сравнению с классической лапароскопией, необходимо инициировать процедуру переоформления лицензии путем внесения изменений в перечень работ (услуг), которые выполняются учреждением в конкретном отделении. Без этого выставление счетов за услугу будет незаконным.
2. Необходимо разработать и утвердить локальный клинический протокол (или адаптировать существующий) и стандартную операционную процедуру (СОП)

«Алгоритм подготовки пациента и ведения раннего послеоперационного периода при SILS-холецистэктомии». Также требуется внести дополнения в должностные инструкции оперирующего хирурга, операционной медсестры и анестезиолога, закрепив требования к их дополнительному обучению и наличию сертификата специалиста именно по этой методике.

3.

- a. Средняя длительность пребывания пациента на койке (в сравнении с классической лапароскопией).
- b. Доля осложнений в раннем послеоперационном периоде (кровотечения, нагноения ран).
- c. Экономическая рентабельность услуги (соотношение затрат на расходные материалы повышенной стоимости и цены реализации услуги/тарифа ОМС).
- d. Уровень удовлетворенности пациентов методом анкетирования (оценка косметического эффекта и болевого синдрома).

Коды результатов обучения 2.y1., 2.y2., 2.y3.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Страховая медицинская организация по результатам медико-экономической экспертизы (МЭЭ) приняла решение о неполной оплате счетов районной больницы за 15 случаев лечения в терапевтическом отделении. Основание — выявленные дефекты оформления первичной медицинской документации: отсутствие обоснования врачебных назначений и несоответствие установленных диагнозов клиническим рекомендациям (протоколам ведения пациентов). Общая сумма неоплаты составила 350 тыс. рублей. Организационно-методический отдел назначен ответственным за проведение внутреннего разбора и устранение причин нарушений.

Вопросы:

1. Какой инструмент внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности следует применить в первую очередь для выявления системной причины возникновения однотипных дефектов в оформлении истории болезни разными лечащими врачами?
2. Разработайте алгоритм действий специалиста организационно-методического отдела по устранению выявленных дефектов и предотвращению их повторения в будущем.
3. Какую форму управленческой отчетности должен подготовить специалист для главного врача по итогам проделанной работы, чтобы продемонстрировать результативность принятых мер?

Эталоны ответов:

1. В первую очередь организационно-методический отдел должен провести целевой внутренний аудит (экспертизу) медицинской документации по всем 15 случаям, по которым СМО применила санкции. Алгоритм проведения аудита:

- 1) Изъятие и анализ всех 15 историй болезни.
- 2) Классификация дефектов по видам:
 - дефекты оформления документации (отсутствие записей, нечитаемость,

- отсутствие подписей);
 - дефекты диагностики (несоответствие диагноза критериям, отсутствие дифференциальной диагностики);
 - дефекты лечения (необоснованность назначений, несоответствие клиническим рекомендациям).
- 3) Выявление системной причины — например, отсутствие у врачей актуальных клинических рекомендаций, перегрузка врачей, недостаточный контроль со стороны заведующего отделением.
 - 4) Оценка частоты аналогичных дефектов в отделении в целом (путем выборочной проверки других историй болезни).

2. Алгоритм действий организационно-методического отдела

Пошаговый алгоритм:

- 1) Проведение внутренней экспертизы — разбор каждого из 15 случаев с заполнением экспертных карт (приложение к приказу Минздрава № 203н).
- 2) Подготовка аналитической справки — с выделением системных причин и классификацией дефектов.
- 3) Организация заседания врачебной комиссии с разбором дефектных случаев, приглашением лечащих врачей и заведующего отделением для дачи пояснений.
- 4) Разработка корректирующих мероприятий:
 - актуализация клинических рекомендаций и стандартов в отделении;
 - проведение обучающего семинара для врачей по правилам оформления первичной документации и обоснования назначений;
 - внедрение внутреннего контроля — назначение ответственного за предварительную проверку историй болезни перед сдачей в архив;
 - пересмотр должностных инструкций и критериев оценки работы врачей.
- 5) Усиление контроля — заведующий отделением еженедельно проверяет не менее 30% историй болезни пациентов, выписанных из отделения.
- 6) Повторный мониторинг — через 1–2 месяца провести повторную выборочную проверку документации для оценки эффективности принятых мер.
- 7) Подготовка итогового доклада главному врачу с предложением о применении мер дисциплинарного воздействия к врачам, допустившим грубые нарушения, при их систематическом характере.

3. Специалист должен подготовить аналитическую справку (докладную записку) на имя главного врача, которая включает следующие разделы:

- 1) Вводная часть: результаты МЭЭ, количество и сумма неоплаты, перечень дефектов.
- 2) Результаты внутреннего аудита: классификация выявленных нарушений, системные причины.
- 3) Перечень проведенных мероприятий: заседания ВК, семинары, актуализация документов.
- 4) Предложения по совершенствованию: конкретные управленческие решения (кадровые, организационные, методические).
- 5) Показатели результативности: планируемое снижение числа аналогичных дефектов (в процентах) и сроки повторного контроля.
- 6) Приложения: копии экспертных карт, протоколы заседаний ВК, материалы обучающих семинаров.

Коды результатов обучения 2.y1., 2.y2., 2.y3.

ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В отделении стационара один из врачей уходит в плановый ежегодный отпуск на 14 календарных дней. В этот период прогнозируется сохранение планового потока пациентов, а также поступление экстренных больных. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для заведующего отделением с точки зрения обеспечения непрерывности лечебного процесса и соблюдения трудового законодательства?	А) Приостановить госпитализацию плановых пациентов на весь период отпуска врача до его выхода на работу. Б) Самостоятельно взять на себя дополнительную ставку (совмещение) без изменения графика работы остального персонала отделения. В) Перераспределить утвержденную врачебную нагрузку между оставшимися сотрудниками отделения с их письменного согласия и установлением соответствующей доплаты за увеличение объема работ. Г) Досрочно отозвать врача из отпуска без получения его предварительного согласия, так как ситуация относится к производственной необходимости.	В	3.у3., 3.у4, 3.у5

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Во время ночного дежурства медицинская сестра поста сообщила заведующему отделением реанимации об отказе аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у тяжелого пациента. Аппарат имеет критическую неисправность, исключаящую его	А) Оставить заявку в журнале обращений инженерной службе на следующее утро и продолжить использование резервного оборудования без оформления дополнительных документов. Б) Организовать немедленную замену неисправного аппарата на резервный с фиксацией инцидента в журнале технического обслуживания, служебной запиской инициировать внеплановую проверку всего парка реанимационного оборудования и провести инструктаж персонала по действиям при аварийном выходе техники из строя.	Б	3.у8.

дальнейшую эксплуатацию. Какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением как руководитель для решения проблемы в моменте и предотвращения подобных ситуаций в будущем?	В) Публично объявить выговор ответственному за медицинскую технику сотруднику отделения за ненадлежащий осмотр оборудования перед началом смены. Г) Перевести пациента на ручную вентиляцию мешком Амбу силами двух постов персонала до конца суток, ожидая прихода биомедицинского инженера.		
---	--	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В кардиологическом отделении стационара на 40 коек в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ резко увеличилось количество экстренных госпитализаций пациентов с острыми коронарными синдромами. Свободный коечный фонд в отделении отсутствует. Бригада скорой медицинской помощи доставила в приемное отделение больницы пациента с острым инфарктом миокарда. Врач приемного отделения, оценив состояние пациента как угрожающее жизни, принял решение об экстренной госпитализации в кардиологическое отделение и уведомил об этом заведующего отделением. Однако палатная медицинская сестра, за которой закреплен пост в палате интенсивной терапии, заявила, что не будет принимать пациента, ссылаясь на отсутствие свободных коек и перегрузку. Старшая медицинская сестра отделения находится на больничном.

Вопросы:

1. Каковы правовые и организационные последствия отказа медицинской сестры в приеме пациента, доставленного по экстренным показаниям, и какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением для обеспечения экстренной госпитализации?
2. Какие кадровые и организационные решения должен принять заведующий отделением для стабилизации работы в условиях отсутствия старшей медицинской сестры и повышенной нагрузки на персонал?
3. Какой организационно-распорядительный документ должна разработать организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением для четкого разграничения обязанностей персонала в нештатных ситуациях и предотвращения подобных конфликтов в будущем?

Эталоны ответов

1. Правовые последствия отказа и действия заведующего

Правовые последствия отказа медсестры:
Отказ в оказании медицинской помощи в экстренной форме является грубым нарушением:

- ст. 11 Федерального закона № 323-ФЗ (недопустимость отказа в оказании медицинской помощи);

- ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» (уголовная ответственность при наступлении тяжких последствий);
- нарушение должностной инструкции и профессионального стандарта.

Медицинская сестра может быть привлечена к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

Первоочередные действия заведующего отделением:

- 1) Лично организовать прием пациента — отдать устное распоряжение о временном размещении пациента в палате интенсивной терапии (при отсутствии мест — в коридоре или процедурной с обеспечением круглосуточного наблюдения, но с обязательным уведомлением администрации).
- 2) Обеспечить оказание неотложной помощи — вызвать дежурного врача-кардиолога, при необходимости — реаниматолога.
- 3) Зафиксировать факт отказа — доложить главному врачу (заместителю) для проведения служебной проверки.
- 4) Организовать экстренное заседание врачебной комиссии для решения вопроса о переводе пациентов в другие отделения или другие стационары (при невозможности развернуть дополнительные койки).

2. Кадровые и организационные решения

- 1) Временное возложение обязанностей старшей медицинской сестры — издать приказ по отделению (или ходатайствовать перед главным врачом) о возложении обязанностей старшей медсестры на наиболее опытную палатную медсестру с оформлением дополнительного соглашения к трудовому договору и доплатой.
- 2) Перераспределение функциональных обязанностей — временное закрепление части административных функций (контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима, обеспечение медикаментами и расходными материалами, ведение отчетности) за старшей медсестрой другого отделения (по согласованию с главной медицинской сестрой) или за заместителем главного врача по сестринскому делу.
- 3) Усиление кадрового состава — привлечение дополнительного персонала за счет внутреннего совместительства, перераспределение нагрузки между палатными медсестрами (введение 12-часовых смен или дополнительных дежурств с оплатой сверхурочных).
- 4) Организация временного коечного фонда — развертывание дополнительных мест в коридорах или перепрофилирование палат другого отделения (с уведомлением главного врача и соблюдением санитарных норм).

3. Организационно-распорядительный документ

Организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением должна разработать «План действий персонала кардиологического отделения в нештатных и экстремальных ситуациях» (или «Инструкцию по организации работы отделения в условиях дефицита коечного фонда и кадрового дефицита»).

Документ должен включать:

- 1) Алгоритм действий при отсутствии свободных коек:
 - a. порядок экстренного развертывания дополнительных мест;
 - b. критерии временного размещения пациентов в коридоре / смотровой;
 - c. порядок информирования администрации и перевода пациентов в другие стационары.
- 2) Порядок замещения временно отсутствующего персонала:
 - a. схема назначения исполняющего обязанности старшей медсестры;
 - b. порядок перераспределения функциональных обязанностей между палатными и процедурными медсестрами;
 - c. алгоритм вызова дополнительного персонала в нерабочее время.

- 3) Четкое разграничение ответственности:
- a. заведующий отделением — организация приема, кадровые решения, взаимодействие с администрацией;
 - b. старшая медсестра (или и.о.) — обеспечение работы среднего персонала, контроль за наличием медикаментов и оборудования;
 - c. палатные медсестры — прием и размещение пациентов, выполнение врачебных назначений, ведение документации;
 - d. процедурные медсестры — выполнение манипуляций по назначению врача (при отсутствии палат интенсивной терапии — помощь в уходе за тяжелыми пациентами).
- 4) Порядок оформления документации в нештатных ситуациях:
- a. журнал учета временно размещенных пациентов;
 - b. акты о перегрузке отделения;
 - c. служебные записки главному врачу.
- 5) Меры ответственности за невыполнение распоряжений руководителя в экстренной ситуации (со ссылкой на Трудовой кодекс и должностные инструкции).

Данный документ утверждается главным врачом и доводится до сведения всего персонала отделения под подпись. Его наличие позволяет избежать конфликтов функциональных обязанностей в будущем и обеспечивает правовую защиту как персонала, так и руководства

Коды результатов обучения 3.у5., 3.у8.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заведующий хирургическим отделением получил результаты экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией. В отношении одного из случаев планового хирургического лечения выявлен дефект: развитие нагноения послеоперационной раны. Причиной дефекта, по мнению экспертов СМО, явилось нарушение правил асептики и антисептики во время операции, что подтверждается записями в операционном журнале. В результате страховой организацией принято решение о **неполной оплате** данного случая медицинской помощи.

Вопросы:

1. В чем разница между «неполной оплатой» медицинской помощи и «штрафом» за нарушения, выявленные в ходе контроля качества? Какой из этих инструментов применен в данной ситуации и на каком основании?
2. Разработайте алгоритм действий заведующего отделением по проведению внутреннего разбора данного случая для выявления и устранения системных причин дефекта.
3. Какие организационные решения необходимо принять заведующему отделением и руководству больницы, чтобы предотвратить повторение подобных нарушений в будущем?

Эталон ответов

1. Разница между «неполной оплатой» и «штрафом»

Это принципиально разные инструменты, которые регулируются статьей 41 Федерального

закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- Неполная оплата (удержание) — это уменьшение суммы, подлежащей оплате за конкретный случай оказания медицинской помощи. Применяется, когда помощь оказана, но с нарушениями, которые не позволяют оплатить ее в полном объеме (например, дефекты оформления, не позволяющие провести экспертизу). Сумма удерживается из средств, предназначенных для оплаты этого случая.
- Штраф — это дополнительное взыскание, которое налагается на медицинскую организацию сверх неоплаченной или неполностью оплаченной суммы. Применяется за более грубые нарушения: неоказание, несвоевременное оказание либо оказание помощи ненадлежащего качества.

В данной ситуации страховой организацией применена неполная оплата, так как случай был признан оказанным с дефектом (нагноение раны), что является основанием для уменьшения оплаты.

2. Алгоритм действий заведующего отделением

Для проведения внутреннего разбора и выявления системных причин дефекта заведующий должен:

- 1) Провести внутреннее расследование:
 - a. Изучить всю первичную медицинскую документацию по данному случаю (историю болезни, операционный журнал, листы назначений, температурные листы).
 - b. Провести беседу с лечащим врачом, операционной бригадой, палатной медсестрой, осуществлявшей послеоперационный уход.
- 2) Классифицировать выявленные нарушения:
 - a. Определить, является ли дефект единичным случаем или системной проблемой (например, анализ записей в операционном журнале за последние месяцы на предмет аналогичных нарушений).
 - b. Выявить конкретное звено, где произошел сбой: нарушение техники операции, недостаточная антибиотикопрофилактика, некачественный уход за раной, проблемы с расходными материалами.
- 3) Организовать заседание врачебной комиссии (или клинико-анатомической конференции):
 - a. Представить на разбор данный случай с участием всех причастных специалистов.
 - b. Разработать конкретные корректирующие мероприятия для устранения выявленных причин.

3. Организационные решения для предотвращения повторения

По результатам разбора заведующий должен инициировать следующие решения:

- 1) Усиление контроля за соблюдением стандартов:
 - a. Провести внеплановый инструктаж с операционными и палатными медсестрами по правилам асептики и антисептики, уходу за послеоперационными ранами.
 - b. Назначить ответственное лицо (например, старшую медсестру) за ежедневный контроль за состоянием послеоперационных ран и своевременную смену повязок.
- 2) Оптимизация материально-технического обеспечения:
 - a. Внести изменения в заявки на расходные материалы (стерильные салфетки, перевязочные материалы, антисептики), чтобы исключить их дефицит.
 - b. Организовать систему контроля за наличием и расходом материалов в отделении.
- 3) Совершенствование документационного контроля:
 - a. Разработать чек-лист для лечащих врачей по обязательным записям в истории болезни (особенно в части обоснования назначений, описания

- состояния раны).
- б. Внедрить систему внутреннего аудита документации перед ее сдачей в архив.
- 4) Кадровые решения:
- а. При систематическом характере нарушений у конкретных сотрудников — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного взыскания.
- б. Направить сотрудников на тематические курсы повышения квалификации по вопросам хирургической инфекции и ухода за ранами.

Коды результатов обучения 3.y1., 3.y4., 3.y6., 3.y7., 3.y8.

ПК-4. Способен управлять организационно методическим подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Руководитель организационно-методического отдела планирует внедрение системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в многопрофильной больнице. Какое управленческое решение является первоочередным и обязательным для создания правовой основы этой деятельности?	А) Издать приказ о создании врачебной комиссии по качеству без утверждения Положения о внутреннем контроле. Б) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности во исполнение Приказа Минздрава России № 785н. В) Провести обучение всех врачей отделения по вопросам клинических рекомендаций без изменения внутренней документации. Г) Заключить договор с внешней экспертной организацией для проведения ежегодного аудита.	Б	4.y1., 4.y3

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Главный врач поручил руководителю организационно-методического отдела	А) Провести однократный семинар для неврологов и терапевтов по новому алгоритму без внесения изменений в рабочие инструкции и регламенты.	Б	4.y1., 4.y3.

внедрить новый порядок маршрутизации пациентов с подозрением на инсульт в соответствии с современными клиническими рекомендациями. Какой комплекс организационно-методических действий обеспечит эффективное внедрение и устойчивый результат?	Б) Разработать и утвердить СОП «Порядок маршрутизации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения», провести обучение персонала, внедрить чек-листы контроля и организовать регулярный мониторинг исполнения. В) Изменить только расписание дежурств рентген-кабинета, предполагая, что это автоматически ускорит диагностику инсульта. Г) Издать распоряжение о штрафах за нарушение порядка маршрутизации без предварительной подготовки персонала.		
--	--	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Руководителю организационно-методического отдела поручено внедрить в работу поликлиники новые клинические рекомендации по ведению пациентов с артериальной гипертензией. За последние полгода показатель контроля артериального давления среди прикрепленного населения снизился с 58% до 42%. Анализ показал, что врачи используют устаревшие подходы к лечению, а в медицинской информационной системе (МИС) отсутствуют автоматизированные алгоритмы подбора терапии. Врачи выражают сопротивление изменениям, ссылаясь на нехватку времени и сложность новых схем лечения.

Вопросы:

1. Составьте пошаговый план организационно-методических мероприятий для внедрения новых клинических рекомендаций, обеспечивающий вовлеченность врачей и достижение целевых показателей.
2. Какие инструменты мотивации и организационного воздействия следует применить для преодоления сопротивления персонала и повышения приверженности врачей новым стандартам?
3. По каким ключевым индикаторам руководитель организационно-методического отдела будет оценивать эффективность внедрения изменений через 6 месяцев?

Эталоны ответов:

1.
 - Провести экспресс-аудит текущей практики (выборочно изучить карты пациентов с артериальной гипертензией за последний квартал).
 - Организовать целевой семинар с участием эксперта-кардиолога для разъяснения ключевых положений рекомендаций и практических алгоритмов.
 - Разработать и утвердить локальный клинический протокол и СОП «Порядок диспансерного наблюдения пациентов с артериальной гипертензией».
 - Провести обучение врачей с обязательной аттестацией и оформлением протоколов повышения квалификации.

- Организовать рабочее совещание с IT-службой для доработки МИС: внедрение автоматических подсказок по коррекции терапии и формирование групп пациентов для активного наблюдения («риск-группы»).
 - Внедрить систему внутреннего контроля: чек-листы проверки карт, ежемесячные мониторинги показателей контроля АД, разбор отклонений на врачебных конференциях.
- 2.
- Привлечение врачей к разработке протоколов (принцип участия повышает лояльность).
 - Демонстрация позитивных примеров (best practice) — выделение врачей, чьи пациенты показывают лучшие результаты.
 - Интеграция показателей контроля АД в систему премирования или KPI врачей.
 - Регулярная обратная связь: индивидуальные беседы, публичное признание успехов на собраниях коллектива.
- 3.
- Процент пациентов с достигнутым целевым уровнем АД (<140/90 мм рт. ст.) — динамика роста минимум на 15%.
 - Количество вызовов скорой помощи по поводу гипертонических кризов на 1000 прикрепленных пациентов.
 - Выполнение плана диспансерного наблюдения (процент пациентов, состоящих на учете и прошедших обследование в установленные сроки).
 - Уровень удовлетворенности пациентов качеством консультативной помощи (опросы, отзывы).

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y4., 4.y5.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

По результатам ежеквартального внутреннего аудита качества медицинской помощи в педиатрическом отделении выявлено, что в 25% историй болезни детей с острой респираторной вирусной инфекцией (ОРВИ) отсутствует обоснование выбора противовирусных препаратов, а в 15% случаев — не указаны сроки повторного осмотра. В рамках экспертизы качества медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией, данные нарушения квалифицированы как дефекты оформления первичной медицинской документации, вследствие чего страховой компанией принято решение о неполной оплате (удержании) счетов медицинской организации на общую сумму 450 тыс. рублей.

Вопросы:

1. Определите системные причины выявленных дефектов и сформулируйте гипотезу о корневой проблеме в организации работы отделения.
2. Предложите комплекс организационно-методических мероприятий для устранения дефектов и предотвращения их повторения, включая разработку новых локальных нормативных актов.

3. Как руководитель организационно-методического отдела должен представить результаты своей работы главному врачу, чтобы обосновать необходимость внедрения системы непрерывного медицинского образования (НМО) по вопросам клинической фармакологии и стандартизации для врачей педиатрического отделения?

Эталоны ответов :

1. Системные причины выявленных дефектов:

- 1) Дефицит управленческого контроля со стороны заведующего отделением и старшей медицинской сестры за ведением медицинской документации.
- 2) Отсутствие системы внутреннего аудита назначений на этапе их оформления (предварительный контроль до сдачи историй в архив).
- 3) Низкая компетентность врачей в вопросах клинической фармакологии и доказательной медицины (незнание или игнорирование актуальных клинических рекомендаций по лечению ОРВИ у детей).
- 4) Отсутствие стандартизированных форм для обоснования назначений в истории болезни (нет четкого алгоритма, какие параметры нужно фиксировать).

Гипотеза о корневой проблеме:

Корневой проблемой является отсутствие в отделении эффективной системы обеспечения качества — врачи не имеют доступных и актуализированных клинических рекомендаций, не проходят регулярное обучение по вопросам рациональной фармакотерапии, а контроль со стороны руководства носит эпизодический и формальный характер. Это приводит к систематическим дефектам оформления и, как следствие, к финансовым потерям для медицинской организации.

2. Комплекс организационно-методических мероприятий

Для устранения дефектов и предотвращения их повторения необходимо реализовать следующие мероприятия:

I. Организационные мероприятия (в течение 2 недель):

- 1) Провести внеплановое заседание врачебной комиссии с разбором всех выявленных дефектных случаев, заслушать объяснения лечащих врачей.
- 2) Назначить ответственное лицо из числа наиболее опытных врачей отделения за ежедневный мониторинг обоснованности назначений (внутренний экспертный контроль).
- 3) Ввести в практику еженедельную выборочную проверку 30% историй болезни заведующим отделением с акцентом на обоснованность назначений и сроки осмотров.

II. Методические мероприятия (в течение 1 месяца):

- 1) Актуализировать и разместить на рабочих местах врачей алгоритмы и клинические рекомендации по лечению ОРВИ у детей.
- 2) Разработать и утвердить локальный нормативный акт — «Порядок назначения лекарственных препаратов и оформления записей в медицинской документации в педиатрическом отделении» со следующими разделами:
 - a. перечень обязательных элементов обоснования назначения (клинические показания, ссылка на клинические рекомендации / стандарт, ожидаемый эффект);
 - b. сроки и периодичность повторных осмотров с указанием конкретных временных интервалов;
 - c. образец (шаблон) записи в истории болезни;
 - d. ответственность за нарушение порядка.

- 3) Разработать чек-лист «Самоконтроль врача при оформлении истории болезни» для каждого пациента, включающий пункты: «обоснование назначения есть», «сроки осмотров указаны», «соответствие клиническим рекомендациям».

III. Кадровые и образовательные мероприятия (в течение 3 месяцев):

- 1) Организовать цикл обучающих семинаров для врачей отделения по вопросам:
 - a. клиническая фармакология противовирусных препаратов;
 - b. критерии обоснованности назначений;
- 2) Включить в план непрерывного медицинского образования (НМО) врачей отделения тематические модули по стандартизации и контролю качества.
- 3) Провести итоговое тестирование врачей по знанию клинических рекомендаций и правил оформления документации.

IV. Мероприятия по контролю и оценке эффективности (через 2 месяца):

- 1) Провести повторный внутренний аудит с использованием тех же критериев для оценки динамики.
- 2) Подготовить сравнительный отчет о снижении числа дефектов (в процентах).
- 3) При отсутствии положительной динамики — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного воздействия.

3. Обоснование необходимости финансирования обучения

Руководитель организационно-методического отдела должен представить главному врачу аналитическую записку, в которой обосновывается приоритетность инвестиций в человеческий капитал (обучение врачей) перед техническими решениями. Структура обоснования:

- 1) Анализ причин дефектов (на основе данных внутреннего аудита):
 - a. В 100% выявленных дефектов причина — человеческий фактор (отсутствие записи, незнание критериев), а не технический сбой МИС.
 - b. Внедрение нового ПО без изменения компетенций врачей не устранил проблему, а лишь создаст иллюзию контроля.
- 2) Экономическое обоснование:
 - a. Сумма неоплаты по результатам экспертизы СМО — 450 тыс. руб. за один квартал.
 - b. Затраты на обучение всего врачебного состава отделения (курсы НМО, семинары) — ориентировочно 50–70 тыс. руб. (единовременно).
 - c. Экономический эффект от обучения — снижение числа дефектов минимум на 70%, что позволит избежать аналогичных удержаний в будущем и окупит затраты на обучение в течение 1–2 кварталов.
- 3) Соответствие нормативным требованиям:
 - a. В соответствии с Приказом Минздрава № 785н, внутренний контроль качества включает в том числе оценку компетенций персонала. Отсутствие системного обучения является нарушением требований к организации внутреннего контроля.
 - b. Клинические рекомендации по ОРВИ у детей требуют от врача обоснования каждого назначения. Без знаний врач не может выполнить это требование.
- 4) Предложение по использованию финансирования:
 - a. Направить запрашиваемые средства не на обновление МИС, а на организацию выездного цикла повышения квалификации для врачей отделения по программе «Актуальные вопросы клинической фармакологии и экспертизы качества медицинской помощи в педиатрии».
 - b. В качестве альтернативы — приобретение доступов к профессиональным базам данных (клинические рекомендации, формуляры) для каждого врача.
- 5) Прогнозируемые результаты:
 - a. Снижение числа дефектов оформления до 5% и менее через 3 месяца.

- b. Исключение финансовых потерь по данной категории нарушений.
- c. Повышение клинической компетентности врачей и, как следствие, качества медицинской помощи.

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y2., 4.y3., 4.y4., 4.y5.

Примеры вопросов для индивидуального собеседования:

- a. Объясните, как показатели медицинской статистики (например, летальность, средняя длительность пребывания, оборот койки) используются руководителем медорганизации при принятии управленческих решений. Приведите 1–2 примера из практики.
- b. Как вы будете обосновывать потребность в дополнительных штатных единицах для отделения, опираясь на статистические и нормативные данные? Какие источники информации и расчёты покажете учредителю или планово-экономическому отделу?
- c. В отчёте по поликлинике вы видите рост показателя заболеваемости с временной нетрудоспособностью при одновременном снижении доли профилактических посещений. Какие гипотезы о причинах вы выдвинете и какие шаги предпримете для выявления корневых причин?
- d. Опишите алгоритм подготовки статистического отчёта для представления в орган управления здравоохранением: какие формы отчётности обязательны, как обеспечить достоверность данных, кто отвечает за верификацию и согласование.
- e. Как отличить реальную динамику показателя (например, рост смертности) от артефакта учёта (ошибки ввода, изменения классификации, смены программного обеспечения)? Приведите критерии и методы проверки качества данных.
- f. В стационаре снизилась среднегодовая занятость койки при сохранении объёмов госпитализации. Как такое возможно? Проанализируйте вероятные причины и предложите меры по восстановлению эффективности использования коечного фонда.
- g. Как рассчитать и интерпретировать стандартизованные показатели смертности, если в двух районах различается возрастная структура населения? Зачем руководителю медорганизации нужны именно стандартизованные, а не «сырые» интенсивные показатели?
- h. Вы готовите обоснование для увеличения планового задания по диспансеризации. Какие статистические данные вы привлечёте (по прикреплённому населению, структуре заболеваемости, факторам риска), чтобы аргументировать запрос?
- i. Как оценить репрезентативность выборки при внутреннем исследовании удовлетворённости пациентов в крупной многопрофильной больнице? Опишите план формирования выборки и возможные источники смещения.
- j. В медорганизации растёт доля расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов. Как вы организуете анализ этой проблемы с помощью статистических методов? Какие показатели будете отслеживать и как свяжете их с качеством диагностики и обучением персонала?
- k. Как использовать показатели младенческой и перинатальной смертности для оценки работы акушерско-гинекологической и педиатрической служб? Какие дополнительные данные (кроме самих коэффициентов) критически важны для корректной интерпретации?

- l. Вы видите, что в динамике показатель средней длительности пребывания больного на койке снижается, а показатель послеоперационной летальности растёт. Как вы интерпретируете эту взаимосвязь и какие управленческие действия инициируете?
- m. Как применять методы описательной статистики и проверки гипотез (например, t критерий, критерий хи квадрат) при оценке эффективности пилотного проекта в медорганизации (например, внедрение телемедицинских консультаций)? Приведите краткий план анализа.
- n. Как организовать мониторинг показателей качества и безопасности медицинской деятельности на уровне отделения с учётом требований внутреннего контроля (Приказ Минздрава № 785н)? Какие статистические инструменты и периодичность отчётности вы предложите?
- o. В годовом отчёте медорганизации выявлены противоречия между данными разных форм (например, число посещений в форме № 30 и в реестре счетов ОМС). Опишите пошаговый алгоритм выявления и устранения расхождений, включая взаимодействие с ИТ-службой, экономистами и статистиками.

Модуль 6. Система контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ПК-3, ПК-5)

ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В отделении стационара один из врачей уходит в плановый ежегодный отпуск на 14 календарных дней. В этот период прогнозируется сохранение планового потока пациентов, а также поступление экстренных больных. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для заведующего отделением с точки зрения обеспечения непрерывности лечебного процесса и соблюдения трудового законодательства?	А) Приостановить госпитализацию плановых пациентов на весь период отпуска врача до его выхода на работу. Б) Самостоятельно взять на себя дополнительную ставку (совмещение) без изменения графика работы остального персонала отделения. В) Перераспределить утвержденную врачебную нагрузку между оставшимися сотрудниками отделения с их письменного согласия и установлением соответствующей доплаты за увеличение объема работ. Г) Досрочно отозвать врача из отпуска без получения его предварительного согласия, так как ситуация относится к производственной необходимости.	В	3.у3., 3.у4, 3.у5

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Во время ночного дежурства медицинская сестра поста сообщила заведующему отделением реанимации об отказе аппарата искусственной вентиляции легких (ИВЛ) у тяжелого пациента. Аппарат имеет критическую неисправность, исключаящую его дальнейшую эксплуатацию. Какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением как руководитель для решения проблемы в моменте и предотвращения подобных ситуаций в будущем?	А) Оставить заявку в журнале обращений инженерной службе на следующее утро и продолжить использование резервного оборудования без оформления дополнительных документов. Б) Организовать немедленную замену неисправного аппарата на резервный с фиксацией инцидента в журнале технического обслуживания, служебной запиской инициировать внеплановую проверку всего парка реанимационного оборудования и провести инструктаж персонала по действиям при аварийном выходе техники из строя. В) Публично объявить выговор ответственному за медицинскую технику сотруднику отделения за ненадлежащий осмотр оборудования перед началом смены. Г) Перевести пациента на ручную вентиляцию мешком Амбу силами двух постов персонала до конца суток, ожидая прихода биомедицинского инженера.	Б	З.у8.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В кардиологическом отделении стационара на 40 коек в период сезонного подъема заболеваемости ОРВИ резко увеличилось количество экстренных госпитализаций пациентов с острыми коронарными синдромами. Свободный коечный фонд в отделении отсутствует. Бригада скорой медицинской помощи доставила в приемное отделение больницы пациента с острым инфарктом миокарда. Врач приемного отделения, оценив состояние пациента как угрожающее жизни, принял решение об экстренной госпитализации в кардиологическое отделение и уведомил об этом заведующего отделением. Однако палатная медицинская сестра, за которой закреплен пост в палате интенсивной терапии, заявила, что не будет принимать пациента, ссылаясь на отсутствие свободных коек и перегрузку. Старшая медицинская сестра отделения находится на больничном.

Вопросы:

1. Каковы правовые и организационные последствия отказа медицинской сестры в приеме пациента, доставленного по экстренным показаниям, и какие первоочередные действия должен предпринять заведующий отделением для обеспечения экстренной госпитализации?
2. Какие кадровые и организационные решения должен принять заведующий отделением для стабилизации работы в условиях отсутствия старшей медицинской сестры и повышенной нагрузки на персонал?
3. Какой организационно-распорядительный документ должна разработать организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением для четкого разграничения обязанностей персонала в нештатных ситуациях и предотвращения подобных конфликтов в будущем?

Эталоны ответов

1. Правовые последствия отказа и действия заведующего

Правовые последствия отказа медсестры:
Отказ в оказании медицинской помощи в экстренной форме является грубым нарушением:

- ст. 11 Федерального закона № 323-ФЗ (недопустимость отказа в оказании медицинской помощи);
- ст. 124 УК РФ «Неоказание помощи больному» (уголовная ответственность при наступлении тяжких последствий);
- нарушение должностной инструкции и профессионального стандарта.

Медицинская сестра может быть привлечена к дисциплинарной, административной или уголовной ответственности.

Первоочередные действия заведующего отделением:

- 1) Лично организовать прием пациента — отдать устное распоряжение о временном размещении пациента в палате интенсивной терапии (при отсутствии мест — в коридоре или процедурной с обеспечением круглосуточного наблюдения, но с обязательным уведомлением администрации).
- 2) Обеспечить оказание неотложной помощи — вызвать дежурного врача-кардиолога, при необходимости — реаниматолога.
- 3) Зафиксировать факт отказа — доложить главному врачу (заместителю) для проведения служебной проверки.
- 4) Организовать экстренное заседание врачебной комиссии для решения вопроса о переводе пациентов в другие отделения или другие стационары (при невозможности развернуть дополнительные койки).

2. Кадровые и организационные решения

- 1) Временное возложение обязанностей старшей медицинской сестры — издать приказ по отделению (или ходатайствовать перед главным врачом) о возложении обязанностей старшей медсестры на наиболее опытную палатную медсестру с оформлением дополнительного соглашения к трудовому договору и доплатой.
- 2) Перераспределение функциональных обязанностей — временное закрепление части административных функций (контроль за соблюдением санитарно-эпидемиологического режима, обеспечение медикаментами и расходными материалами, ведение отчетности) за старшей медсестрой другого отделения (по согласованию с главной медицинской сестрой) или за заместителем главного врача по сестринскому делу.
- 3) Усиление кадрового состава — привлечение дополнительного персонала за счет внутреннего совместительства, перераспределение нагрузки между палатными медсестрами (введение 12-часовых смен или дополнительных дежурств с оплатой сверхурочных).

- 4) Организация временного коечного фонда — развертывание дополнительных мест в коридорах или перепрофилирование палат другого отделения (с уведомлением главного врача и соблюдением санитарных норм).

3. Организационно-распорядительный документ

Организационно-методическая служба совместно с заведующим отделением должна разработать «План действий персонала кардиологического отделения в нештатных и экстремальных ситуациях» (или «Инструкцию по организации работы отделения в условиях дефицита коечного фонда и кадрового дефицита»).

Документ должен включать:

- 1) Алгоритм действий при отсутствии свободных коек:
 - a. порядок экстренного развертывания дополнительных мест;
 - b. критерии временного размещения пациентов в коридоре / смотровой;
 - c. порядок информирования администрации и перевода пациентов в другие стационары.
- 2) Порядок замещения временно отсутствующего персонала:
 - a. схема назначения исполняющего обязанности старшей медсестры;
 - b. порядок перераспределения функциональных обязанностей между палатными и процедурными медсестрами;
 - c. алгоритм вызова дополнительного персонала в нерабочее время.
- 3) Четкое разграничение ответственности:
 - a. заведующий отделением — организация приема, кадровые решения, взаимодействие с администрацией;
 - b. старшая медсестра (или и.о.) — обеспечение работы среднего персонала, контроль за наличием медикаментов и оборудования;
 - c. палатные медсестры — прием и размещение пациентов, выполнение врачебных назначений, ведение документации;
 - d. процедурные медсестры — выполнение манипуляций по назначению врача (при отсутствии палат интенсивной терапии — помощь в уходе за тяжелыми пациентами).
- 4) Порядок оформления документации в нештатных ситуациях:
 - a. журнал учета временно размещенных пациентов;
 - b. акты о перегрузке отделения;
 - c. служебные записки главному врачу.
- 5) Меры ответственности за невыполнение распоряжений руководителя в экстренной ситуации (со ссылкой на Трудовой кодекс и должностные инструкции).
- 6) Данный документ утверждается главным врачом и доводится до сведения всего персонала отделения под подпись. Его наличие позволяет избежать конфликтов функциональных обязанностей в будущем и обеспечивает правовую защиту как персонала, так и руководства

Коды результатов обучения 3.у5., 3.у8.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заведующий хирургическим отделением получил результаты экспертизы качества

медицинской помощи, проведенной страховой медицинской организацией. В отношении одного из случаев планового хирургического лечения выявлен дефект: развитие нагноения послеоперационной раны. Причиной дефекта, по мнению экспертов СМО, явилось нарушение правил асептики и антисептики во время операции, что подтверждается записями в операционном журнале. В результате страховой организацией принято решение о **неполной оплате** данного случая медицинской помощи.

Вопросы:

1. В чем разница между «неполной оплатой» медицинской помощи и «штрафом» за нарушения, выявленные в ходе контроля качества? Какой из этих инструментов применен в данной ситуации и на каком основании?
2. Разработайте алгоритм действий заведующего отделением по проведению внутреннего разбора данного случая для выявления и устранения системных причин дефекта.
3. Какие организационные решения необходимо принять заведующему отделением и руководству больницы, чтобы предотвратить повторение подобных нарушений в будущем?

Эталон ответов

1. Разница между «неполной оплатой» и «штрафом»

Это принципиально разные инструменты, которые регулируются статьей 41 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»:

- **Неполная оплата (удержание)** — это уменьшение суммы, подлежащей оплате за конкретный случай оказания медицинской помощи. Применяется, когда помощь оказана, но с нарушениями, которые не позволяют оплатить ее в полном объеме (например, дефекты оформления, не позволяющие провести экспертизу). Сумма удерживается из средств, предназначенных для оплаты этого случая.
- **Штраф** — это дополнительное взыскание, которое налагается на медицинскую организацию сверх неоплаченной или неполностью оплаченной суммы. Применяется за более грубые нарушения: неоказание, несвоевременное оказание либо оказание помощи ненадлежащего качества.

В данной ситуации страховой организацией применена неполная оплата, так как случай был признан оказанным с дефектом (нагноение раны), что является основанием для уменьшения оплаты.

2. Алгоритм действий заведующего отделением

Для проведения внутреннего разбора и выявления системных причин дефекта заведующий должен:

- 1) Провести внутреннее расследование:
 - a. Изучить всю первичную медицинскую документацию по данному случаю (историю болезни, операционный журнал, листы назначений, температурные листы).
 - b. Провести беседу с лечащим врачом, операционной бригадой, палатной медсестрой, осуществлявшей послеоперационный уход.
- 2) Классифицировать выявленные нарушения:
 - a. Определить, является ли дефект единичным случаем или системной проблемой (например, анализ записей в операционном журнале за последние месяцы на предмет аналогичных нарушений).
 - b. Выявить конкретное звено, где произошел сбой: нарушение техники операции, недостаточная антибиотикопрофилактика, некачественный уход за раной, проблемы с расходными материалами.
- 3) Организовать заседание врачебной комиссии (или клинико-анатомической конференции):
 - a. Представить на разбор данный случай с участием всех причастных

специалистов.

- б. Разработать конкретные корректирующие мероприятия для устранения выявленных причин.

3. Организационные решения для предотвращения повторения

По результатам разбора заведующий должен инициировать следующие решения:

- 1) Усиление контроля за соблюдением стандартов:
 - а. Провести внеплановый инструктаж с операционными и палатными медсестрами по правилам асептики и антисептики, уходу за послеоперационными ранами.
 - б. Назначить ответственное лицо (например, старшую медсестру) за ежедневный контроль за состоянием послеоперационных ран и своевременную смену повязок.
- 2) Оптимизация материально-технического обеспечения:
 - а. Внести изменения в заявки на расходные материалы (стерильные салфетки, перевязочные материалы, антисептики), чтобы исключить их дефицит.
 - б. Организовать систему контроля за наличием и расходом материалов в отделении.
- 3) Совершенствование документационного контроля:
 - а. Разработать чек-лист для лечащих врачей по обязательным записям в истории болезни (особенно в части обоснования назначений, описания состояния раны).
 - б. Внедрить систему внутреннего аудита документации перед ее сдачей в архив.
- 4) Кадровые решения:
 - а. При систематическом характере нарушений у конкретных сотрудников — рассмотреть вопрос о применении мер дисциплинарного взыскания.
 - б. Направить сотрудников на тематические курсы повышения квалификации по вопросам хирургической инфекции и ухода за ранами.

Коды результатов обучения 3.y1., 3.y4., 3.y6., 3.y7., 3.y8.

ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В приемном отделении многопрофильного стационара в вечерние часы наблюдается критическое скопление пациентов, время ожидания осмотра врачом-терапевтом достигает 3 часов. При этом койки в профильных отделениях (терапия, хирургия) заняты на 98%, а выписка	А) Увеличить количество дежурных врачей в приемном отделении без изменения процессов работы профильных отделений. Б) Внедрить систему «стыковочных окон» (тайм-слотов) между приемным отделением и профильными службами, организовать работу кабинета выписки по принципу сестринского поста с предварительным оформлением документов лечащим врачом накануне и внедрить экспресс-лабораторию («Cito») с жестким нормативом выполнения	Б	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

пациентов задерживается до обеда из-за длительного оформления медицинской документации и ожидания результатов лабораторных анализов. Какое управленческое решение является наиболее эффективным для оптимизации сквозного процесса госпитализации?	анализов за 40 минут. В) Прекратить плановую госпитализацию во всем стационаре на неопределенный срок до полной разгрузки коечного фонда. Г) Перевести всех плановых пациентов на амбулаторное лечение, оставив в стационаре только экстренных больных.		
--	---	--	--

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Анализ финансово-хозяйственной деятельности показал, что рентабельность дневного стационара офтальмологического профиля составляет минус 15%. При детальном изучении процесса выяснилось, что врачи поликлиники направляют в дневной стационар пациентов с простыми манипуляциями (например, удаление инородного тела роговицы), которые могут быть выполнены за 15 минут в условиях перевязочного кабинета, используя при этом тариф оплаты законченного случая лечения в дневном стационаре. Какое управленческое действие руководителя позволит оптимизировать финансовые потоки и загрузку мощностей?	А) Повысить стоимость платных услуг в дневном стационаре, чтобы компенсировать убытки от пациентов по ОМС. Б) Установить строгий запрет врачам на направление любых пациентов в дневной стационар без личной визы главного врача. В) Разработать и внедрить четкий алгоритм маршрутизации (клинико-статистические группы – КСГ или критерии направления), закрепить простые манипуляции за перевязочными кабинетами поликлиники и настроить логику направлений в медицинской информационной системе (МИС). Г) Закрыть дневной стационар как нерентабельный и перевести весь объем помощи в круглосуточный стационар.	В	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Заместитель главного врача по поликлинической работе проанализировал данные медицинской информационной системы (МИС) и жалобы пациентов. Выявлено, что среднее время от момента входа пациента в здание до приема у врача составляет 45

минут. Внутренним KPI поликлиники установлен целевой показатель — не более 20 минут (с целью повышения доступности и комфорта). При разборе ситуации установлено:

- очередь в регистратуру для получения карты занимает 15–20 минут;
- ожидание оплаты платных услуг в кассе — еще 15 минут;
- поиск кабинета врача из-за отсутствия системы навигации и помощи — 10-15 минут.

Все эти процессы происходят последовательно, а сотрудники разных подразделений (регистраторы, кассиры, медсестры) подчиняются разным заведующим и не координируют свои действия.

Вопросы:

1. Какой инструмент процессного управления (в рамках методологии «Бережливая поликлиника») должен применить руководитель организационно-методического отдела для визуализации текущей схемы движения пациента и выявления всех видов потерь?
2. Предложите проект изменений в процесс (модель «как должно быть»), который устранил разрывы между подразделениями без увеличения количества персонала.
3. Какие количественные метрики времени необходимо внедрить в дашборд руководителя для непрерывного мониторинга эффективности обновленного процесса после его запуска?

Эталоны ответов:

1. Инструмент процессного управления

Руководитель организационно-методического отдела должен применить процессный подход и использовать инструмент «Картирование потока создания ценности» (VSM).

Алгоритм применения:

- 1) Определение процесса: Выбрать процесс «Путь пациента от входа в поликлинику до начала приема врача».
- 2) Сбор данных: Провести хронометраж каждого этапа (вход → регистратура → касса → поиск кабинета → прием). Согласно рекомендациям, для достоверности необходимо выполнить не менее 5 замеров по каждому этапу.
- 3) Построение карты текущего состояния (As-Is): Визуализировать последовательность действий, время на каждом этапе (в том числе время ожидания), а также информационные потоки (кто кому передает данные).
- 4) Выявление потерь (потерь): Классифицировать все этапы по принципу ценности для пациента:
 - Создающие ценность: непосредственно прием врача.
 - Не создающие ценность, но необходимые: оформление документов (регистратура).
 - Потери (чистое время ожидания): ожидание в очереди в регистратуру, ожидание в кассе, поиск кабинета. Именно эти потери и являются корневой проблемой.
- 5) Разработка карты целевого состояния (To-Be): На основе анализа потерь спроектировать новый процесс.

2. Изменения в процесс

- Внедрение предварительной записи (через портал Госуслуг, колл-центр, инфоматы). Карта пациента заранее извлекается регистратором и передается в кабинет врача.
- Интеграция оплаты в МИС: пациент оплачивает услуги онлайн (через QR-код, мобильное приложение) или терминалом самообслуживания в холле. Кассир выполняет функцию консультанта.
- Внедрение системы навигации: цветовая маркировка коридоров, указатели, электронное табло с номерами кабинетов и фамилиями врачей, или консультации

пациента администратором и направление его до кабинета (при необходимости).

- Параллелизация процессов: пациент может оплатить услугу до или после приема (по договоренности). Информирование о времени приема через SMS-оповещение или электронное табло с очередью.

3. Метрики времени

- 1) Среднее время от входа в здание до приема врача (целевой показатель — ≤ 20 мин). Ключевой интегральный показатель.
- 2) Среднее время ожидания в очереди в регистратуру (цель — ≤ 3 мин, либо исключить полностью).
- 3) Среднее время ожидания оплаты (цель — ≤ 2 мин, либо исключить).
- 4) Доля пациентов, принятых строго по времени записи (отклонение ± 5 мин) — показатель

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) за последний квартал зафиксировано три критических инцидента простоя оборудования. Причина — отсутствие специфических фильтров для аппаратов ИВЛ на складе. При этом инвентаризация показала наличие на складе избытка других расходных материалов с истекающим сроком годности на сумму свыше 500 тысяч рублей. Процесс закупки осуществляется централизованно отделом логистики поквартально на основании заявок отделений, поданных полгода назад, без учета реальной динамики заболеваемости.

Вопросы:

1. Проанализируйте описанный процесс закупок с точки зрения теории ограничений систем (ТОС) и принципов бережливого производства (Lean). Назовите ключевую ошибку планирования.
2. Разработайте алгоритм перехода на адаптивную модель управления запасами для критически важных медикаментов и расходных материалов отделения ОРИТ.
3. Как руководителю процесса следует изменить систему управленческой отчетности, чтобы своевременно выявлять риск возникновения дефицита или профицита (затоваривания) до того, как это повлияет на лечебный процесс?

Эталоны ответов:

1. Ключевая ошибка — использование выталкивающей системы (Push system) вместо вытягивающей (Pull system) и планирование на основе устаревших данных. Ошибка заключается в длинном плече поставки (6 месяцев) и жестком графике, который не учитывает вариативность спроса. С точки зрения ТОС, система ограничена скоростью реакции снабжения, что приводит к дефициту критических позиций (барабан ограничения) при одновременном затоваривании склада неликвидом (избыточные запасы).

2.

- 1) Разделение запасов на группы (например, по принципу ABC/XYZ-анализа). Группа А (критические позиции, как фильтры ИВЛ) выводится из общего квартального плана.

- 2) Внедрение модели «минимум-максимум» (Min-Max) для группы А: автоматический заказ поставщику срабатывает в МИС при достижении минимального остатка, независимо от графика.
 - 3) Переход на двухнедельные циклы корректировки плановой заявки для остальных групп товаров.
 - 4) Заключение договора с поставщиком на обязательное экстренное пополнение дефицитных позиций в течение 4–8 часов (SOS-поставка).
3. Отказаться от ежемесячных бумажных отчетов о движении ТМЦ в пользу автоматизированного аналитического дашборда. На нем должны отображаться: текущий остаток дней запаса по каждой критической позиции, прогноз исчерпания запаса на 14 дней вперед исходя из среднего расхода, список позиций с риском истечения срока годности (менее 3 месяцев) и статус текущих заказов в пути. Ответственность за мониторинг этих показателей распределяется между старшей медсестрой (физический остаток) и клиническим фармакологом/врачом (обоснованность потребности).

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

Примеры вопросов для индивидуального собеседования:

1. Опишите, как вы организуете систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (ВКБ) в медицинской организации с учётом требований Приказа Минздрава № 785н. Какие локальные документы обязательно нужно разработать и кто должен быть вовлечён в процесс?
2. Как вы будете выстраивать распределение обязанностей по контролю качества между заведующими отделениями, врачебной комиссией и службой по качеству? Приведите пример матрицы ответственности для поликлиники на 500 посещений в смену.
3. В медорганизации зафиксирован рост числа нежелательных событий, связанных с лекарственной терапией. Опишите пошаговый алгоритм ваших действий как организатора здравоохранения: от фиксации инцидента до внедрения корректирующих мер и оценки их эффективности.
4. Раскройте три подхода к оценке качества медицинской помощи по модели Донабедиана (структура, процесс, результат). Приведите по 1–2 конкретных показателя для каждого подхода, применимых для стационара терапевтического профиля.
5. Как на практике реализуется риск ориентированный подход во внутреннем контроле? Опишите, как вы определите «зоны высокого риска» в многопрофильной больнице и как распределите ресурсы службы качества с учётом этих рисков.
6. Расскажите, как интегрировать требования клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи в систему внутреннего контроля. Какие инструменты (чек листы, алгоритмы, протоколы) вы предложите для ежедневного контроля соблюдения стандартов на уровне отделения?
7. Как организовать мониторинг показателей безопасности пациентов (например, падения, пролежни, ВБИ) в круглосуточном стационаре? Укажите периодичность сбора данных, ответственных лиц и механизм эскалации при превышении пороговых значений.
8. В чём разница между плановым и целевым (внеплановым) внутренним контролем? Приведите 3–4 типичные ситуации, когда требуется целевой контроль, и опишите, как изменится алгоритм проверки по сравнению с плановой.
9. Как использовать данные страховых медицинских организаций (результаты

экспертиз качества, медико экономической экспертизы, МЭЭ) для совершенствования системы внутреннего контроля в медорганизации? Опишите схему взаимодействия службы качества с экономистами и клиническими подразделениями по работе с актами СМО.

10. Как обеспечить объективность и воспроизводимость результатов внутреннего контроля? Перечислите методы стандартизации проверок (чек листы, инструкции, обучение экспертов ВКК) и объясните, как вы будете контролировать соблюдение единых подходов разными проверяющими.
11. Как организовать работу с инцидентами в рамках культуры безопасности: регистрация, анализ корневых причин (метод RCA), разработка корректирующих действий. Приведите пример анализа типичного инцидента (например, ошибка идентификации пациента) и покажите, какие системные изменения вы предложите, чтобы исключить повторение.
12. Как связать систему контроля качества с управлением персоналом и системой мотивации? Предложите 2–3 показателя эффективности работы заведующего отделением, которые отражают качество и безопасность медицинской деятельности, и объясните, как их можно включить в систему KPI.
13. Опишите, как организовать контроль за обращением медицинских изделий и лекарственных средств с точки зрения безопасности пациентов. Какие процессы (приёмка, хранение, выдача, утилизация) нужно контролировать, какие документы и журналы вести, кто должен быть ответственным?
14. Как обеспечить соответствие системы внутреннего контроля требованиям лицензирования и аккредитации медорганизации? Перечислите ключевые точки контроля, которые вы будете проверять перед внешней проверкой, и объясните, как подготовить доказательную базу (документы, отчёты, примеры кейсов).
15. Представьте, что в медорганизации выявлен системный дефект: в разных отделениях по разному оформляют информированное добровольное согласие (ИДС). Опишите, как вы проведёте анализ проблемы, какие нормативные документы привлечёте, какие меры внедрите и как проконтролируете их исполнение во всех подразделениях.

Модуль 7. Цифровые технологии в здравоохранении (ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

ПК-1. Способен вести статистический учёт в медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
При внедрении цифровой системы статистического учёта в медицинской организации ключевым требованием к собираемым данным является:	А) Оформление всех записей в виде отсканированных бумажных документов. Б) Обеспечение структурированности и унификации данных (единые справочники, кодирование по МКБ, стандартные поля). В) Хранение данных исключительно на локальных компьютерах сотрудников без централизованной базы. Г) Ввод данных только вручную без использования шаблонов и выпадающих списков.	Б	1.y1

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Для автоматизированного формирования формы федерального статистического наблюдения в цифровой среде наиболее эффективным инструментом является:	А) Ручной перенос данных из разных журналов в итоговую таблицу. Б) Использование шаблонов Word с ручным заполнением. В) Выгрузка данных из медицинской информационной системы (МИС) по настроенным отчётам с последующей валидацией. Г) Сбор данных через бумажные анкеты от каждого подразделения.	В	1.y1

Пример ситуационной задачи 1

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы – специалист по статистическому учёту в крупной многопрофильной больнице. В организации внедряют новую медицинскую информационную систему (МИС), параллельно продолжают частично использовать бумажные журналы учёта. При формировании ежемесячного отчёта по форме №14 выявлено расхождение: количество операций в МИС на 12% выше, чем в сводной таблице, подготовленной заведующими отделениями на основе бумажных форм. В отчётный период проходила миграция данных из старой системы в новую.

Вопросы:

1. Назовите два наиболее вероятных источника расхождения данных между МИС и бумажными формами, с учётом этапа внедрения системы и миграции данных.
2. Опишите последовательность из трёх шагов, которые вы предпримете для выявления и устранения ошибки, чтобы обеспечить достоверность отчёта.
3. Какой механизм в цифровой среде следует внедрить на постоянной основе, чтобы минимизировать подобные расхождения в будущем? Приведите два конкретных инструмента или настройки МИС.

Эталоны ответов:

1. Вероятные источники расхождения:
 - а. Дублирование записей при миграции данных из старой МИС в новую — одна и та же операция могла быть перенесена дважды либо одновременно внесена вручную в бумажный журнал и в систему.
 - б. Различие в правилах учёта: в МИС операция фиксируется в момент внесения врачом, а в бумажных журналах — по факту закрытия операционного дня или при согласовании с заведующим, из-за чего часть операций попадает в другой отчётный месяц.
2. Последовательность действий:
 - а. Провести выборочную сверку 10–15 случайных записей из МИС с

- первичными документами (операционные журналы, протоколы) для определения характера расхождений (дубли, пропуски, разные даты).
- b. Запросить у ИТ-службы отчёт о миграции данных (логи загрузки, статусы обработки записей) и сопоставить с периодами, когда появились расхождения.
 - c. Организовать совещание с заведующими отделений и операторами ввода, зафиксировать единый алгоритм учёта на переходный период и скорректировать отчёт с учётом проверенных данных.
3. Механизмы для минимизации ошибок в будущем:
- a. Настройка в МИС автоматических проверок целостности данных (контроль уникальности записей по комбинации «дата + пациент + код услуги», запрет дублей).
 - b. Использование шаблонов ввода с обязательными полями и справочниками (единые коды операций, выпадающие списки подразделений и врачей) — это снижает вариативность ручного ввода и риск ошибок.

Код результатов обучения 1.y1.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы отвечаете за формирование статистических отчётов в поликлинике. Организация подключена к региональной информационной системе здравоохранения (РИСЗ), и часть данных передаётся автоматически. При проверке формы №12 (сведения о числе заболеваний) обнаружено, что показатели по отдельным нозологиям в РИСЗ на 8–15% ниже, чем во внутренней отчётности МИС. При этом врачи жалуются на «зависание» интерфейса при вводе диагнозов, из-за чего некоторые записи вносят позже или не вносят вовсе.

Вопросы:

1. Какие два фактора, связанные с цифровыми технологиями и организацией работы, могут объяснять занижение показателей в РИСЗ по сравнению с МИС?
2. Как вы проверите достоверность данных в обоих источниках? Предложите два метода верификации, которые можно реализовать в короткие сроки.
3. Какие три управленческие меры вы предложите главному врачу для повышения полноты и своевременности статистического учёта в цифровой среде?

Эталоны ответов:

1. Факторы занижения показателей:
 - a. Неполная синхронизация данных между МИС и РИСЗ – часть записей, внесённых в МИС, не выгружается в региональную систему из-за ошибок интеграции, таймаутов или сбоя передачи.
 - b. Снижение полноты ввода данных врачами из-за неудобного интерфейса и технических проблем: диагнозы либо не фиксируются в момент приёма, либо вносятся задним числом, либо вовсе не попадают в систему, что искажает статистику.
2. Методы верификации данных:
 - a. Выборочная проверка «цепочки данных» по 20–30 пациентам: сравнить

запись в электронной карте (МИС) → факт передачи в РИСЗ (по логам интеграции) → наличие в отчёте региональной системы. Это позволяет локализовать «узкое место» (ввод, передача, агрегация).

- б. Сопоставление с первичными учётными формами (талоны амбулаторного пациента, протоколы приёмов) по ключевым отделениям за неделю – это помогает оценить реальный объём работы и долю «потерянных» записей в цифровых системах.

3. Управленческие меры:

- а. Наладить регулярный мониторинг качества передачи данных между МИС и РИСЗ: назначить ответственного, ввести еженедельные отчёты об ошибках выгрузки и сроках их устранения совместно с ИТ-службой.
- б. Оптимизировать пользовательский интерфейс и процессы ввода для врачей: провести обучение, упростить формы ввода диагнозов (использовать быстрые шаблоны, автоподбор по МКБ), сократить количество обязательных полей до минимально необходимых для статистики.

Коды результатов обучения 1.у1.

ПК-2. Способен обеспечить организационно-методическое сопровождение деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Вы отвечаете за организационно-методическое сопровождение внедрения электронного документооборота в медицинской организации. Какой шаг должен быть реализован в первую очередь для обеспечения единообразия и корректности заполнения электронных форм?	А) Раздать всем сотрудникам инструкцию на 50 страниц без предварительного обучения. Б) Разработать и утвердить единые шаблоны форм с обязательными и справочными полями, а также справочник допустимых значений. В) Разрешить каждому подразделению самостоятельно определять структуру электронных форм. Г) Начать сбор данных сразу в свободной текстовой форме, а структурировать их позже.	Б	2.у3.

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В рамках организационно-методического сопровождения цифровой трансформации требуется повысить качество данных, поступающих из подразделений в централизованную аналитическую систему.	А) Доверить проверку данных исключительно сотрудникам аналитического отдела после получения свода. Б) Внедрить на уровне ввода данных в МИС правила валидации (проверки корректности, диапазонов, соответствия справочникам) и фиксировать ошибки автоматически. В) Проводить выборочные проверки раз в полгода. Г) Полагаться на самоконтроль сотрудников без допол-	Б	2.у2. 2.у3.

Какое решение будет наиболее эффективным с точки зрения методологии и контроля качества?	нительных инструментов контроля.		
--	----------------------------------	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы – руководитель организационно-методического подразделения. В медицинской организации внедряют модуль телемедицинских консультаций в МИС. Подразделения используют разные формулировки в заключениях, не заполняют обязательные поля, из-за чего отчёты формируются некорректно, а данные не передаются в ЕГИСЗ. Врачи жалуются на избыточность полей и нехватку времени.

Вопросы:

1. Какие три организационно-методических документа необходимо разработать или актуализировать на старте внедрения модуля, чтобы обеспечить единообразие и полноту данных? Кратко укажите назначение каждого.
2. Предложите два методических инструмента для обучения и поддержки врачей, которые реально повысят качество заполнения электронных форм в условиях высокой нагрузки. Обоснуйте выбор.
3. Какой показатель эффективности организационно-методического сопровождения целесообразно отслеживать ежемесячно в первые 6 месяцев после запуска? Приведите один ключевой показатель и формулу его расчёта.

Эталоны ответов:

1. Необходимые документы:
 - a. Регламент проведения и оформления телемедицинских консультаций фиксирует единые требования к структуре заключения, перечню обязательных полей, срокам передачи данных в ЕГИСЗ, зонам ответственности врачей и операторов.
 - b. Шаблоны электронных форм (с предзаполнением и выпадающими списками) снижают вариативность формулировок, ускоряют ввод, обеспечивают соответствие справочникам (МКБ, номенклатура услуг).
 - c. Инструкция по работе с модулем в МИС для разных ролей (врач, медсестра, администратор) даёт пошаговый алгоритм действий, типовые кейсы и частые ошибки, что сокращает время на освоение.
2. Методические инструменты:
 - a. Короткие видеоинструкции (1–3 минуты) по ключевым сценариям (создание консультации, заполнение обязательных полей, отправка в ЕГИСЗ) – их можно смотреть между приёмами, они быстрее усваиваются, чем текстовые инструкции.
 - b. «Горячая линия» методической поддержки в мессенджере подразделения (с дежурным методистом в часы работы) позволяет оперативно разбирать ошибки и корректировать практику, снижая сопротивление изменениям.
3. Ключевой показатель: доля телемедицинских консультаций с полным заполнением обязательных полей.
 - a. (Количество консультаций с заполненными обязательными полями/Общее

количество консультаций)×100%. Целевой уровень – не менее 95% в течение 3-х месяцев после старта.

Коды результатов обучения 2.y1., 2.y2., 2.y3.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

В медицинской организации запускается пилотный проект по использованию системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) на базе ИИ. Врачи скептически относятся к рекомендациям системы, часть игнорирует всплывающие подсказки, есть жалобы на «лишние клики» и замедление работы. Главный врач просит вас как руководителя организационно-методического подразделения обеспечить методическое сопровождение проекта.

Вопросы:

1. Назовите два основных барьера внедрения СППВР с точки зрения организации работы врача и предложите по одному организационно-методическому решению для каждого.
2. Какие три критерия следует заложить в методику оценки эффективности СППВР в пилотном периоде, чтобы обосновать масштабирование проекта? Укажите, как каждый критерий соотносится с целями медицинской организации.
3. Как организовать сбор обратной связи от врачей в ходе пилота, чтобы он был информативным, но не создавал дополнительной нагрузки? Предложите формат и периодичность, а также два типа вопросов, которые дадут полезные данные для корректировки методических материалов.

Эталоны ответов:

1. Барьеры и решения:
 - a. Барьер: когнитивная перегрузка и увеличение времени на оформление приёма. Решение: провести аудит пользовательского пути врача в МИС, совместно с ИТ и методистами упростить интерфейс СППВР (минимизировать всплывающие окна, перенести часть логики в автозаполнение), зафиксировать новый алгоритм в краткой памятке «3 шага врача при работе с СППВР».
 - b. Барьер: недоверие к рекомендациям ИИ из-за отсутствия прозрачности и клинического обоснования. Решение: разработать методические карточки «Как читать рекомендации СППВР» с примерами: «что означает подсказка», «когда её нужно учитывать», «как зафиксировать отказ с обоснованием в протоколе». Провести серию коротких разборов клинических случаев с участием врачей и клинических экспертов.
2. Критерии оценки эффективности:
 - a. Доля критических находок, выявленных с помощью СППВР и подтверждённых врачом показывает реальную пользу системы в повышении качества диагностики и безопасности пациентов.
 - b. Время оформления одной консультации до и после внедрения СППВР оценивает влияние на производительность труда; цель – сохранить или сократить время за счёт автоматизации рутинных шагов.

- с. Уровень удовлетворённости и готовности использовать СППВР по опросу врачей (шкала 1–5) важен для оценки устойчивости внедрения и планирования дальнейшей методической работы.
3. Сбор обратной связи:
- а. Формат и периодичность: короткая Яндекс Форма (5–7 вопросов) раз в две недели в течение пилота; ссылка рассылается через внутренний чат подразделения, заполнение занимает не более 3-х минут.
 - б. Два типа вопросов:
 - i. Практический: «Какая функция СППВР была наиболее полезной на этой неделе и в каком сценарии вы её применили?» — позволяет выявить рабочие кейсы и тиражировать лучшие практики.
 - ii. Проблемный: «Что мешало использовать СППВР сегодня (выберите до 3 вариантов: лишние клики, непонятные подсказки, конфликт с привычным алгоритмом и т. п.)?» — помогает точно дорабатывать интерфейс и методические материалы.

Коды результатов обучения 2.y1., 2.y2., 2.y3.

ПК-3. Способен управлять структурным подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Вы – заведующий отделением, и в подразделении внедряют электронный лист назначений. Врачи жалуются, что система «тормозит» и из-за этого увеличивается время приёма. Как руководителю следует поступить в первую очередь для сохранения эффективности работы отделения?	А) Отменить внедрение электронного листа назначений и вернуться к бумажным бланкам. Б) Провести совещание с врачами, зафиксировать типовые проблемы и направить совместный протокол в ИТ-службу с приоритизацией доработок; параллельно организовать временный упрощённый алгоритм работы. В) Приказать всем сотрудникам работать строго по новой системе, не учитывая технические сложности. Г) Переложить решение проблемы полностью на ИТ-службу, не вовлекая коллектив отделения.	Б	3.y3., 3.y4, 3.y5

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Вам как руководителю подразделения необходимо обеспечить своевременную и корректную передачу данных из МИС отделения в	А) Ежедневно вручную проверять каждую выгрузку и сверять сотни записей. Б) Доверить контроль исключительно разработчикам МИС без внутреннего мониторинга. В) Настроить в подразделении регулярный отчёт по	В	3.y8.

региональную информационную систему. Какой подход будет наиболее эффективным для контроля этого процесса?	статусам выгрузки (успешно/ошибки), назначить ответственного за разбор ошибок и вести журнал инцидентов с сроками устранения. Г) Формировать сводные данные только по запросу вышестоящей организации, без регулярного контроля.		
---	---	--	--

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы – заведующий терапевтическим отделением поликлиники. В организации внедрили модуль электронных больничных листов в МИС. За первую неделю работы доля ошибок при оформлении листов нетрудоспособности выросла на 40 % по сравнению с прошлым месяцем: неверно указываются даты, коды причин нетрудоспособности, не проставляются обязательные отметки. Врачи ссылаются на неудобный интерфейс и нехватку времени, часть сотрудников пытается параллельно вести бумажные черновики. При этом сроки передачи данных в ФСС строго регламентированы, и задержки грозят санкциями для медорганизации.

Вопросы:

1. Назовите два ключевых процесса, которые нужно срочно регламентировать в отделении для снижения количества ошибок при работе с электронными больничными, и кратко опишите содержание каждого регламента.
2. Предложите два управленческих действия, которые позволят быстро стабилизировать ситуацию в течение 1–2 недель, не снижая доступность приёма пациентов. Обоснуйте, как каждое действие повлияет на качество и сроки оформления документов.
3. Какой цифровой инструмент в МИС целесообразно настроить специально для вашего отделения, чтобы системно снизить количество ошибок? Опишите его функционал и укажите, какие данные он должен автоматически подтягивать или проверять.

Эталоны ответов:

1. Ключевые процессы для регламентации:
 - a. Порядок оформления и проверки электронного листа нетрудоспособности на уровне отделения. В регламенте фиксируют последовательность шагов врача (выбор кода, указание дат, подтверждение подписью), назначают ответственного за финальную проверку перед отправкой (например, старшая медсестра или куратор по экспертизе временной нетрудоспособности) и прописывают сроки контроля.
 - b. Алгоритм действий при ошибках и сбоях МИС. Регламент описывает, что делать при технических проблемах (кто фиксирует инцидент, в какой срок передаёт в ИТ-службу, как временно документирует данные, чтобы не нарушить сроки передачи в ФСС).
2. Управленческие действия для стабилизации:
 - a. Организовать «дежурного наставника» из числа опытных врачей на первую половину дня в течение 2-х недель. Наставник оперативно консультирует коллег по сложным случаям и типичным ошибкам, что снижает количество неверных оформлений и ускоряет освоение интерфейса без отрыва от

- приёма.
- b. Ввести ежедневный экспресс-мониторинг ошибок: выгрузка отчёта по отклонениям за смену и разбор 3–5 типовых случаев на пятиминутке. Это позволяет быстро выявлять системные проблемы (например, путаницу в кодах) и корректировать практику, не создавая дополнительной нагрузки на врачей.
 3. Целесообразный цифровой инструмент: шаблон-помощник для оформления электронного больничного с автоподстановкой данных и встроенной валидацией. Функционал: автоматическое подтягивание ФИО пациента, СНИЛС, даты начала нетрудоспособности из электронной карты; выбор кода причины из справочника с подсказками по критериям; блокировка отправки при незаполненных обязательных полях и подсветкой ошибок. Такой инструмент снижает долю ручных ошибок и ускоряет оформление.

Коды результатов обучения 3.у5., 3.у8.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы руководите дневным стационаром. В рамках цифровой трансформации в отделении внедряют автоматизированную систему учёта койко-дней и формирования реестров для ОМС. Через 10 дней после запуска в отчётах появились расхождения: количество койко-дней в системе на 7–10% выше, чем в ежемесячной сводке, которую ранее готовили вручную. При этом врачи и медсёстры жалуются, что система требует много лишних кликов и дублирует ввод одних и тех же данных в разных формах. Главный врач требует устранить расхождения и не снижать темпы работы отделения.

Вопросы:

1. Какие два источника данных в цифровой среде нужно сопоставить в первую очередь, чтобы выявить причину расхождений по койко-дням? Укажите, какая информация из каждого источника потребуется для сверки.
2. Опишите два управленческих шага, которые помогут одновременно устранить расхождения и снизить нагрузку на персонал из-за «лишних кликов». Как эти шаги повлияют на достоверность отчётности и производительность отделения?
3. Какой показатель эффективности внедрения системы целесообразно отслеживать в течение первого месяца после устранения ошибок? Приведите формулу расчёта и целевое значение, которое будет свидетельствовать о стабилизации процесса.

Эталоны ответов:

1. Источники данных для сопоставления:
 - a. Журнал движения пациентов в МИС (дата поступления, дата выписки, профиль койки, статус «активный/закрыт»). Для сверки нужны точные даты и время поступления/выписки, чтобы корректно рассчитать койко-дни по правилам учёта (день поступления и выписки считается как один день).
 - b. Реестр для ОМС и внутренний отчёт по койко-дням (выгрузка по периодам, подразделениям, профилям). Для сверки потребуется сопоставить количество койко-дней по каждому пациенту и по периодам, а также

проверить, как система трактует «неполные» дни и переводы между профилями.

2. Управленческие шаги:

- а. Провести аудит пользовательских сценариев и совместно с ИТ-службой отключить дублирующие поля и настроить автоперенос данных между формами. Например, дата поступления и профиль койки могут автоматически подтягиваться из направления в журнал движения и в реестр, что сократит количество кликов и исключит разночтения при ручном вводе.
- б. Назначить в отделении «цифрового куратора» (один из старших медработников) для оперативного разбора ошибок учёта и обучения персонала. Куратор ежедневно проверяет корректность ввода по выборке 10–15 пациентов, фиксирует типовые ошибки и проводит короткие инструктажи, что повышает точность данных и снижает сопротивление изменениям.

3. Показатель эффективности: доля корректно сформированных записей о койко-днях без расхождений с ручной сверкой.

Формула: $\frac{\text{Количество записей без расхождений}}{\text{Общее количество проверенных записей}} \times 100\%$. Целевое значение: не менее 98 % в течение двух недель после устранения ошибок. Это свидетельствует о стабильности учёта и готовности отделения к полному переходу на автоматизированные отчёты.

Коды результатов обучения 3.y1., 3.y4., 3.y6., 3.y7., 3.y8.

ПК-4. Способен управлять организационно методическим подразделением медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Вы руководите организационно-методическим подразделением и участвуете в разработке дорожной карты цифровой трансформации медорганизации. Какой элемент обязательно должен быть включён в план методической поддержки внедрения новой МИС, чтобы обеспечить устойчивое использование системы на уровне отделений?	А) Единовременная лекция для всех сотрудников перед запуском системы. Б) Поэтапный план обучения с разбивкой по ролям (врачи, медсёстры, регистраторы), контрольными точками и оценкой освоения навыков. В) Размещение полной инструкции на внутреннем портале — сотрудники ознакомятся самостоятельно. Г) Назначение одного ответственного в каждом отделении без методической подготовки.	Б	4.y1., 4.y3

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения

В рамках организационно-методического сопровождения требуется стандартизировать формулировки диагнозов в электронных медицинских картах для корректной выгрузки в федеральные регистры. Какое решение будет наиболее эффективным для достижения единообразия и снижения ошибок ввода?	А) Доверить врачам самостоятельно выбирать формулировки, полагаясь на их клиническую экспертизу. Б) Внедрить в МИС обязательные выпадающие списки с кодами по МКБ-10/МКБ-11 и подсказками по критериям диагноза, а также правила валидации на уровне формы. В) Ввести ежемесячные проверки уже внесённых записей и ручное исправление ошибок методистами. Г) Разрешить использовать сокращения и аббревиатуры, если они понятны внутри отделения.	Б	4.у1., 4.у3.
---	--	---	-----------------

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы – руководитель организационно-методического подразделения. В медорганизации внедряют модуль электронного направления на МСЭ (медико-социальную экспертизу) в МИС. На пилотном этапе выявлены проблемы: врачи путают статусы направлений («подготовлено», «отправлено», «возвращено»), в прикрепляемых протоколах не хватает обязательных реквизитов, из-за чего бюро МСЭ массово отклоняет документы. Это увеличивает сроки оформления и жалобы пациентов. При этом сроки передачи документов строго регламентированы.

Вопросы:

1. Какие три организационно-методических инструмента нужно разработать или актуализировать в первую очередь, чтобы стандартизировать процесс и снизить количество ошибок? Кратко раскройте назначение каждого.
2. Предложите два управленческих мероприятия, которые позволят быстро повысить качество оформления электронных направлений в течение 2 недель. Обоснуйте, как каждое из них повлияет на соблюдение сроков и снижение отказов.
3. Какой цифровой механизм в МИС целесообразно внедрить для контроля полноты пакета документов перед отправкой? Опишите его логику работы и укажите, какие именно реквизиты он должен проверять автоматически.

Эталоны ответов:

1. Необходимые организационно-методические инструменты:
 1. Регламент работы с модулем направления на МСЭ. Фиксирует роли и зоны ответственности (кто формирует, кто проверяет, кто отправляет), статусы и допустимые переходы между ними, сроки на каждом этапе, порядок действий при возврате документов.
 2. Чек-лист обязательных реквизитов для прикрепляемых документов (дата, номер, подпись/ЭЦП, печать, формулировка диагноза по МКБ, критерии инвалидности и т. п.). Позволяет быстро проверить комплектность без углублённого изучения каждого файла.
 3. Типовые шаблоны протоколов и заключений с предзаполненными полями и выпадающими списками. Снижают вариативность формулировок и риск пропуска обязательных пунктов, ускоряют оформление.

2. Управленческие мероприятия:

1. Назначить в пилотных отделениях «методических кураторов» (по 1 на отделение) из числа опытных врачей, прошедших обучение. Кураторы консультируют коллег в режиме реального времени, проводят короткие разборы типичных ошибок на утренних пятиминутках. Это снижает количество отказов уже в первые дни и ускоряет освоение модуля.
2. Ввести ежедневный экспресс-мониторинг: выгрузка отчёта по статусам направлений и доле возвратов по причинам. Разбор топ-3 причин возвратов на уровне отделения позволяет точно корректировать практику и быстро устранить системные ошибки.
3. Цифровой механизм: автоматическая проверка комплектности пакета документов («контрольная точка») перед кнопкой «Отправить в МСЭ». Логика работы: система сканирует прикрепленные файлы и метаданные, сверяет наличие обязательных реквизитов по чек-листу, подсвечивает недостающие элементы и блокирует отправку до их устранения. Проверяемые реквизиты: наличие ЭЦП врача и заведующего, дата документа не старше 30 дней, код диагноза по МКБ в текстовой части, указание критериев для МСЭ, читаемость файла (формат PDF, разрешение, отсутствие пустых страниц).

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y4., 4.y5.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы возглавляете организационно-методическое подразделение. В медорганизации запускается централизованная система мониторинга показателей качества и безопасности медицинской деятельности на базе аналитической платформы. Данные поступают из МИС отделений, но на старте выявлены расхождения: одни и те же показатели (например, доля пациентов с задержкой госпитализации) в отчётах отделений и в централизованной системе отличаются на 15–25%. Врачи и заведующие не доверяют данным платформы и продолжают использовать собственные Excel-таблицы.

Вопросы:

1. Назовите два основных источника расхождений между локальными Excel-расчётами отделений и централизованной аналитической платформой. Кратко поясните, из-за чего возникают различия в каждом случае.
2. Какие три организационно-методологических документа следует утвердить, чтобы обеспечить единый подход к расчёту показателей и доверие к данным? Укажите назначение каждого документа.
3. Как организовать процесс перехода от Excel-отчётности к работе с платформой, чтобы минимизировать сопротивление и сохранить непрерывность контроля? Предложите поэтапный план из 4 шагов с указанием сроков и ответственных.

Эталоны ответов:

1. Источники расхождений:

1. Разные методики расчёта и границы выборки. В Excel врачи могут исключать отдельные категории пациентов (например, экстренные случаи или переводы),

- применять свои правила округления или учитывать «рабочие» даты вместо календарных, тогда как платформа использует единые алгоритмы и формализованные фильтры.
2. Разный момент фиксации данных. В Excel данные часто вносят вручную с задержкой или корректируют задним числом, а платформа берёт «снимок» из МИС на конкретную дату отчёта, из-за чего версии показателей не совпадают.
2. Необходимые документы:
1. Методика расчёта ключевых показателей качества и безопасности. Содержит формулы, определения терминов, правила включения/исключения случаев, единицы измерения и правила округления. Обеспечивает единообразие расчётов во всех подразделениях.
 2. Регламент информационного обмена между отделениями и аналитическим блоком. Фиксирует сроки предоставления данных, ответственных, статусы, порядок согласования расхождений и эскалации проблем. Делает процесс прозрачным и управляемым.
 3. Положение о единой аналитической платформе и статусе её отчётов. Утверждает платформу как основной источник официальной отчётности, определяет порядок доступа, ролей и ответственности за актуальность данных. Повышает доверие к системе и снижает практику «параллельных» расчётов.
3. Поэтапный план перехода от Excel к платформе:
1. Шаг 1 (1–3 дня): сформировать рабочую группу (методисты, ИТ-специалисты, заведующие отделениями), утвердить перечень показателей для миграции и согласовать методики расчёта. Ответственный – руководитель организационно-методического подразделения.
 2. Шаг 2 (1 неделя): провести параллельный расчёт показателей: вручную в Excel и автоматически в платформе по 2–3 типовым периодам. Выявить и устранить расхождения, донастроить фильтры и правила в платформе. Ответственные – методисты и ИТ-служба.
 3. Шаг 3 (2 недели): пилотное использование платформы в 2–3 отделениях: обучение персонала, сбор обратной связи, корректировка инструкций и интерфейса. Ответственные — кураторы пилотных отделений и методисты.
 4. Шаг 4 (с 3-й недели и далее): полномасштабный переход: отключение обязательной Excel-отчётности, закрепление платформы как основного инструмента, ежемесячный мониторинг качества данных и удовлетворённости пользователей. Ответственные – главный врач, руководитель организационно-методического подразделения, ИТ-служба.

Коды результатов обучения 4.y1., 4.y2., 4.y3., 4.y4., 4.y5.

ПК-5. Способен управлять процессами деятельности медицинской организации

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Вы – заместитель главного врача по поликлинической работе. В поликлинике внедряют электронную регистратуру и систему предвари-	А) Полностью отключить возможность самостоятельной записи пациентов, оставив только запись через оператора. Б) Внедрить автоматизированную систему SMS- и	Б	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

тельной записи. Наблюдается рост числа «неявившихся» пациентов: доля пропущенных приёмов достигла 25 %. Какой цифровой инструмент позволит наиболее эффективно снизить этот показатель и оптимизировать загрузку врачей?	push-уведомлений с напоминанием о приёме за 24 часа и возможностью быстрой отмены в один клик. В) Увеличить количество «окон» для самозаписи без дополнительных механизмов контроля явки. Г) Вести учёт неявок исключительно в бумажном журнале и анализировать данные раз в квартал.		
--	---	--	--

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
В медицинской организации запускается процесс цифровизации внутреннего документооборота. Вам нужно обеспечить контроль исполнения поручений и соблюдение сроков согласования документов. Какой подход будет наиболее эффективным для управления этими процессами?	А) Пересылать все поручения по электронной почте и контролировать сроки вручную по личным записям руководителей подразделений. Б) Использовать систему электронного документооборота (СЭД) с маршрутами согласования, уведомлениями, фиксацией сроков и историей изменений. В) Разместить реестр поручений в общей папке на сетевом диске и обновлять его раз в неделю. Г) Доверить контроль сроков секретарю без использования цифровых инструментов автоматизации.	Б	5.y1., 5.y2., 5.y4., 5.y5.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы – заместитель главного врача по медицинской части. В поликлинике внедряют модуль управления потоками пациентов в МИС: электронную регистратуру, маршрутизацию по профилям, динамическое распределение нагрузки между врачами. Спустя месяц работы доля отменённых записей выросла с 12 % до 23 %, а среднее время ожидания приёма в зоне «острых» жалоб — с 25 до 42 минут. Врачи жалуются на «перекосы» нагрузки: одни принимают на 30 % больше пациентов, другие — недогружены. При этом показатели доступности (доля записей в течение 24 часов) формально улучшились.

Вопросы:

1. Назовите два ключевых процесса, которые необходимо синхронизировать при внедрении модуля управления потоками, чтобы одновременно повысить доступность, снизить отмены и выровнять нагрузку. Кратко опишите, как их взаимодействие влияет на целевые показатели.
2. Предложите два управленческих решения с использованием цифровых инструментов, которые позволят быстро (в течение 2 недель) скорректировать маршрутизацию и распределение нагрузки. Укажите, какие данные из МИС

потребуется для их реализации.

3. Какой комплексный показатель эффективности работы модуля целесообразно отслеживать еженедельно в первые 3 месяца? Приведите формулу расчёта и целевое значение, которое будет свидетельствовать о стабилизации процессов.

Эталоны ответов:

1. Ключевые процессы для синхронизации:
 1. Предварительная запись и динамическая маршрутизация «острых» случаев. Если потоки не согласованы, «острые» пациенты вытесняют плановых, растёт время ожидания и отмены; при синхронизации система резервирует долю слотов под срочные обращения и автоматически перенаправляет потоки по зонам нагрузки.
 2. Контроль явки и управление неявками (No-Show). Интеграция напоминаний, быстрой отмены и автоматического перераспределения освободившегося слота снижает долю отмен и позволяет эффективнее использовать рабочее время врачей.
2. Управленческие решения с цифровыми инструментами:
 1. Настроить в МИС «умные слоты»: фиксированную долю временных окон под острые жалобы и отдельные слоты под повторные приёмы. Для этого нужны данные о структуре потока (доля острых/плановых, средняя длительность приёма по профилям) и фактической загрузке по часам. Это снизит перегрузку отдельных врачей и сократит время ожидания.
 2. Запустить автоматизированные напоминания (SMS/push) за 24 часа и кнопку быстрой отмены в личном кабинете пациента. Для реализации потребуются данные о статусе записи (подтверждена/отменена), канале связи с пациентом и истории неявок. Это снизит долю отмен и позволит оперативно перераспределять слоты.
3. Комплексный показатель: индекс сбалансированной доступности и качества потока.
Формула: $((\text{Доля записей в течение } 24 \text{ ч} \times 0,4) + (\text{Доля неявок} \times (-0,3)) + (\text{Доля приёмов, начатых в пределах } 15 \text{ мин от назначенного времени} \times 0,3)) \times 100\%$. Целевое значение: $\geq 85\%$. Такой показатель одновременно учитывает доступность, дисциплину явки и соблюдение временных стандартов, что отражает реальную эффективность модуля.
- 4.

Коды результатов обучения 5.y1., 5.y2., 5.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы – заместитель главного врача крупной медицинской организации. В организации внедряют цифровую систему управления коечным фондом и автоматизированную маршрутизацию пациентов от приёмного отделения до профильного отделения. Через 3 недели после запуска доля «простоя» коек выросла на 18 %, среднее время пребывания пациента в приёмном отделении – с 65 до 95 минут, а количество ручных корректировок маршрутов в смену достигло 30–40 случаев. Врачи и администраторы считают систему «неудобной» и возвращаются к устным согласованиям и бумажным листам распределения

коек.

Вопросы:

1. Какие два основных технологических и организационных фактора могут приводить к росту простоя коек и увеличению времени пребывания в приёмном отделении при внедрении цифровой маршрутизации? Кратко поясните механизм влияния каждого фактора.
2. Опишите два управленческих действия, которые позволят восстановить управляемость процессами и снизить долю ручных корректировок в течение 10–14 дней. Укажите, какие роли и ресурсы потребуются для их реализации.
3. Какой цифровой отчёт (дашборд) следует вывести на монитор дежурного администратора приёмного отделения, чтобы обеспечить оперативный контроль и быстрое принятие решений? Перечислите 5 ключевых метрик и объясните, как каждая из них помогает управлять потоком.

Эталоны ответов:

1. Факторы роста простоя и времени пребывания:
 - a. Несогласованность правил маршрутизации с реальными клиническими протоколами. Если система предлагает маршрут, который противоречит принятой практике (например, направляет пациента в отделение, где нет свободных мест по факту или отсутствует нужный специалист), сотрудники вынуждены вручную корректировать маршрут, что создаёт задержки и снижает доверие к системе.
 - b. Отсутствие интеграции с данными о реальной занятости коек в реальном времени. Если статус койки обновляется с задержкой (например, выписка фиксируется только после подписания бумажного акта), система видит койку как занятую и не предлагает её для госпитализации, из-за чего растёт простой и увеличивается время поиска места.
2. Управленческие действия:
 - a. Провести аудит пользовательских сценариев совместно с заведующими отделениями и ИТ-службой: зафиксировать типовые случаи, когда система даёт некорректные рекомендации, и донастроить правила маршрутизации и фильтры занятости коек. Потребуется роли: клинический куратор (заведующий профильным отделением), ИТ-аналитик, администратор МИС, дежурный администратор.
 - b. Назначить «цифровых координаторов» в приёмном и профильных отделениях на 2 недели: они помогают оформлять переводы, контролируют актуальность статусов коек, фиксируют ошибки системы и передают их в ИТ-службу. Это снизит количество ручных согласований и ускорит поток пациентов.
3. Дашборд для дежурного администратора (5 ключевых метрик):
 - a. Число пациентов в приёмном отделении по статусам (ожидает осмотра, проходит обследование, ожидает койку). Позволяет видеть «узкие места» и перераспределять ресурсы (например, привлечь дополнительную бригаду).
 - b. Свободные койки по профилям и ожидаемые выписки (с прогнозом по часам). Даёт возможность заранее планировать маршрутизацию и избегать простоя.
 - c. Среднее время пребывания в приёмном по потокам (экстренные, плановые, переводы). Помогает выявлять отклонения и точно улучшать процессы в проблемных сегментах.
 - d. Доля ручных корректировок маршрута за смену. Служит индикатором качества работы системы и необходимости донастройки правил.

- е. Статус критических исследований (КТ/МРТ/лаборатория) для пациентов в приёмном. Позволяет управлять сроками принятия решений о госпитализации и снижать время ожидания.

Коды результатов обучения 5.у1., 5.у2., 5.у6.

ПК-6. Способен управлять медицинской организацией

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Вы – руководитель медицинской организации. Перед вами стоит задача повысить прозрачность и управляемость процессов оказания помощи в стационаре за счёт цифровых инструментов. Какой подход обеспечит комплексный контроль ключевых этапов пути пациента (приём, обследование, лечение, выписка) и позволит оперативно принимать управленческие решения?	А) Внедрить отдельные узкоспециализированные программы для каждого подразделения без единой интеграции данных. Б) Использовать единую медицинскую информационную систему (МИС) с модулями маршрутизации, коечного фонда, лабораторной и инструментальной диагностики, а также дашбордами для руководства. В) Собирать оперативные данные ежедневно в Excel-таблицы силами сотрудников отделений и сводить их вручную. Г) Ограничиться автоматизацией только бухгалтерского и кадрового учёта, оставив клинические процессы без цифровой интеграции.	Б	6.у6.

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Как руководителю медорганизации вам необходимо обеспечить защиту персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну, при активном использовании цифровых сервисов (МИС, телемедицина, обмен данными с региональными системами). Какое решение будет наиболее эффективным и соответствующим требованиям законодательства?	А) Разрешить сотрудникам выгружать данные на личные устройства (смартфоны, флешки) для удобства работы. Б) Организовать хранение и обработку данных в защищённой ИТ-инфраструктуре с разграничением прав доступа, шифрованием, журналами событий и регулярным аудитом информационной безопасности. В) Доверить вопросы безопасности исключительно разработчикам МИС, не выделяя внутренних ответственных. Г) Вести учёт доступа к данным в бумажном журнале без технических средств контроля.	Б	6.у5.

Пример ситуационной задачи 1,

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы – главный врач многопрофильной больницы. В организации завершается внедрение единой МИС, интегрированной с региональными сервисами (ЕГИСЗ, лабораториями, телемедициной). В первые месяцы эксплуатации фиксируется рост жалоб пациентов на задержки в получении результатов исследований (на 30–40 % выше целевого норматива) и увеличение времени оформления выписки (в среднем на 25 минут). Заведующие отделениями сообщают о «конфликтах» статусов: результат исследования в лабораторной системе уже готов, но в МИС он не отображается; выписка сформирована, но не уходит в региональный реестр. При этом показатели качества по внутренним аудитам не ухудшились, а финансовая дисциплина (реестры ОМС) страдает из-за задержек передачи данных.

Вопросы:

1. Назовите два ключевых процесса, которые должны быть синхронизированы на уровне ИТ-архитектуры и регламентов медорганизации, чтобы устранить задержки передачи данных и расхождения статусов. Кратко опишите, как отсутствие синхронизации влияет на операционные и финансовые показатели.
2. Предложите два управленческих решения (одно организационное, одно технологическое), которые позволят стабилизировать обмен данными и сократить время оформления документов в течение 1 месяца. Укажите, какие роли и ресурсы потребуются для реализации каждого решения.
3. Какой комплексный КРІ целесообразно ввести для контроля эффективности интеграции МИС с внешними системами? Приведите формулу расчёта, целевое значение и периодичность контроля, а также объясните, как этот показатель поможет принимать управленческие решения.

Эталоны ответов:

1. Ключевые процессы для синхронизации:
 1. Обмен данными между МИС и внешними информационными системами (лаборатории, ЕГИСЗ) по единому протоколу и расписанию. При отсутствии синхронизации статусы «готов/передан/принят» рассинхронизируются, из-за чего врачи не видят результаты, пациенты получают задержки, а реестры ОМС формируются с опозданием.
 2. Согласование внутренних регламентов работы с данными (фиксация момента «готовности» результата, правил валидации, зон ответственности за передачу). Если в лаборатории «результат готов» означает подпись врача, а в МИС — появление в интерфейсе, возникают расхождения, которые приводят к ошибкам маршрутизации, повторным запросам и потере времени.
2. Управленческие решения:
 1. Организационное: создать рабочую группу (ИТ-служба, заведующие КДЛ и приёмным отделением, ответственный за ОМС) и утвердить «единый словарь статусов» и регламенты передачи данных с фиксацией ответственных и сроков. Потребуются ресурсы: 1–2 дня на согласование, выделение куратора от администрации, протокол с подписями подразделений. Это устраним разночтения и ускорит разбор инцидентов.

2. Технологическое: настроить в МИС автоматические алерты при расхождении статусов (например, «результат в ЛИС готов более 2 часов, но не передан в МИС») и ежедневный отчёт по «зависшим» кейсам. Потребуется ИТ-аналитик, администратор МИС, интеграция с журналами событий ЛИС. Это позволит выявлять узкие места и сокращать задержки за счёт проактивного контроля.
3. Комплексный КРІ: доля случаев с соблюдением целевого времени передачи результатов и оформления документов. Формула: $((\text{Число случаев с передачей результата в МИС в течение целевого времени} + \text{Число выписок, переданных в реестр в срок}) / \text{Общее число случаев}) \times 100\%$. Целевое значение: $\geq 95\%$. Периодичность контроля: еженедельно первые 3 месяца, далее – ежемесячно. Практическая польза: показатель позволяет видеть, где возникают системные задержки (лаборатория, МИС, ручной ввод), оперативно перераспределять ресурсы и корректировать регламенты, а также обосновывать дополнительные ИТ-инвестиции или обучение персонала.

Коды результатов обучения 6.y1., 6.y2., 6.y6.

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы – руководитель медицинской организации, участвующей в пилотном проекте по внедрению системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) на базе ИИ. Через 2 месяца после старта пилотного проекта в отделениях наблюдается низкая вовлечённость врачей (доля использования подсказок СППВР – не более 35%), рост числа ручных исправлений рекомендаций ИИ и жалобы на «лишние клики» и замедление приёма. При этом в контрольных группах отмечено снижение доли расхождений с клиническими рекомендациями на 18%, а количество повторных обращений по тем же диагнозам – на 12%. Главный внештатный специалист региона запрашивает обоснование масштабирования проекта.

Вопросы:

1. Какие два основных фактора (один организационный, один технологический) могут объяснять низкую вовлечённость врачей в использование СППВР, несмотря на доказанную клиническую эффективность? Кратко поясните механизм влияния каждого фактора.
2. Предложите две управленческие меры (одна по изменению процессов, одна по доработке цифрового инструмента), которые повысят принятие СППВР врачами и обеспечат масштабирование проекта. Опишите ожидаемый эффект каждой меры на производительность и качество помощи.
3. Какой набор показателей (минимум 3) следует использовать для обоснования масштабирования СППВР перед учредителем и главным внештатным специалистом? Укажите, как каждый показатель соотносится с целями медорганизации (качество, доступность, экономика).

Эталоны ответов:

1. Факторы низкой вовлечённости:

1. Организационный: отсутствие мотивации и понятной роли СППВР в рабочих

процессах. Если врачи воспринимают систему как «дополнительную нагрузку», а не как инструмент поддержки, они игнорируют подсказки, особенно в условиях дефицита времени.

2. Технологический: неудобный пользовательский интерфейс и избыточные действия (много кликов, всплывающие окна, неинтегрированные сценарии). Если СППВР нарушает привычный путь врача в МИС, это вызывает сопротивление и снижает реальную пользу, даже если рекомендации клинически корректны.
2. Управленческие меры:
 1. По изменению процессов: внедрить «пилотные часы» в графике приёма (например, 2–3 часа в день), когда врачи целенаправленно используют СППВР для сложных случаев, а куратор (опытный врач) проводит короткие разборы 3–5 кейсов в конце смены. Эффект: рост доверия к системе, выявление типовых сценариев пользы, снижение когнитивной нагрузки за счёт структурированного обучения.
 2. По доработке цифрового инструмента: совместно с ИТ и вендором упростить интерфейс СППВР (минимизировать всплывающие подсказки, перенести часть логики в автозаполнение, добавить кнопку «игнорировать с обоснованием» и фиксировать такие случаи для анализа). Эффект: сокращение времени приёма, повышение прозрачности работы ИИ, сбор данных для улучшения алгоритмов.
3. Показатели для обоснования масштабирования:
 1. Доля соответствия врачебных назначений клиническим рекомендациям (по внутреннему аудиту). Связан с целью «качество медицинской помощи»: рост показателя подтверждает, что СППВР снижает вариативность практики и риски ошибок.
 2. Среднее время приёма до и после оптимизации интерфейса СППВР. Связан с целью «доступность»: если время не растёт или снижается, система не ухудшает пропускную способность и может масштабироваться без увеличения штата.
 3. Экономический эффект: снижение числа повторных обращений и госпитализаций по целевым нозологиям (в руб. и в %). Связан с целью «эффективное использование ресурсов»: меньше повторных визитов и осложнений – ниже нагрузка на стационар и выше результативность амбулаторной помощи, что важно для планирования объёмов и финансирования.

Коды результатов обучения 6.y1.,65.y2., 6.y6.

Примеры вопросов для индивидуального собеседования:

1. Опишите, как вы будете выстраивать поэтапное внедрение электронной медицинской карты (ЭМК) в поликлинике на 800 посещений в смену: от анализа текущего состояния до запуска в промышленную эксплуатацию. Какие подразделения и роли (ИТ, клиника, кадры, служба качества) вы привлечёте и какие контрольные точки заложите?
2. В медорганизации низкая доля структурированных электронных документов (СЭМД), передаваемых в ЕГИСЗ. Какие причины вы видите, какие данные запросите для анализа проблемы, и какой план мероприятий по повышению доли СЭМД предложите на 6 месяцев?
3. Как вы организуете интеграцию МИС медорганизации с лабораторно-информационной системой (ЛИС) и подсистемой лучевой диагностики (РАС)? Опишите ключевые этапы, риски и критерии успешного запуска, а также как будете

- контролировать качество передачи данных.
4. Расскажите, как обеспечить юридическую значимость электронных медицинских документов в вашей медорганизации. Какие компоненты (нормативные, технические, организационные) обязательны, и как вы будете контролировать их соблюдение на уровне отделений?
 5. В МИС регулярно фиксируются ошибки ввода (некорректные коды МКБ, дозировки, даты). Какие технические и организационные меры вы внедрите для снижения количества ошибок? Приведите 3–4 конкретных инструмента (валидация, справочники, обучение, аудит) и объясните, как оцените их эффект.
 6. Как вы будете организовывать защиту персональных данных и врачебной тайны при работе с МИС? Опишите комплекс мер (технические, административные, физические) и как распределите ответственность между ИТ службой, службой информационной безопасности и клиническими подразделениями.
 7. Опишите алгоритм подключения медорганизации к телемедицинским сервисам в рамках ОМС: какие документы, регламенты, технические требования и внутренние процедуры потребуются, и кто должен быть ответственным на каждом этапе.
 8. Как использовать данные МИС и реестров ОМС для анализа доступности и своевременности медицинской помощи (например, сроков ожидания консультаций и исследований)? Приведите пример расчёта 2–3 показателей и объясните, какие управленческие решения можно принять на их основе.
 9. Как организовать мониторинг работоспособности МИС и реагирование на инциденты (сбои, недоступность системы, потеря данных)? Опишите уровни инцидентов, регламент эскалации, целевые сроки восстановления и как будете информировать персонал и пациентов.
 10. В медорганизации разные отделения используют разные шаблоны протоколов осмотра в ЭМК. Как вы проведёте унификацию шаблонов, согласуете их с клиническими рекомендациями и обеспечите переход на единые формы? Укажите этапы, ответственных и контрольные точки.
 11. Как вы будете оценивать эффективность внедрения цифровых решений (например, электронного документооборота или телемедицины) с точки зрения качества, безопасности и экономики? Приведите 3–4 показателя для оценки и объясните, как их собирать и интерпретировать.
 12. Опишите, как организовать обучение и адаптацию персонала (врачей, медсестёр, регистраторов) при внедрении новой МИС или обновлении функционала. Какие форматы обучения, поддержка «на местах» и механизмы контроля освоения навыков вы предложите?
 13. Как обеспечить непрерывность оказания помощи при плановом обновлении или миграции МИС (например, переходе на новую версию или другую платформу)? Опишите план мероприятий, «откат» (rollback), резервное копирование, тестовую среду и коммуникацию с персоналом.
 14. Как вы будете использовать аналитические возможности МИС для выявления зон риска и дефектов качества (например, отклонений от клинических рекомендаций, роста осложнений, расхождений диагнозов)? Приведите пример сценария аналитики и как свяжете его с системой внутреннего контроля качества.
 15. Представьте, что в медорганизации выявлены расхождения между данными МИС, формами статистической отчётности и реестрами счетов ОМС. Опишите пошаговый алгоритм выявления и устранения расхождений, включая взаимодействие ИТ службы, планово экономического отдела, службы статистики и службы качества.

Текущий контроль (в течение практики)

Вид деятельности	Форма контроля	Оценочные материалы
Ведение статистического учёта	Проверка первичных форм и реестров; расчёт и интерпретация показателей	Чек-лист проверки заполнения форм; бланк расчёта показателей с эталонами; кейс с расхождениями данных
Организационно-методическое сопровождение	Защита проекта локального акта/СОПа; презентация схемы маршрутизации; план внутреннего контроля	Проект документа с рецензией; схема процесса с пояснительной запиской; план контроля с критериями и выборкой
Управление подразделением	План-отчёт работы подразделения; протокол планерки; решение управленческой ситуации	Шаблон плана-отчёта; реестр поручений; кейс с критериями оценки управленческого алгоритма
Управление процессами	Картирование потока (VSM); проект улучшений (PDCA); матрица рисков; симуляция инцидента	Карта текущего/целевого состояния; паспорт проекта улучшений; матрица рисков; сценарий и чек-лист симуляции

Чек-лист № 1. Проверка заполнения учётной формы № 025/у («Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»)

№	Критерий проверки	Да / Нет / Частично	Комментарий (выявленные ошибки, замечания)
1	Заполнены идентификационные данные пациента (ФИО, дата рождения, пол, адрес, полис ОМС, СНИЛС)		
2	Указан номер карты и дата её заведения; при наличии — номер предыдущей карты при переоформлении		
3	Заполнен раздел «Заболевания, по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение» (с кодами по МКБ)		
4	Внесены сведения об аллергологическом анамнезе и непереносимости ЛС (либо отметка об отсутствии)		
5	Записи приёмов структурированы: дата, время, жалобы, анамнез, статус, диагноз (МКБ), план, назначения, подпись врача, должность, ФИО		
6	Диагноз сформулирован с учётом МКБ и критериев клинических рекомендаций (есть обоснование)		
7	Назначения оформлены с указанием препарата,		

№	Критерий проверки	Да / Нет / Частично	Комментарий (выявленные ошибки, замечания)
	дозы, кратности, пути введения, длительности курса		
8	При направлении на исследования/консультации указаны профиль, цель, срочность, предварительный диагноз		
9	Отмечены результаты контрольных визитов, динамика показателей, коррекция терапии		
10	Все исправления оформлены по правилам: зачёркнуто, подписано, дата, ФИО, должность		

Нормативная база для проверки: ФЗ № 323-ФЗ; Приказ Минздрава № 834н (порядок заполнения формы 025/у); клинические рекомендации; требования внутреннего контроля качества (Приказ № 785н).

Чек-лист № 2. Проверка заполнения формы № 066/у-02 («Статистическая карта выбывшего из стационара»)

№	Критерий проверки	Да / Нет / Частично	Комментарий
1	Полностью указаны данные пациента (ФИО, дата рождения, адрес, полис, СНИЛС)		
2	Заполнены даты поступления и выбытия; корректно рассчитан срок пребывания		
3	Указаны основной диагноз, осложнения, сопутствующие заболевания с кодами МКБ (все значимые)		
4	Заполнены разделы о проведённом лечении: операции/манипуляции (дата, код), методы обезболивания, исходы		
5	Указана причина выбытия (выписан, переведён, умер) и исход (улучшение, без перемен, ухудшение, летальный)		
6	Заполнены сведения о временной нетрудоспособности (при наличии): даты, номер листка, причина		
7	Заполнены поля для статистики: профиль койки, отделение, категория пациента (взрослый/ребёнок), источник финансирования (ОМС/бюджет/платные)		
8	Подписи ответственных лиц (лечащий врач, зав. отделением) и дата заполнения		
9	Отсутствие противоречий между формой 066/у-02 и историей болезни (ключевые даты, диагнозы, операции)		
10	Корректность кодирования по МКБ и соответствие клиническим рекомендациям (нет «общих» формулировок)		

Нормативная база: Приказ Минздрава № 530н (унифицированные формы в стационаре); требования к реестрам ОМС; методические указания по кодированию.

Чек-лист № 3. Проверка реестров для ОМС (передача данных в ТФОМС/ЕГИСЗ)

№	Критерий проверки	Да / Нет / Частично	Комментарий
1	Реестр сформирован в установленном формате (XML/шаблон ТФОМС)		
2	Все записи имеют уникальный идентификатор случая и пациента (корректные СНИЛС/полис)		
3	Даты оказания помощи соответствуют периодам отчётности и срокам, установленным тарифным соглашением		
4	Коды услуг (номенклатура) соответствуют фактическому объёму и клиническим показаниям (нет «лишних» или заниженных)		
5	Диагнозы (МКБ) соответствуют записям в первичной документации и обосновывают объём услуг		
6	Указаны корректные профили и уровни помощи (первичная, специализированная, ВМП)		
7	Заполнены все обязательные поля: подразделение, врач, источник финансирования, тарифная группа		
8	Нет дублирования случаев/пациентов в одном реестре		
9	Подписаны электронной подписью уполномоченного лица медорганизации		
10	Проведена внутренняя сверка с первичной документацией (выборочно 5–10 % записей)		

Нормативная база: ФЗ № 326-ФЗ; приказы ФФОМС по формированию реестров; территориальная программа ОМС; требования ЕГИСЗ.

Чек-лист № 4. Проверка локальных учётных форм и СОПов (организационно-методический блок)

№	Критерий проверки	Да / Нет / Частично	Комментарий
1	Форма содержит обязательные реквизиты: наименование МО, название формы, номер, дата утверждения, срок действия		
2	Поля формы соответствуют требованиям законодательства и позволяют собрать все необходимые данные для отчётности		
3	В форме есть поля для подписи, должности, ФИО, даты; предусмотрены отметки об исправлениях		
4	Инструкция/СОП содержит алгоритм заполнения: кто заполняет, в какие сроки, как исправлять ошибки, где хранить		
5	Инструкция согласована с профильными		

№	Критерий проверки	Да / Нет / Частично	Комментарий
	подразделениями (клиника, статистика, бухгалтерия, ИТ)		
6	В инструкции указаны ссылки на нормативные акты (ФЗ, приказы, территориальные документы)		
7	Предусмотрен контроль качества: выборочная проверка, периодичность, ответственные, форма фиксации дефектов		
8	Форма и инструкция внесены в номенклатуру дел и доступны в МИС/на сетевом ресурсе		
9	Проведено обучение персонала (есть журнал/акт, дата, список обученных)		
10	Есть процедура актуализации: периодичность пересмотра, порядок внесения изменений		

Нормативная база: внутренние регламенты медорганизации; Приказ № 785н; требования к внутреннему контролю качества и безопасности.

ТЕМЫ ДЛЯ ПРОЕКТОВ ЛОКАЛЬНЫХ НОРМАТИВНЫХ АКТОВ
С ПРИВЯЗКОЙ К КОМПЕТЕНЦИЯМ (ПК-3, ПК-4, ПК-6) И РЕАЛЬНЫМ ПРОЦЕССАМ
МЕДОРГАНИЗАЦИИ

«Первичная медико-санитарная помощь»

- **Положение о маршрутизации пациентов в поликлинике** — регламентирует потоки (терапевт, узкие специалисты, дневной стационар, неотложная помощь), сроки ожидания, критерии направления, ответственных.

Код результатов обучения 6.y8, 5.y4, 5.y5, 6.y1.

- **Регламент работы колл-центра и дистанционной записи на приём** — каналы записи, правила обработки обращений, SLA по времени ответа, порядок передачи заявок в регистратуру.

Код результатов обучения 3.y7, 3.y8, 6.y1.

Порядок проведения диспансеризации и профилактических осмотров в условиях поликлиники — алгоритмы на участке, распределение ролей (врач, медсестра, регистратор), контроль охвата, отчётность.

Код результатов обучения 3.y8, 5.y2, 5.y4, 5.y5, 6.y1.

- **Алгоритм разбора жалоб и обращений пациентов** — сроки, ответственные, форма акта, порядок уведомления заявителя, учёт в системе внутреннего контроля.

Код результатов обучения 5.y12, 3.y15, 3.y7.

- **Инструкция по формированию и передаче реестров в ТФОМС для амбулаторного звена** — кто формирует, сроки, проверка на дубли, контроль расхождений с первичной документацией.

Код результатов обучения 6.y5, 3.y13, , 6.y1.

«Специализированная медицинская помощь»

- **Положение о порядке госпитализации (плановая, экстренная, перевод)** — критерии отбора, перечень документов, сроки, маршрутизация внутри стационара, взаимодействие с СМП и поликлиниками.

Код результатов обучения 3.y8, 4.y10, , 6.y1.

- **Регламент передачи клинической информации при переводе пациента между отделениями и при выписке** — состав сведений, формат (бумажный/МИС), ответственные, контрольные точки.

Код результатов обучения 3.y13, 4.y10, 6.y1.

- **Порядок внутреннего контроля качества по профилю «хирургия/терапия» (чек-листы, выборочная экспертиза)** — критерии оценки, выборка, шкала дефектов, форма акта, сроки разбора.

Код результатов обучения 3.y13, , 6.y1.

- **Алгоритм действий при массовом поступлении пациентов (ЧС, сезонный подъём)** — перераспределение коек, усиление бригад, приоритизация, коммуникация.

Код результатов обучения 7.y1, 7.y5, 7.y6, 7.y7, 7.y8

- **Положение об использовании коечного фонда и нормировании нагрузки на врачей в стационаре** — показатели (оборот койки, занятость, средняя длительность), порядок мониторинга, меры при отклонениях.

Код результатов обучения 3.y15, 5.y2, , 6.y1.

Организационно-методический блок

- **Положение о внутреннем контроле качества и безопасности медицинской деятельности (в редакции Приказа № 785н)** — цели, объекты, методы, периодичность, ответственные, отчётность.

Код результатов обучения 3.y13, 3.y14. 3.y15, , 6.y1.

- **Регламент взаимодействия организационно-методического отдела с клиническими подразделениями** — каналы запросов, сроки ответов, формы отчётности, точки контроля.

Код результатов обучения 3.y8, 4.y10, , 6.y1.

- **Порядок разработки, согласования, утверждения и актуализации локальных актов медорганизации** — жизненный цикл документа, лист согласования, сроки пересмотра, хранение в МИС/на сетевом ресурсе.

Код результатов обучения 3.y8, 4.y8, 4.y10, , 6.y1.

- **Методика расчёта и анализа показателей деятельности медорганизации (ключевые KPI)** — перечень показателей, формулы, источники данных, периодичность расчёта, ответственные, формат дашборда.

Код результатов обучения 4.y1, 4.y2, 4.y6

Управления подразделением и медорганизацией

- **Положение о планировании и контроле выполнения плана-задания структурного подразделения** — как формируется план, как ведётся учёт объёмов, как фиксируются отклонения, какие меры принимаются.

Код результатов обучения 6.y5, 6.y1.

- **Регламент проведения еженедельных планерок и контроля исполнения поручений** — повестка, протокол, реестр поручений, сроки, отчётность, KPI исполнения.

Код результатов обучения, 6.y1., 3.y8.

Политика по работе с кадровым дефицитом и распределению нагрузки (с учётом отпусков, больничных, совместительства) — алгоритм перераспределения, временные меры, расчёт эквивалентов ставок, согласование с экономикой.

Код результатов обучения 6.y3., 5y4,5y5

- **Дорожная карта внедрения бережливых технологий в конкретном подразделении** — этапы, вехи, ответственные, ресурсы, KPI, риски.

Код результатов обучения 6.y10 ,5y1,4y6

- **Коммуникационная политика медорганизации для внутренних и внешних аудиторий** — целевые группы (сотрудники, пациенты, СМИ, надзорные органы), каналы, форматы, ответственные, метрики вовлечённости.

Код результатов обучения 6y13

Цифровые процессы и ЕГИСЗ

- **Порядок передачи данных в ЕГИСЗ: состав, сроки, ответственные, контроль качества** — кто отвечает за разные типы данных (карты, реестры, направления), как проверяется полнота и корректность, как фиксируются ошибки.

Код результатов обучения , 6.y1., 3.y8, 4.y10

- **Регламент использования МИС в работе подразделений (роли, права доступа, порядок внесения изменений, резервное копирование)** — ИТ-безопасность, разграничение прав, обучение, аудит.

Код результатов обучения 3.y8, 4.y9, 4.y10, , 6.y1.

- **Положение о работе с персональными данными в медорганизации** — категории данных, цели обработки, сроки хранения, доступ, уничтожение, инциденты.

Код результатов обучения 6.y1.

ПРИМЕРЫ КЕЙСОВ С УПРАВЛЕНЧЕСКИМИ АЛГОРИТМАМИ

Кейс 1. Рост числа отклоненных счетов ТФОМС в поликлинике

Ситуация. В поликлинике за 2 месяца доля отклоненных к оплате счетов ОМС выросла с 3 % до 14 %. Основные причины: некорректное кодирование диагнозов по МКБ, ошибки в датах оказания помощи, дублирование услуг. Экономист и заведующий отделением обеспокоены: есть риск недофинансирования и санкций.

Требуемый управленческий алгоритм:

1. **Диагностика и сбор данных:** выгрузить статистику по отклоненным счетам (причины, подразделения, исполнители), провести выборочную проверку первичной документации (30–50 случаев), выявить типовые ошибки.
2. **Анализ корневых причин:** определить, где чаще всего ошибаются (регистратура, врачи, операторы), проверить обучение и СОПы, оценить нагрузку и контроль.
3. **Меры:** скорректировать СОП по формированию реестров, назначить ответственного за внутренний аудит счетов, организовать обучение/инструктаж, внедрить чек-лист предпроверки перед отправкой.
4. **Контроль и КРІ:** установить еженедельную сверку, целевое значение доли отклонений $\leq 5\%$, назначить ответственного и сроки, вести реестр корректирующих действий.
5. **Документирование:** подготовить служебную записку, проект приказа, план мероприятий, согласовать с экономикой и юрслужбой.

Критерии оценки управленческого алгоритма:

- **Опора на нормативы:** упомянуты ФЗ № 326-ФЗ, тарифное соглашение, требования ТФОМС, порядок внутреннего контроля (Приказ № 785н).
- **Полнота диагностики:** есть выборка, классификация ошибок, указаны подразделения/исполнители, приведены цифры (динамика, доли).
- **Реалистичность мер:** учтены ресурсы (обучение, чек-листы, распределение ролей), нет абстрактных «улучшить работу».
- **Измеримость результата:** названы целевые показатели ($\leq 5\%$), периодичность контроля, ответственные, сроки.
- **Документальное оформление:** подготовлен пакет документов (приказ, план, чек-лист), учтены процедуры согласования.

Кейс 2. Перегрузка участковых терапевтов и рост жалоб на доступность записи

Ситуация. На трёх терапевтических участках нагрузка на врача превысила норматив на 22–28 %, доля жалоб на невозможность записаться в течение 24 часов выросла в 2,5 раза. В штате 2 ставки терапевта вакантны, один врач на больничном. Пациенты уходят в платные клиники.

Требуемый управленческий алгоритм:

1. **Сбор данных:** рассчитать фактическую нагрузку (посещения/час, среднее время приёма), сравнить с нормативами, проанализировать структуру потока (острые, диспансерные, справки).
2. **Балансировка потоков:** перераспределить часть функций на медсестру/фельдшера (диспансеризация, наблюдение), внедрить дистанционную консультацию для повторных пациентов, оптимизировать маршрутизацию.
3. **Кадровые решения:** активировать подбор персонала, рассмотреть совместительство/внутреннее совмещение, перераспределить нагрузку между врачами с учётом отпусков и больничных.
4. **Коммуникация и контроль:** провести совещание с коллективом, зафиксировать решения в протоколе, назначить контрольные точки, информировать пациентов о временных изменениях.
5. **Оценка эффекта:** отслеживать долю жалоб, среднее время ожидания, выполнение плана по объёмам, долю дистанционных консультаций.

Критерии оценки управленческого алгоритма:

- **Системность:** учтены кадровые, организационные и технологические меры (не только «нанять»).
- **Соблюдение прав пациента и нормативов:** учтены сроки ожидания по программе госгарантий, не нарушены права на выбор врача и доступность.
- **Распределение ролей:** чётко определены ответственные (кадры, регистратура, ИТ), поручения измеримы.
- **KPI и контроль:** названы показатели (жалобы, доступность, нагрузка), периодичность, формат отчётности.
- **Коммуникация:** предусмотрены информирование пациентов и работа с коллективом (без эскалации конфликта).

Кейс 3. Массовое поступление пациентов после ДТП (стационар)

Ситуация. В стационар одновременно поступают 12 пострадавших после крупного ДТП. Часть пациентов — тяжёлые, требуется экстренная помощь и операционная. Коек и персонала на пике недостаточно, есть риск нарушения преемственности и безопасности.

Требуемый управленческий алгоритм:

1. **Экстренные действия:** активировать план ЧС, оповестить ответственных, перераспределить койки, привлечь резервные бригады, приоритизировать пациентов по тяжести.

2. **Организация потоков:** маршрутизировать по профилям (травма, нейрохирургия, реанимация), назначить координатора потоков, обеспечить фиксацию данных в МИС/журналах.
3. **Преемственность и безопасность:** организовать передачу информации между бригадами, контроль назначений и процедур, минимизировать риски ошибок при высокой нагрузке.
4. **Взаимодействие:** согласовать действия с СМП, бюро госпитализации, другими медорганизациями; при необходимости — запросить дополнительные ресурсы.
5. **Разбор и улучшение:** после стабилизации провести разбор (RCA), зафиксировать уроки, актуализировать план ЧС, внести изменения в СОПы.

Критерии оценки управленческого алгоритма:

- **Скорость и чёткость действий:** указаны конкретные шаги и ответственные, нет «общих фраз».
- **Безопасность и преемственность:** предусмотрены меры по снижению рисков (передача смен, контроль назначений, фиксация).
- **Взаимодействие подразделений и внешних организаций:** названы каналы и форматы коммуникации, точки контроля.
- **Работа с инцидентом:** предусмотрен разбор (RCA) и улучшение процессов, а не только «реакция».
- **Нормативная база:** учтены порядки оказания помощи, требования к ЧС, внутренний контроль качества.

Кейс 4. Низкая доля выполнения плана диспансеризации на участке

Ситуация. По итогам квартала выполнение плана диспансеризации — 62 % от целевого. На участке высокая доля отказов пациентов и «потерянных» лиц (недоступны для приглашения). Медсестра перегружена, врач не успевает вести учёт и отчётность.

Требуемый управленческий алгоритм:

1. **Анализ данных:** выгрузить список «не прошедших» по категориям (отказы, неявки, недоступные), оценить причины, сравнить с нормативами и методическими рекомендациями.
2. **Оптимизация процесса:** перераспределить функции (приглашение, анкетирование, предварительные исследования), использовать дистанционные инструменты (SMS/мессенджеры, автообзвон), организовать «диспансерные дни».
3. **Мотивация и обучение:** провести инструктаж, актуализировать СОП, назначить ответственного за учёт и контроль, обучить работе с отказами и возражениями.
4. **Контроль и отчётность:** еженедельный мониторинг, реестр приглашений и результатов, анализ причин отказов, корректирующие действия.
5. **Документирование:** приказ/распоряжение, план мероприятий, формы учёта, отчёт по итогам месяца.

Критерии оценки управленческого алгоритма:

- **Точность анализа:** названы категории «не прошедших», приведены цифры, указаны причины.

- **Практичность решений:** учтены реальные ресурсы участка (нагрузка, персонал, технологии).
- **Соответствие методическим рекомендациям:** учтены требования Минздрава по диспансеризации, порядок учёта и отчётности.
- **Контроль и обратная связь:** предусмотрены регулярные отчёты, KPI, корректировка при отклонениях.
- **Работа с отказами:** есть алгоритм взаимодействия с пациентами, не сводящийся к «просто приглашать».

Кейс 5. Внедрение новой МИС: сопротивление персонала и ошибки ввода данных

Ситуация. В медорганизации внедряют новую МИС. Врачи и средний персонал сопротивляются: «неудобно», «нет времени», «теряются данные». Растёт число ошибок ввода, снижается производительность, растёт недовольство.

Требуемый управленческий алгоритм:

1. **Диагностика:** провести опрос/интервью, выявить основные барьеры (функционал, обучение, нагрузка, страх ошибок), собрать примеры ошибок.
2. **Коммуникация и вовлечение:** сформировать рабочую группу (врачи, ИТ, методисты), провести серию коротких обучений, назначить «чемпионов изменений» в отделениях.
3. **Поддержка и контроль:** ввести поэтапный переход, чек-листы для критических операций, ежедневный мониторинг ошибок, оперативную техподдержку.
4. **Мотивация и обратная связь:** фиксировать успехи, публиковать статистику (снижение ошибок, экономия времени), учитывать предложения персонала.
5. **Закрепление изменений:** актуализировать локальные акты и СОПы под новую МИС, провести итоговый аудит, зафиксировать метрики эффективности.

Критерии оценки управленческого алгоритма:

- **Учёт человеческого фактора:** предусмотрены обучение, вовлечение, работа с сопротивлением, а не только приказы.
- **Поэтапность и контроль рисков:** есть план перехода, контрольные точки, меры на случай сбоев.
- **Интеграция с локальными процессами:** СОПы и регламенты адаптированы под новую систему.
- **Метрики и отчётность:** названы KPI (доля ошибок, время на операцию, удовлетворённость), периодичность контроля.
- **Нормативное оформление:** подготовлены документы (приказ о внедрении, план, СОПы), учтены требования к обработке персональных данных и информационной безопасности.

Модуль 9. Оказание медицинской помощи в экстренной форме (ПК-7)

ПК-1. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме

Пример тестового задания 1.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
Человек поскользнулся и упал, жалуется на сильную боль в голени, видна деформация конечности, отёк нарастает. Что нужно сделать в первую очередь при оказании первой помощи до приезда скорой?	А) Попытаться вправить деформацию, чтобы уменьшить боль. Б) Приложить грелку с тёплой водой для снятия спазма и уменьшения боли. В) Обеспечить покой повреждённой конечности, провести иммобилизацию подручными средствами, приложить холод к месту травмы. Г) Помочь пострадавшему дойти до ближайшего травмпункта, чтобы не терять время.	В	7.y1, 7.y2, 7.y5, 7.y8, 7.y13, 7.y22, 7.y25

Пример тестового задания 2.

Инструкция: выберите один правильный ответ.

Вопрос (задание)	Варианты ответов	Правильный ответ	Коды результатов обучения
У человека внезапно начался приступ судорог: он упал, мышцы напряжены, затем появились ритмичные подёргивания, изо рта выделяется пена. Какова правильная тактика оказания первой помощи в этот момент?	А) Удерживать человека, чтобы он не травмировался, и вставлять что-либо между зубами, чтобы не прикусил язык. Б) Повернуть человека на бок, убрать острые и твёрдые предметы поблизости, не фиксировать движения, засечь время начала приступа. В) Сразу дать пострадавшему воду, как только судороги прекратятся, и попытаться привести его в чувство нашатырным спиртом. Г) Начать делать искусственное дыхание сразу во время судорог.	Б	7.y1, 7.y2, 7.y4, 7.y5, 7.y7, 7.y11, 7.y13, 7.y23, 7.y24, 7.y25

Пример ситуационной задачи 1

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы находитесь в процедурном кабинете поликлиники. Мужчина средних лет резко побледнел, схватился за грудь, пожаловался на сильную давящую боль за грудиной, отдающую в левую руку, появилась одышка и холодный пот. Через минуту он сел на пол, говорит, что «не может дышать», и почти сразу теряет сознание. Пульса на сонной артерии вы не нащупываете, дыхания нет. Рядом есть автоматический наружный дефибриллятор (АНД).

Вопросы:

1. Перечислите три первых действия, которые нужно выполнить в течение первых 30–60 секунд, в правильной последовательности. Кратко обоснуйте каждое действие с точки зрения сохранения жизни.
2. Опишите, как правильно использовать АНД: в какой момент его включают, куда накладывают электроды, какие меры безопасности нужно соблюдать.

3. Если после разряда АНД самостоятельного дыхания и пульса нет, что делать дальше? Укажите ритм и глубину компрессий грудной клетки, а также как часто следует оценивать состояние пострадавшего.

Эталоны ответов:

1. Первые действия (последовательность):
 - a. Оценить безопасность места и проверить реакцию пострадавшего (окликнуть, слегка потрясти за плечи). Это нужно, чтобы не подвергать себя риску и быстро понять, требуется ли экстренная помощь.
 - b. Одновременно с проверкой реакции громко позвать на помощь и попросить кого-то вызвать скорую помощь (112) и принести АНД. Делегирование задач экономит время – каждая минута без СЛР снижает шансы на выживание примерно на 7–10%.
 - c. Проверить дыхание и пульс на сонной артерии в течение не более 10 секунд; при отсутствии нормального дыхания и пульса немедленно начать СЛР. Это подтверждает клиническую смерть и запускает алгоритм базовой сердечно-лёгочной реанимации.
2. Использование АНД:
 - a. АНД включают сразу, как только он доставлен к пострадавшему, не прекращая компрессий дольше чем на 5–10 секунд.
 - b. Электроды накладывают на оголённую грудную клетку: один под правую ключицу, второй в левую подмышечную область по среднеподмышечной линии.
 - c. Меры безопасности: перед анализом ритма и разрядом все должны отойти от пострадавшего, нельзя касаться тела, убедиться, что вокруг нет воды или металлических поверхностей, снять с груди металлические украшения/пластыри с лекарствами.
3. Дальнейшие действия:
 - a. Продолжать СЛР в соотношении 30 компрессий : 2 вдоха.
 - b. Глубина компрессий не менее 5 см, частота – 100–120 в минуту.
 - c. Оценка состояния каждые 2 минуты (после пяти циклов 30:2) или по сигналу АНД, который сам запросит повторный анализ ритма.

Код результатов обучения 7.y1, 7.y2, 7.y5, 7.y16, 7.y17

Пример ситуационной задачи 2

Инструкция.

Ознакомьтесь с условием задачи. На основании полученной информации дайте развернутые ответы на вопросы, приведенные ниже.

Условия.

Вы едете в электричке. На соседнем сиденье подросток ест бутерброд, внезапно хватается за горло, не может говорить, лицо краснеет, затем синее, делает хватательные движения руками. Рядом находятся другие пассажиры, некоторые пытаются «постучать по спине».

Вопросы:

1. Определите состояние пострадавшего и назовите три признака, которые однозначно указывают на полную обструкцию дыхательных путей инородным телом.
2. Опишите правильную последовательность действий для оказания первой помощи пострадавшему в сознании: что делать до и после пяти ударов между лопатками,

при каком условии переходить к приёмам Геймлиха и как их выполнять.

3. Что делать, если в процессе оказания помощи подросток потеряет сознание? Перечислите 3 первых шага и объясните, почему в этой ситуации меняется алгоритм.

Эталоны ответов:

1. Состояние – полная обструкция дыхательных путей инородным телом (удушьё).
Три однозначных признака:
 - a. невозможность говорить (только беззвучные попытки);
 - b. невозможность дышать или слышны только слабые, свистящие звуки;
 - c. характерный жест – хватание за шею (универсальный сигнал удушья), нарастающий цианоз лица.
2. Последовательность действий для пострадавшего в сознании:
 - a. Сначала произвести пять резких ударов основанием ладони между лопатками, стоя сбоку и немного сзади, наклонив пострадавшего вперёд. Цель – создать вибрацию и вытолкнуть инородное тело.
 - b. После пяти ударов оценить эффект: если дыхание не восстановилось, сразу переходят к приёму Геймлиха.
 - c. Приём Геймлиха: встать сзади, обхватить пострадавшего обеими руками в верхней части живота, кулак одной руки поместить над пупком, второй рукой обхватить кулак и выполнить пять резких толчков внутрь и вверх. Повторять циклы «5 ударов – 5 толчков» до освобождения дыхательных путей.
3. Если подросток теряет сознание:
 - a. Аккуратно уложить на пол, чтобы избежать травмы при падении.
 - b. Немедленно начать СЛР, начиная с 30 компрессий грудной клетки (даже без вдохов). Причина: при потере сознания приоритетом становится поддержание кровообращения и доставка кислорода к мозгу; компрессии могут вытолкнуть инородное тело за счёт повышения внутригрудного давления.
 - c. Попросить кого-то вызвать скорую (112) и найти АНД, если он доступен. Алгоритм меняется, потому что пострадавший больше не может активно участвовать в самопомощи, и основной угрозой становится остановка сердца из-за гипоксии; удары по спине и приём Геймлиха в бессознательном состоянии не применяют.

Коды результатов обучения 7.y1, 7.y2, 7.y5, 7.y12, 7.y16, 7.y17.

Примеры билетов для итоговой аттестации

Билет №1.

1.ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ. ПРИМЕР.

001.Какой документ устанавливает виды, условия и формы оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий?

1. Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»;
2. Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
3. Приказ Минздрава о порядках оказания медпомощи;

4. Территориальная программа ОМС субъекта РФ.

Ответ: 2.

002. Что из перечисленного относится к основным показателям планирования стационарной помощи?

1. Число посещений на 1 жителя в год;
2. Число коек, оборот койки, средняя длительность пребывания больного на койке;
3. Доля профилактических осмотров;
4. Количество выданных листков нетрудоспособности.

Ответ: 2.

003. Какой орган утверждает порядок проведения диспансеризации взрослого населения?

1. Министерство финансов РФ;
2. Министерство здравоохранения РФ;
3. Росздравнадзор;
4. Фонд социального страхования.

Ответ: 2.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ПРИМЕР.

В поликлинике прикреплённое население - 45 000 человек. По данным отчётности, за год зарегистрировано 135 000 посещений к терапевтам. При этом плановый показатель посещений на 1 жителя - 2,8. Штат врачей-терапевтов участковых - 20 ставок.

Задание:

1. Рассчитайте фактическую нагрузку на 1 врача-терапевта участкового (в посещениях за год и в среднем за 1 рабочую смену при 247 рабочих днях в году).
2. Определите, соответствует ли фактическая нагрузка плановым нормативам.
3. Предложите 2–3 организационные меры для выравнивания нагрузки (например, перераспределение потоков, внедрение разделения функций врача и среднего медперсонала, оптимизация записи и пр.).
4. Укажите, какие нормативные документы (приказы, методические рекомендации) вы будете использовать при обосновании решений.

Коды результатов обучения: 1.y1, 3.y1, 4.y2, 4.y7, 5.y1.

ДЕМОНСТРАЦИЯ УМЕНИЙ (СИМУЛИРОВАННЫЕ УСЛОВИЯ). ПРИМЕР.

Задание:

Вы – заведующий поликлиникой. На планерке заведующие отделениями сообщают о росте числа жалоб пациентов на длительное ожидание приёма и нехватку талонов.

- Продемонстрируйте алгоритм ваших управленческих действий в течение ближайших 7 дней:
- Назовите 3–4 первоочередных шага (сбор данных, анализ расписания, проверка загрузки кабинетов, опрос пациентов и т. п.).
- Укажите, из каких источников возьмёте данные (МИС, журналы регистратуры, анкеты обратной связи, отчёты по потокам).
- Опишите, как распределите задачи между сотрудниками (регистратор, экономист, старшая медсестра, ИТ-специалист).

- Сформулируйте 1–2 конкретных показателя эффективности (KPI), по которым оцените результат мер через 1 месяц (например, доля пациентов, принятых в течение 24 часов, среднее время ожидания, доля отменённых записей).

Дополнительно: кратко (2–3 предложения) обоснуйте, как эти меры согласуются с принципами бережливого производства в здравоохранении и требованиями к доступности медпомощи в рамках программы госгарантий.

Коды результатов обучения: 1.у7, 2.у5, 3.у3, 3.у7, 3.у14, 4.у8.

Билет № 2.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ. ПРИМЕР.

01. Что входит в понятие «доступность медицинской помощи» согласно ФЗ № 323-ФЗ?

1. Только наличие врачей в штате;
2. Своевременность оказания, приближённость к месту жительства, транспортная доступность, достаточность ресурсов;
3. Наличие платных услуг;
4. Количество публикаций медорганизации в СМИ.

Ответ: 2.

2. Какой показатель используют для планирования амбулаторно-поликлинической помощи?

1. Оборот койки;
2. Число посещений на 1 жителя в год;
3. Летальность в стационаре;
4. Средняя длительность лечения.

Ответ: 2.

3. Что относится к функциям врачебной комиссии медорганизации?

1. Назначение зарплаты сотрудникам;
2. Экспертиза временной нетрудоспособности, контроль качества, решение сложных клинических случаев;
3. Ремонт медицинского оборудования;
4. Ведение соцсетей медорганизации.

Ответ: 2.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА. ПРИМЕР.

Поликлиника обслуживает 30 000 прикреплённого населения. Плановый норматив - 2,7 посещения на 1 жителя в год. Фактически выполнено 81 000 посещений. Штат врачей-терапевтов - 18 ставок. Рассчитайте фактическую нагрузку на 1 врача в год и в смену (при 247 рабочих днях). Определите, соответствует ли нагрузка нормативной. Предложите меры по балансировке нагрузки (разделение потоков, внедрение функций среднего медперсонала, оптимизация расписания). Укажите нормативные акты, на которые будете опираться.

Коды результатов обучения: 1.у1, 3.у1, 4.у2, 4.у7, 5.у1.

ДЕМОНСТРАЦИЯ УМЕНИЙ. ПРИМЕР.

Вы – главный врач поликлиники. Поступило 15 жалоб за месяц на невозможность записаться к узкому специалисту в течение 14 дней.

Продемонстрируйте план действий на 10 дней: анализ причин (дефицит ставок, неэффективное расписание, низкая доля дистанционной записи), проверка функционала МИС и колл-центра, перераспределение слотов, усиление информирования пациентов. Укажите источники данных (МИС, журналы, опросы), ответственных (заведующий

регистратурой, ИТ-специалист, экономист), КРІ для контроля (доля записей в срок, доля отмен, удовлетворённость). Обоснуйте соответствие мер требованиям программы госгарантий.

Коды результатов обучения: 1.у7, 2.у5, 3.у3, 3.у7, 3.у14, 4.у8.

Критерии оценки итоговой аттестации

1. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ:

70% и менее правильных ответов - оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО».

71-80% заданий – оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО».

81-90% заданий – оценка «ХОРОШО».

91-100% заданий – оценка «ОТЛИЧНО».

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕШЕНИЙ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

- ПРАВИЛЬНОСТЬ ОЦЕНКИ СИТУАЦИИ. Обучающийся корректно определяет проблему (перегрузка участка, неэффективное использование коечного фонда, дефекты документооборота и т. п.) и называет её ключевые параметры (показатели, нормативы, отклонения).
- ОПОРА НА НОРМАТИВНУЮ БАЗУ. В решении упоминаются релевантные документы (ФЗ, приказы, клинические рекомендации, территориальная программа, тарифы) и приводятся ссылки на конкретные нормы либо их суть (например, «норматив времени ожидания приёма по программе госгарантий», «требования к оформлению реестров для ОМС»).
- ЛОГИЧНОСТЬ И ПОЛНОТА АЛГОРИТМА ДЕЙСТВИЙ. Ответ содержит последовательность шагов (анализ данных → выявление причин → меры → контроль), без пропусков ключевых этапов.
- ПРАКТИЧЕСКАЯ РЕАЛИЗУЕМОСТЬ МЕР. Предлагаемые решения реалистичны для медорганизации (учтены кадровые, финансовые, организационные ограничения), не сводятся к абстрактным «улучшить работу».
- ИЗМЕРИМОСТЬ РЕЗУЛЬТАТОВ. Обучающийся указывает, какие показатели (КРІ) будут использованы для контроля эффекта (доля принятых счетов, среднее время ожидания, оборот койки, доля обоснованных направлений и т. д.) и как часто их планируется отслеживать.
- ОБОСНОВАНИЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ. Желательно упоминание управленческих инструментов (цикл PDCA, RCA-анализ, риск-ориентированный подход, бережливое производство).

ШКАЛА ОЦЕНОК:

«ОТЛИЧНО». Задача решена верно, алгоритм полный и логичный, приведены нормативные основания, указаны измеримые КРІ и методы контроля, кандидат уверенно отвечает на уточняющие вопросы.

«ХОРОШО». Решение верное, но не все шаги раскрыты детально; есть 1–2 неточности в нормативной базе либо недостаточно проработаны механизмы контроля; кандидат исправляется при уточнении.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Основная проблема определена, но алгоритм действий фрагментарный, нормативные ссылки слабые или отсутствуют, КРІ не указаны либо не подходят для контроля; требуется значительная помощь экзаменатора.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Проблема не определена либо трактуется ошибочно, алгоритм отсутствует или нелогичен, нет опоры на нормативы, кандидат не может

обосновать свои предложения даже с наводящими вопросами.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕМОНСТРАЦИИ УМЕНИЙ (СИМУЛИРОВАННЫЕ УСЛОВИЯ)

Оценивают не только «что» делает кандидат, но и «как»: соблюдение регламентов, коммуникация, распределение ролей, фиксация результатов.

Ключевые критерии:

- **СОБЛЮДЕНИЕ РЕГЛАМЕНТА/АЛГОРИТМА.** Действия соответствуют утверждённым порядкам оказания помощи, стандартам, внутренним СОПам; пропуски критических шагов не допускаются.
- **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ РОЛЕЙ И ДЕЛЕГИРОВАНИЕ.** Обучающийся правильно определяет, кто должен выполнять те или иные задачи (регистратор, экономист, ИТ-специалист, старшая медсестра и т. д.), и формулирует поручения чётко и измеримо.
- **КОММУНИКАЦИЯ.** Речь структурирована, термины используются корректно, формулировки понятны для разных участников (врачи, администраторы, пациенты), отсутствуют конфликтогенные формулировки.
- **РАБОТА С ДАННЫМИ И ИСТОЧНИКАМИ.** Обучающийся называет конкретные источники информации (МИС, реестры, журналы, анкеты обратной связи) и объясняет, как их использовать для принятия решений.
- **КОНТРОЛЬ И ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ.** Предлагаются механизмы контроля исполнения (сроки, ответственные, отчётность) и критерии успеха (KPI), а также план корректировки при отклонениях.

ШКАЛА ОЦЕНОК:

«ОТЛИЧНО». Обучающийся уверенно ведёт процесс, соблюдает алгоритм, грамотно распределяет задачи, чётко формулирует KPI и контрольные точки, уверенно отвечает на вопросы по обоснованию решений.

«ХОРОШО». Алгоритм в целом соблюден, но есть 1–2 отклонения от оптимального распределения ролей либо недостаточно детализированы контрольные механизмы; кандидат корректирует действия по уточняющим вопросам.

«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Алгоритм воспроизводится фрагментарно, распределение ролей и контроль сформулированы слабо, терминология местами неточна; требуется постоянная поддержка экзаменатора.

«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО». Критические шаги алгоритма пропущены, роли и контроль не определены, кандидат не ориентируется в регламентах и не может обосновать действия даже с подсказками.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

(зачтено/не зачтено):

Критерии для «ЗАЧТЕНО»

- **ПРАВИЛЬНОСТЬ.** Все ключевые действия выполнены в соответствии с утверждённым алгоритмом, клиническими рекомендациями или стандартом процедуры. Грубых ошибок (например, нарушение техники безопасности, неправильное использование оборудования, ошибка, которая в реальной ситуации могла бы навредить пациенту) нет.
- **ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ.** Этапы манипуляции соблюдены логично, без пропусков и хаотичных действий.
- **САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ.** Человек выполняет задание сам, без постоянной помощи или подсказок (если задание не предполагает командной работы).

- **СОБЛЮДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ТРЕБОВАНИЙ.** Учтены нюансы: время (уложился в отведённый лимит), оформление документации (если требуется), использование необходимого инструментария, соблюдение правил асептики и антисептики, этических норм общения с «пациентом» (в симуляционных сценариях).
- **АДАПТИВНОСТЬ.** В сложных или нестандартных ситуациях (например, при «осложнении» в симуляции) человек демонстрирует способность скорректировать действия, не теряя общей логики алгоритма.

Критерии для «НЕ ЗАЧТЕНО»

- **СУЩЕСТВЕННЫЕ ОШИБКИ.** Допущены грубые нарушения алгоритма, которые напрямую влияют на безопасность или результат (например, не проверил идентификацию пациента перед инъекцией, нарушил стерильность, неправильно рассчитал дозу).
- **НАРУШЕНИЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТИ.** Пропущены ключевые этапы, действия выполнены в неверном порядке, что искажает смысл процедуры.
- **НЕВОЗМОЖНОСТЬ ВЫПОЛНИТЬ САМОСТОЯТЕЛЬНО.** Человек не может приступить к заданию или постоянно нуждается в наводящих вопросах/помощи, не проявляя инициативы.
- **ИГНОРИРОВАНИЕ ВАЖНЫХ ДЕТАЛЕЙ.** Не учтены существенные условия задачи (например, не принял во внимание противопоказания, указанные в условии симуляционного кейса).
- **НЕСОБЛЮЖДЕНИЕ БАЗОВЫХ НОРМ.** Нарушены правила безопасности, гигиены или этики, даже если основная манипуляция выполнена верно.

Промежуточная аттестация по практике

Форма: «ЗАЧТЕНО»/ «НА ЗАЧТЕНО» на основании портфолио практиканта.

Состав портфолио:

- дневник практики с еженедельными отчётами (1 страница в неделю);
- копии заполненных форм, расчётов, проектов документов;
- презентации/схемы/карты процессов;
- протоколы совещаний и реестры поручений;
- акты/отчёты по внутренним аудитам;
- отзыв-характеристика и чек-лист оценки куратора.

ОБРАЗЕЦ ДНЕВНИКА ПРАКТИКИ

Дневник прохождения практики слушателя программы профессиональной переподготовки «Организация здравоохранения и общественное здоровье»

ФИО: _____

Место практики: _____

Период практики: с «__» ____ 20 г. по «__» ____ 20 г.

Руководитель практики от организации: _____

Куратор от образовательной организации: _____

Дата

Подразделение, должность на практике

Вид деятельности и выполненные работы (конкретно, без общих фраз)

Использованные документы/источники (ФЗ, приказы, СОПы, МИС, реестры и т. п.)

Результат/продукт работы (что подготовлено, рассчитано, согласовано)

Оценка руководителя

подпись

ОБРАЗЕЦ ЧЕК-ЛИСТА ПО КОМПЕТЕНЦИЯМ (ДЛЯ ИТОГОВОГО КОНТРОЛЯ)

Компетенция	Индикаторы достижения (что должно быть в материалах)	Да / Частично / Нет	Подтверждающие материалы (в портфолио)	Комментарий куратора
ПК-3.	- План работы подразделения с KPI - График/распределение нагрузки - Реестр поручений и контроль исполнения - Отчёт о выполнении с анализом отклонений			
ПК-4.	- Карта процесса (VSM) или схема маршрутизации - Проект улучшений по циклу PDCA - Матрица рисков и контрольных точек - Расчёты показателей и выводы			
ПК-6.	- Регламент взаимодействия или протокол согласования - Служебные записки, письма, переписка по согласованию решений - Материалы совместных совещаний (протокол, повестка, решения)			
.....				
.....				
Дополнительные индикаторы (качество и	- Ссылки на НПА в документах - Соблюдение			

Компетенция	Индикаторы достижения (что должно быть в материалах)	Да / Частично / Нет	Подтверждающие материалы (в портфолио)	Комментарий куратора
право)	требований к персональным данным и врачебной тайне • Проверка на соответствие внутреннему контролю (Приказ № 785н)			

Подпись куратора: _____ (ФИО, должность)

Дата: «__» _____ 20 г.

КРИТЕРИИ ВЫСТАВЛЕНИЯ ИТОГОВОЙ ОЦЕНКИ:

ЗАЧТЕНО, ЕСЛИ ОДНОВРЕМЕННО ВЫПОЛНЕННЫ ВСЕ УСЛОВИЯ:

- ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ: НЕ МЕНЕЕ 70 % ПРАВИЛЬНЫХ ОТВЕТОВ.
- СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА: РЕШЕНА.
- ДЕМОНСТРАЦИЯ УМЕНИЙ (СИМУЛИРОВАННЫЕ УСЛОВИЯ): ОЦЕНКА НЕ НИЖЕ «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»
- МОДУЛЬ «ПРАКТИКА» - «ЗАЧТЕНО»
- ПОСЕЩАЕМОСТЬ: НЕ МЕНЕЕ 80 % ЗАНЯТИЙ

НЕ ЗАЧТЕНО, ЕСЛИ НЕ ВЫПОЛНЕНО ХОТЯ БЫ ОДНО ИЗ УСЛОВИЙ.

VI. Организационно-педагогические условия реализации программы¹⁰

11. Кадровые условия реализации Программы:

Реализация Программы обеспечивается работниками организации и (или) лицами, привлекаемыми на иных условиях.

Квалификация работников организации, реализующих Программу, отвечает квалификационным характеристикам, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, разделе «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования», утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2011 г. № 1н¹¹, и профессиональному стандарту¹².

Лекции проводятся лицами, имеющими ученую степень кандидата или доктора наук, и ежегодные публикации в рецензируемых научных изданиях за последние 5 лет.

Не менее 70% объема занятий семинарского типа проводятся лицами, имеющими ученую степень кандидата или доктора наук.

Занятия семинарского типа модуля 9 проводятся в группе обучающихся численностью не более 10 человек лицами, имеющими аккредитацию по одной из специальностей: «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь», осуществляющими медицинскую деятельность по одной из специальностей: «Анестезиология-реаниматология», «Скорая медицинская помощь» и имеющими стаж такой деятельности не менее 3 лет

12. Кадровое обеспечение реализации Программы в части практической подготовки:

Занятия семинарского типа модулей 1-7, предусматривающие практическую подготовку в соответствии с учебным планом, проводятся в группе обучающихся численностью не более 10 человек лицами, имеющими аккредитацию по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», осуществляющими медицинскую деятельность по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и имеющими стаж такой деятельности не менее 5 лет.

Модуль 8 проводится в группе обучающихся численностью не более 5 человек лицами, имеющими аккредитацию по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье», осуществляющими медицинскую деятельность по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» и имеющими стаж такой деятельности не менее 5 лет.

¹⁰ Пункт 11 Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам.

¹¹ Зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 марта 2011 г., регистрационный № 20237, с изменениями, внесенными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 25 января 2023 г. № 39н

¹² Профессиональный стандарт 1093 «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 7 ноября 2017 года N 768н

13. Материально-техническое обеспечение реализации Программы:

Материально-техническое обеспечение реализации Программы в части практической подготовки:

Практическая подготовка обучающихся при реализации Программы обеспечивается путем их участия в осуществлении медицинской деятельности¹³¹¹ в медицинских организациях и (или) иных организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее вместе базы практической подготовки), соответствующих следующим требованиям:

Наименование модулей, тем, разделов практики	Требования к базам практической подготовки и их мощности в расчете на 1 обучающегося при реализации Программы
Модуль 1. Организация здравоохранения и общественное здоровье	
1.9. Здоровый образ жизни. Основные факторы риска, влияющие на здоровье и продолжительность жизни человека	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;
1.10. Технологии медицинской профилактики. Диспансеризация населения	2) организацию и выполнение работ (услуг) при проведении медицинских осмотров (наличие соответствующей лицензии) по медицинским осмотрам профилактическим.
Модуль 2. Организационно-правовые основы охраны здоровья	
2.5. Организация первичной медико- санитарной помощи	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;
2.6. Организация специализированной медицинской помощи	2) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии.
2.7. Организация высокотехнологичной медицинской помощи	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии);

¹³ Часть 4 статьи 82 Федерального закона № 273-ФЗ.

	2) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии.
2.8. Организация скорой медицинской помощи	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей организацию и выполнение работ (услуг) при оказании скорой специализированной медицинской помощи и (или) скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии).
2.9. Организация паллиативной медицинской помощи	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей организацию и выполнение работ (услуг) при оказании паллиативной медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии).
Модуль 3. Менеджмент и управление ресурсами в здравоохранении	
3.3. Современные технологии управления. Применение бережливых технологий	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей:
3.7. Управление кадровыми ресурсами	1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 3) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии.
Модуль 4. Экономика и финансирование в здравоохранении	
4.7. Экономическое содержание проектной деятельности в здравоохранении. Государственно-частное партнерство. Бизнес-планирование в здравоохранении.	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей:
4.10. Маркетинг в здравоохранении	1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 3) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 4) организацию и выполнение работ (услуг) при

	проведении медицинских осмотров (наличие соответствующей лицензии) по: медицинским осмотрам (предварительным, периодическим), медицинским осмотрам профилактическим.
Модуль 5. Медицинская статистика	
5.6. Принятие решений на основе статистических показателей деятельности медицинской организации. Социологические исследования в деятельности медицинской организации	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 3) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии
Модуль 6. Система контроля качества и безопасности медицинской деятельности	
6.5. Внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;
6.10. Организация деятельности врачебной комиссии	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при проведении медицинских экспертиз (наличие соответствующей лицензии) по экспертизе временной нетрудоспособности.
Модуль 7. Цифровые технологии в здравоохранении	
7.3. Передовые цифровые технологии в здравоохранении	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации
7.5. Медицинские	соответствующей лицензии) по организации

информационные системы. Электронная медицинская карта	здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии;
7.6. Искусственный интеллект в здравоохранении Системы поддержки принятия врачебных решений	2) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 3) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной в здравоохранении медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 4) организацию и выполнение работ (услуг) при проведении медицинских решений экспертиз (наличие соответствующей лицензии) по экспертизе временной нетрудоспособности
Модуль 8. Практика	
8.1. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей: 1) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии; 2) организацию и выполнение работ (услуг) при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи (наличие соответствующей лицензии) по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии.
8.2. Организация оказания специализированной медицинской помощи	Осуществление медицинской деятельности, предусматривающей организацию и выполнение работ (услуг) при оказании специализированной медицинской помощи (наличие соответствующей лицензии), в том числе по организации здравоохранения и общественному здоровью, эпидемиологии.

15. Использование ЭО и ДОТ в учебно-методическом обеспечении реализации Программы:

При реализации Программы лекции проводятся с использованием ЭО и ДОТ полностью.

Занятия семинарского типа при реализации Программы проводятся частично с использованием ЭО и ДОТ, в соответствии с учебным планом.

Использование ЭО и ДОТ при проведении практик, промежуточных и итоговой аттестаций не допускается.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к одной или нескольким электронно-библиотечным системам (электронным библиотекам) и к электронной информационно-образовательной среде организации. Электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда обеспечивают возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», как на территории организации, так и вне ее.

Перечень учебных изданий, в том числе электронных, иных информационных материалов, необходимых для освоения Программы, определяется организацией самостоятельно.

16. Финансовое обеспечение реализации Программы осуществляется в объеме не ниже определенного в соответствии с Бюджетным кодексом Российской Федерации и Федеральным законом № 273-ФЗ.

Учебно-методическое и информационное обеспечение программы

Рекомендуемая литература:

а) Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение: национальное руководство [Текст] / под ред. В.И.Стародубов, О.П.Щепин, - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014.- 619с
2. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. – Москва : ГЭОТАРМедиа, 2022. - 1144 с.
3. Федеральный закон № 323 Ф от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим поиска: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895
4. Постановление Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2025 г. № 2188 “О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2026 год и на плановый период 2027 и 2028 годов” [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим поиска: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413295026/?ysclid=mrbt0rwi5b539184491>
5. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации» № 326 ФЗ от 29 ноября 2010 года (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим поиска: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289

б) Дополнительная литература

1. Линденбратен А. Л. Организация здравоохранения : учебник / А. Л. Линденбратен. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. -432 с. -ISBN 978-5-9704-7890-1.
2. Медик В. А. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для вузов / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 6-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 624 с.- ISBN 978-5-9704-8123-9.
3. Кучеренко В. И. Применение методов статистического анализа в изучении общественного здоровья и здравоохранения : учебное пособие / В. И. Кучеренко, Т. В. Александрова, Н. А. Демидова. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 256 с. - ISBN 978-5-9704-6812-4.
4. Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» № 255-ФЗ от 29.12.2006 года (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]
5. /Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64871_
6. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30 марта 1999 года (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. –
7. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481
8. Приказ Минздрава России N 1089н от 23 ноября 2021 года «Об утверждении Условий и порядка формирования листков нетрудоспособности в форме электронного

- документа и выдачи листов нетрудоспособности в форме документа на бумажном носителе в случаях, установленных законодательством Российской Федерации» [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_401703
9. Приказ Минздрава РФ от 10.04.2025 N 180Н «Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации» [Электронный ресурс] / Электронная база данных . Консультант-Плюс. – Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=494874&ysclid=mrbt5f5rgz89408748>
10. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 23 ноября 2021 г. N 1090н «Об утверждении Порядка осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации проверки соблюдения порядка выдачи, продления и оформления листов нетрудоспособности» [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим доступа: https://base.garant.ru/403132389/#block_2
11. Приказ Минздрава РФ от 11.04.2025 N 195Н «Об утверждении Порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности» [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_505218/?ysclid=mrbti6l3hi768830259
12. Постановление Правительства Российской Федерации № 2202 от 29 декабря 2025 года О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. - Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/413295394/>
13. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2011 N 347Н «Об утверждении формы бланка листка нетрудоспособности» [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_115337
14. Приказ Минздрава РФ Приказ Минздрава РФ от 14.04.2025 N 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_216975
15. Федеральный закон от 05.12.2022 N 473-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» (с изменениями и дополнениями)» [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим поиска: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_122459/?ysclid=mrbv0wyeiw694102928
16. Приказ Минздрава РФ Приказ Минздрава России от 21 августа 2025 года № 496н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования». [Электронный ресурс] / Электронная база данных Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/412514889/?ysclid=mrbv3lj6tu151857286>
17. Приказ Федерального фонда ОМС от 19.12.2013 № 260 «Порядок осуществления Федеральным фондом обязательного медицинского страхования контроля за соблюдением законодательства об обязательном медицинском страховании и за использованием средств ОМС» [Электронный ресурс] / Электронная база данных Консультант-Плюс. – Режим доступа: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_159201/2ff7a8c72de3994f30496a0ccbb1ddafdaddd518/

в) электронные образовательные ресурсы

Университет обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2016:

- Access 2016;
 - Excel 2016;
 - Outlook 2016;
 - PowerPoint 2016;
 - Word 2016;
 - Publisher 2016;
 - OneNote 2016.
1. ABBYY FineReader 11.0
 2. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SunRAV TestOfficePro
 3. Программное обеспечение «Среда электронного обучения 3KL»
 4. Компьютерная программа для статистической обработки данных SPSS
 5. Экспертная система обнаружения текстовых заимствований на базе искусственного интеллекта «Руконтекст»
 6. Справочно-правовая система Консультант Плюс

Обучающимся обеспечен доступ к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам:

- Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. - Режим доступа: www.geotar.ru. - электронная база данных и информационная система поддержки принятия
- клинических решений «ClinicalKey» (www.clinicalkey.com);
- университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);
- научная электронная библиотека eLIBRARY.RU (<http://www.elibrary.ru>);
- информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
- сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>); - доступ к базам данных POLPRED (www.polpred.ru);
- «МЕДАРТ» сводный каталог периодики и аналитики по медицине
- (<http://www.medart.komlog.ru>);
- электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского
- университета им. И.М. Сеченова;
- бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;
- федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191>
- официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru>; - Российское образование. Федеральный образовательный портал.
- //<http://www.edu.ru/>;
- официальный сайт Министерства образования и науки Российской Федерации // <http://минобрнауки.рф/>.