

Тема 3: ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ.

Мета заняття

Вивчити основи та особливості організації медичної допомоги сільському населенню, засвоїти зміст дій органів і закладів охорони здоров'я щодо оптимізації лікувально-профілактичної допомоги.

Обґрунтування мети. принципи організації лікувально-профілактичної допомоги міському та сільському населенню єдині. Проте типи розселення сільського населення, характер сільськогосподарського виробництва, стан шляхів сполучення та зв'язку, забезпеченість транспортом і інші чинники обумовлюють ряд особливостей організації медичної допомоги сільському населенню. Знання особливостей та завдань організації лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню дає можливість правильно оцінити її стан і розробити заходи стосовно покращання медичного забезпечення відповідного контингенту на конкретній території.

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- організаційні особливості надання лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню; завдання та структуру провідних лікувально-профілактичних закладів;
- задачі охорони здоров'я сільського населення на перспективу та шляхи їх вирішення..

вміти:

- оцінювати стан медичної допомоги сільському населенню у взаємозв'язку з основними показниками здоров'я цього контингенту;
- розробляти управлінські рішення стосовно покращання лікувально-профілактичної допомоги.

Питання для вхідного контролю знань:

1. Характеристика демографічної ситуації в сільській місцевості.
2. Характеристика захворюваності сільського населення України.
3. Чинники, які визначають потребу у медичній допомозі сільському населенню.
4. Особливості організації лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню.
5. Етапи надання медичної допомоги сільському населенню, заклади різних етапів.
6. Специфіка організації медичної допомоги населенню на I етапі. Заклади I етапу.
7. Фельдшерсько-акушерський пункт. Структура та завдання.
8. Сільська дільнична лікарня. Структура та завдання.
9. Сільська лікарська амбулаторія. Структура та завдання.
10. Сучасні аспекти реформування медичної допомоги на I етапі. Перспективи розвитку.
11. Специфіка організації медичної допомоги населенню на II етапі. Заклади II етапу.
12. Значення центральної районної лікарні (ЦРЛ) у системі медичного забезпечення сільського населення. Завдання та структура ЦРЛ.
13. Сутність організаційно-методичної роботи ЦРЛ.
14. Роль районних спеціалістів у організації лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню.
15. Організація екстреної медичної допомоги сільському населенню.
16. Специфіка організації медичної допомоги населенню на III етапі. Заклади III етапу.
17. Обґрунтування необхідності в організації IV етапу медичної допомоги населенню
18. Структура обласної лікарні, особливості діяльності її основних підрозділів.
19. Проблеми забезпечення амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги сільському населенню, заходи щодо їх вирішення.
20. Основна облікова документація поліклініки та стаціонару, зміст і порядок її заповнення.
21. Значення розвитку сімейної медицини для організації медичної допомоги сільському населенню в Україні.
22. Реформування системи медичної допомоги сільському населенню на сучасному етапі.
23. Госпітальний округ. Принцип побудови, набір закладів.
24. Характеристика діяльності основних закладів, що належать до госпітального округу.

Міністерством охорони здоров'я розроблено проект постанови Кабінету Міністрів України «**Про затвердження Порядку створення госпітальних округів**» з метою реалізації Закону України від 07.07.2011 № 3612-VI «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві».

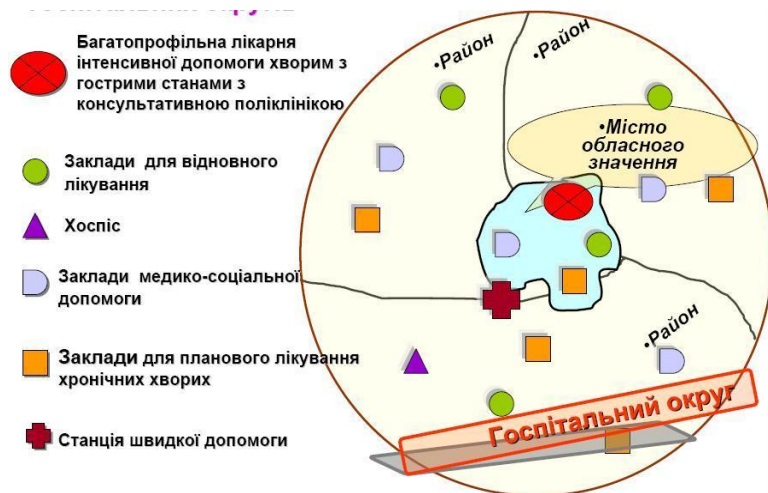
Проект постанови визначає:

- порядок створення госпітальних округів, як організаційно-функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я, що надають вторинну медичну допомогу;
- перелік закладів охорони здоров'я, що входять до складу госпітальних округів;
- встановлює нормативи та вимоги, що мають враховуватися при їх формуванні.

Структура госпітального округу включає:

- багатопрофільну лікарню інтенсивного лікування (організується на базі потужних центральної районної або міської лікарні);
- лікарні для планового лікування хронічних хворих у кожному сільському адміністративному районі, місті без районного поділу або в районі міста з районним поділом (організуються на базі центральної районної або міської лікарні, що не задіяні як лікарні для інтенсивного або відновного лікування, хоспісної допомоги);
- лікарні для відновного лікування – відповідно до потреби;
- заклади медико-соціальної допомоги / сестринського догляду (всі зазначені типи закладів організуються на базі центральної районної або міської лікарні, які не задіяні як лікарні для інтенсивного лікування);
- хоспіс – один на округ.

Діагностичні дослідження для потреб первинної ланки та планова амбулаторна спеціалізована допомога будуть надаватися поліклінічними відділеннями лікарень планового лікування або консультативно-діагностичними поліклініками. У гострих випадках амбулаторна спеціалізована допомога буде надаватися спеціалістами лікарень для надання інтенсивної допомоги. Планується поступове, виважене об'єднання багатопрофільних і монопрофільних або спеціалізованих закладів.



Госпітальний округ – організаційно-функціональне об'єднання закладів охорони здоров'я пілотного регіону, які створюються з метою впорядкування їх мережі для задоволення потреби населення однієї або кількох адміністративно-територіальних одиниць такого регіону у вторинній (спеціалізованій) медичній допомозі.

Госпітальні округи створюються із розрахунку – один госпітальний округ на чисельність населення від 120 до 350 тис жителів в залежності від щільності та характеру розселення населення, його статевовікової структури, стану транспортних комунікацій та інших регіональних особливостей:

адміністративно-територіального устрою регіону, географічного розташування, перспективи соціально-економічного розвитку регіону та урахування думки громад на основі критеріїв оптимізації мережі, що затверджуються центральним органом виконавчої влади у сфері охорони здоров'я.

Центр первинної медичної допомоги (ЦПМД) (див. тему: «Сімейна медицина»).

Структурні підрозділи ЦПМД: дільнична лікарня, амбулаторія, ФАП, ФП

Примітка: Кількість лікарень, ФАПів, ФП залежить від щільності проживання населення, географічної протяжності району, кількості та віддаленості населених пунктів (норматив не передбачено); амбулаторія (норматив більше 1000 населення яке проживає на території обслуговування); відділення невідкладної допомоги (не передбачено). Надання невідкладної допомоги це функція лікаря ПМД.

Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини є підрозділом ЦПМД (див. тему: «Сімейна медицина»)

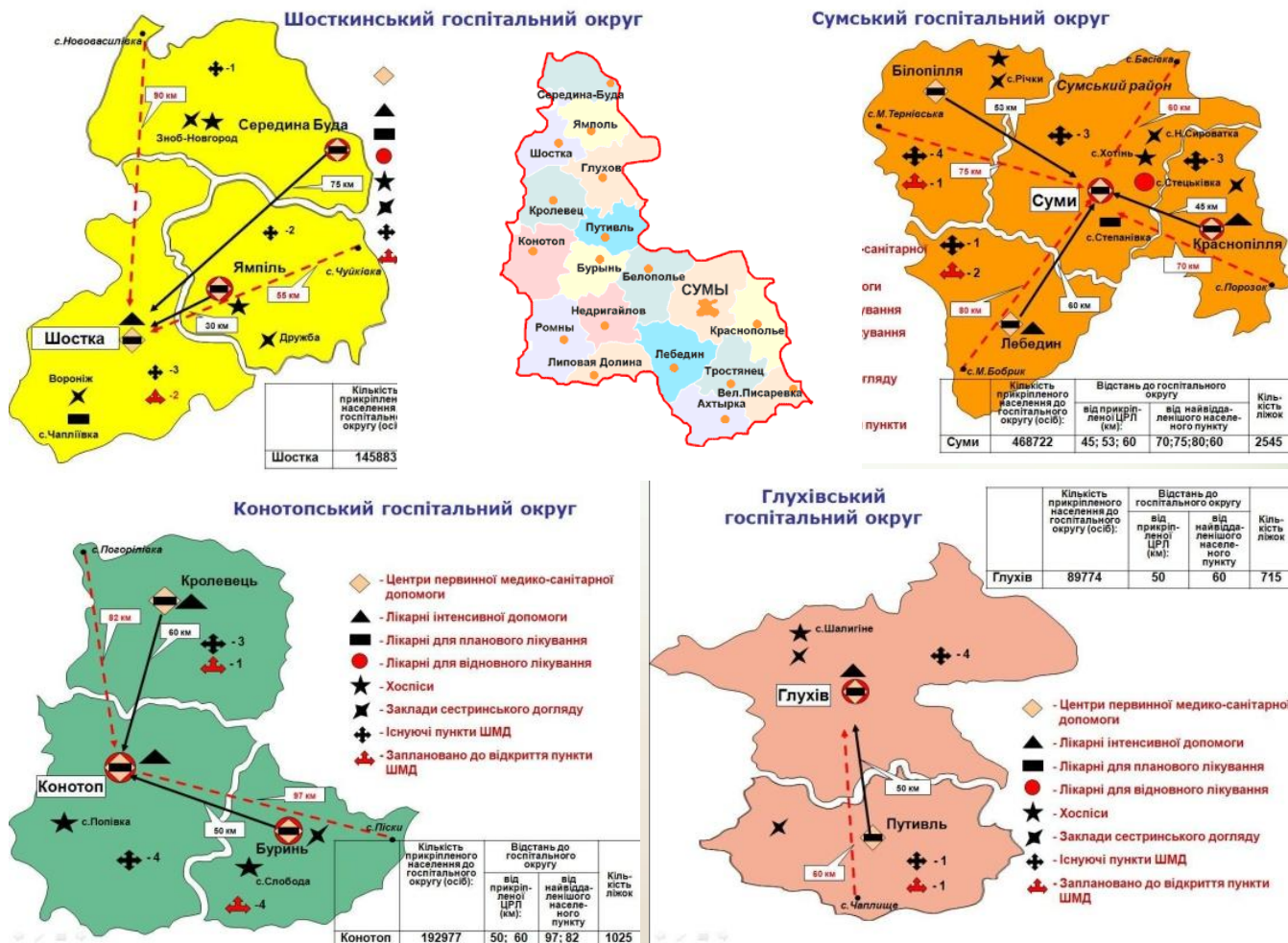
Фельдшерсько-акушерський (фельдшерський пункт (ФАП/ФП)) є підрозділом амбулаторного ЦПМД, що забезпечує надання долікарської допомоги. Створюється у населеному пункті з населенням 300 осіб і більше, очолює завідувач

Завдання	<ul style="list-style-type: none"> • Надання долікарської та невідкладної медичної допомоги • Участь у наданні екстреної медичної допомоги • Організація ПМД у ФАП/ФП лікарями амбулаторії • Участь у наданні медичної допомоги у медичних пунктах тимчасового базування (МПТБ) • Проведення просвітницької роботи серед населення з питань профілактики основних епідемічних та неепідемічних захворювань • Забезпечення ефективного використання ресурсів ФАП/ФП
Забезпечення	<ul style="list-style-type: none"> • Вчасне виконання призначень лікарів в умовах ФАП/ФП та вдома • Спостереження за розвитком дітей і підлітків та інформування лікаря про його результати • Скерування пацієнта на консультацію до лікарів амбулаторії, а в разі необхідності виклик лікаря у ФАП/ФП • Організація огляду пацієнтів лікарями амбулаторії з метою диспансеризації • Здійснення протиепідемічних заходів щодо епідемічних та паразитарних хвороб під керівництвом лікаря • Контроль за перебігом хронічних неепідемічних захворювань під керівництвом лікаря
Має право	<ul style="list-style-type: none"> • Самостійно викликати бригади швидкої медичної допомоги • За погодженням з лікарем планувати роботу та затверджувати графік роботи ФАП/ФП та відвідування МПТБ • Проведення просвітницької роботи серед населення з питань профілактики основних епідемічних та неепідемічних захворювань

ПОЛОЖЕННЯ про медичний пункт тимчасового базування

Медичний пункт тимчасового базування (МПТБ) організовується з метою підвищення доступності для населення первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ПМД) та долікарської медичної допомоги для населення віддалених від місця розташування амбулаторій та ФАП/ФП населених пунктів, працівників підприємств, установ та організацій. МПТБ є місцем тимчасового базування медичного персоналу амбулаторії, ФАП/ФП, не входить у структуру ЦПМД та не має власної структури.

Госпітальні округи у Сумській області



Ситуаційна задача для обговорення

Оцініть наведені дані. Яких даних бракує та які додаткові показники потребують аналізу? Зробіть висновки стосовно стану здоров'я населення району та діяльності закладів охорони здоров'я. Дайте рекомендації щодо поліпшення ситуації в районі.

За даними про **здоров'я населення району** у звітному році:

- демографічна ситуація характеризується низьким рівнем народжуваності (8,0% проти 9,5% в минулому році);
- загальна захворюваність населення за всіма нозологічними формами зменшилась з 23,5 до 22,4 на 10 тис. населення;
- первинна захворюваність також зменшилась на 4,3 %;
- первинна інвалідність в працездатному віці знизилась на 20% (з 54,72 до 45,9 на 10 тис. населення; в області 49,5);
- рівень травматизму населення зменшився як в цілому по району, так і серед дитячого населення;
- захворюваність всіма формами туберкульозу зросла з 16,8 до 63,8 на 100 тис. населення, доля занедбаних випадків складає 50%;
- залишається високою захворюваність злоякісними новоутвореннями; збільшилась на 2% частка хворих, виявлених під час профоглядів (33%); занедбаних випадків зовнішньої локалізації не зареєстровано.

За даними про **діяльність закладів охорони здоров'я** у звітному році у районі:

- кількість відвідувань до сімейних лікарів та лікарів поліклініки в середньому по району зросла на 21%;
- кількість операцій, виконаних в амбулаторно-поліклінічних умовах, зменшилась у порівнянні з минулим роком на 8,3%, число амбулаторних операцій складає 552,5 на 10 тис. населення;
- потужність ліжкового фонду на кінець 2013 року становить 119 ліжок;
- рівень забезпеченості населення району ліжками цілодобового стаціонару загалом складає 43,6 проти минулорічного 53,1 на 10 тис. населення;
- зайнятість стаціонарного ліжка загалом на рівні 338,9 проти 333,5 у минулому році.
- обсяги оперативних втручань, виконаних населенню району, зменшились на 13%. питома вага втручань, здійснених в ургентному порядку в порівнянні з минулим роком зросла на 34%; післяопераційна летальність становить 0,2%.

Логічна структура теми

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ

УМОВИ, ЩО ВЛИВАЮТЬ НА ОРГАНІЗАЦІЮ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	соціально-економічні умови	медико-демографічні особливості	стан захворюваності та інвалідності	природні умови	розвиток інфраструктури загалом і мережі медичних закладів зокрема
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	надання медичної допомоги за принципом етапності	значна питома вага долікарської медичної допомоги		створення пересувних та виїзних форм надання медичної допомоги	
ЕТАПИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	I ЕТАП заклади сільської лікарської дільниці	II ЕТАП районні медичні заклади	III ЕТАП обласні медичні заклади	IV ЕТАП міжобласний	
	<ul style="list-style-type: none"> дільнична лікарня, амбулаторія, фельдшерсько-акушерські пункти 	<ul style="list-style-type: none"> центральна районна лікарня, районна лікарня, центральна районна аптека, районні управління головного управління Держсанепідслужби в області 	<ul style="list-style-type: none"> обласні лікарні (для дорослих та дітей), диспансери, станція переливання крові, біро судмедекспертизи головне управління Держсанепідслужби в області 	<ul style="list-style-type: none"> спеціалізовані медичні центри, клініки НДІ, ВНМЗ 	
ВИДИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	первинна	вторинна (спеціалізована)	третинна (вузькоспеціалізована, високкокваліфікована та високотехнологічна)		
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	<ul style="list-style-type: none"> профілактичний характер, з метою попередження ускладнень вагітності та виникнення гінекологічних захворювань. жінки спостерігаються 6-8 р. за весь термін вагітності 	<ul style="list-style-type: none"> спостереження за вагітними без ускладненого перебігу вагітності, жінки спостерігаються не менш 6-8 разів на допологовому етапі. спостереження за вагітними високого ступеню акушерського та перинатального ризику проводиться постійно акушером-гінекологом 	<ul style="list-style-type: none"> забезпечується належне виконання обсягу медичного обстеження, який не може бути здійснений на попередніх етапах. Складається індивідуальний план спостережень для медичного персоналу перших двох етапів. вагітні вкрай високого ступеню ризику знаходяться під динамічним спостереження спеціалістів III етапу. 		
ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ	Амбулаторну-поліклінічну допомогу (патронаж, профогляди, диспансерне спостереження, щеплення) здійснюють педіатри, лікарі ЗПСМ та середні медичні працівники в дільничних лікарнях, амбулаторіях та на ФАПх.	Спеціалізовану амбулаторно-поліклінічну допомогу дітям забезпечують 4-6 фахівців, а також 18-20 спеціалістів, які обслуговують доросле населення. Їм виділяють певні години для прийому дітей. Стационарну допомогу надають у педіатричному відділенні центральної районної лікарні. Спеціалізовану допомогу з різних профілів можуть забезпечувати інші відділення ЦРЛ (для дорослих).	Високоспеціалізовану (та подекуди спеціалізовану) допомогу здійснюють у консультативній поліклініці обласної дитячої лікарні, багатпрофільній обласній дитячій та спеціалізованих дитячих лікарнях, у медичних центрах (перинатальний, дитячої кардіології та кардіохірургії).		
НАПРЯМИ РОЗБУДОВИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ	<p><i>Реформування лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню має проводитись з урахуванням наступності та взаємодії ЛПЗ усіх етапів і раціонального розподілу ресурсів між ними. Воно передбачає:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> скорочення ліжкового фонду дільничних лікарень; використання скорочених ліжок дільничних лікарень як медико-соціальних і для відділень сестринського догляду; заміна звичної трьохетапної системи надання стаціонарної допомоги двохетапною; поширення стаціонарозамінної допомоги – <i>денних стаціонарів</i> розвиток швидкої та невідкладної допомоги 				