

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.Богомольця
кафедра організації охорони здоров'я та соціальної медицини**

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА, ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я
модуль
«ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до практичних занять
для студентів медичних факультетів
вищих навчальних закладів IV рівня акредитації**

Київ 2015

Методичні рекомендації підготовлено колективом кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини Національного медичного університету імені О.О. Богомольця у складі:

- **Грузєва Т.С.**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри;
- **Литвинова Л.О.**, кандидат медичних наук, доцент кафедри;
- **Гречишкіна Н.В.**, кандидат медичних наук, доцент кафедри;
- **Замкевич В.Б.**, кандидат медичних наук, доцент кафедри.

Затверджено на навчально-методичній нараді кафедри організації охорони здоров'я та соціальної медицини, протокол № 18/15 від «20» травня 2015 р.

Анотація:

У посібнику викладено методичні рекомендації щодо проведення практичних занять у відповідності до нової програми дисципліни «Соціальна медицина, організація охорони здоров'я», яка затверджена МОЗ України для студентів медичних факультетів вищих навчальних закладів IV рівня акредитації. До кожного заняття сформульовано мету заняття, навчально-цільові задачі, перелік практичних навичок, питання для вхідного контролю знань студентів, ситуаційні задачі для обговорення в групі, граф-логічні структури.

ЗМІСТ

№ теми	Теми практичних занять	Ст. методичних рекомендацій	Ст. підручника*
МОДУЛЬ №3 «ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»			
1	Зміст і організація роботи сімейного лікаря та закладів сімейної медицини.	3-14	315-323 309-314
2	Організація та зміст роботи стаціонарів різних рівнів, облік і аналіз їх діяльності. Стаціонарозамінні форми надання медичної допомоги.	15-24	338-347 323-338
3	Організація медичної допомоги сільському населенню.	25-28	348-361
4	Організація та зміст роботи закладів, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу.	29-43	397-422 202-231
5	Організація та зміст роботи дитячих поліклінік і лікарень, облік та аналіз їх діяльності.	44-56	422-442 388-395
6	Аналіз діяльності служби екстреної (швидкої) медичної допомоги.	57-64	362-371
7	Методика експертизи тимчасової втрати працездатності, порядок її здійснення.	65-78	472-488 488-497
8	Методика проведення експертних оцінок якості медичної допомоги населення.	79-84	444-471
9	Методика прийняття управлінських рішень. Управління персоналом.	85-90	498-518
	Виконання індивідуальної роботи студента**		
10	Підсумковий модульний контроль		
	Плани лекцій	91	
	Перелік тем для індивідуальної роботи студента (ІРС)	92	
	Перелік теоретичних питань для підготовки до ПМК	93	
	Рекомендована література	94	

* для підготовки до Модулю №3 вказано сторінки підручника «Громадське здоров'я» /За ред. В.Ф.Москаленка. – Вінниця: «Нова книга», 2012. – 560 с.

** за бажанням студента

Тема 1: ЗМІСТ І ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА ЗАКЛАДІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.

Мета заняття

Вивчити основи надання населенню первинної медичної допомоги (ПМД), порядок та особливості організації її на різних етапах. Визначити функції окремих медичних закладів, які надають ПМД, завдання і зміст діяльності лікаря загальної практики-сімейної медицини (ЗП/СМ). Опанувати методiku аналізу роботи лікаря і окремих закладів сімейної медицини, розробити заходи по забезпеченню надання якісної ПМД.

Обґрунтування мети: У відповідності зі змінами до Основ законодавства України про охорону здоров'я (щодо удосконалення надання медичної допомоги №3671-VI, редакція від 07.07.2011р.) термін «первинна медико-санітарна допомога» (ПМСД) змінена на «первинну медичну допомогу» (ПМД). ВООЗ визнає первинну медичну допомогу в якості пріоритетної в системі охорони здоров'я, однією з основних її складових. Основну роль в ній відіграє лікар загальної практики – сімейний лікар (ЛЗП/СЛ). Стратегія ВООЗ в Європейському регіоні реалізується в рамках політики «Здоров'я – XXI», мета якої – можливість для всіх людей в повній мірі реалізувати свій потенціал здоров'я. Основні цілі: зміцнення і охорона здоров'я людей протягом всього життя; зниження поширеності і зменшення страждань, причинених хворобами, травмами.

Навчально-цільові завдання

Студенти повинні:

знати:

- визначення поняття первинна медична допомога (ПМД);
- принципи організації ПМД, особливості організаційних моделей сімейної медицини в різних країнах;
- задачі, основні функції, особливості роботи лікаря ЗП/СМ;
- критерії – індикатори якості ПМД;
- методiku обчислення та аналізу діяльності закладів сімейної медицини і окремих лікарів, вплив провідних факторів, які визначають якість роботи ЗП/СМ.

вміти:

- заповнювати облікові документи, які використовуються в практичній роботі ЗП/СМ;
- визначати ефективність діяльності лікаря ЗП/СМ, давати їй оцінку і рекомендації по підвищенню якості надання допомоги окремими закладами, лікарями ЗП/СМ.

Питання для вхідного контролю знань:

1. Визначення поняття: медична допомога, первинна медична допомога, лікуючий лікар, лікар загальної практики.
2. Основні нормативно-правові документи, які регламентують розвиток ПМД.
3. Основні принципи надання ПМД,
4. Коли вперше і де було визнано необхідність переходу обслуговування населення за принципом первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)?
5. Які існують особливості медичної допомоги на першому, другому і третьому рівнях її надання?
6. Проблеми, які виникають при переході обслуговування від традиційної (дільничний терапевт) системи до реформованої (лікар загальної практики – сімейний лікар).
7. Які існують відмінності в наданні допомоги на першому рівні дільничним терапевтом і лікарем ЗП/СМ?
8. Моделі організації роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря – порівняльна характеристика.
9. В який спосіб формується контингент для обслуговування лікарем (амбулаторією) ЗПСМ? Який розмір дільниці сімейного лікаря?
10. Основні зобов'язання і права лікаря загальної практики – сімейного лікаря.
11. Основні зобов'язання і права медичної сестри загальної практики – сімейної медицини.
12. Що повинен знати та вміти лікар загальної практики-сімейний лікар відповідно до вимог фаху.
13. Амбулаторія сімейної медицини, завдання, структурні підрозділи.
14. Відділення загальної практики – сімейної медицини, завдання, структурні підрозділи.
15. Центр первинної медичної допомоги, структура, функції.
16. Поліклініка та Центр первинної медичної допомоги: порівняльна характеристика.
17. Клініко-діагностичний центр: функції та завдання.
18. Групова лікарська практика. Які переваги в порівнянні з індивідуальною практикою?
19. Правила госпіталізації населення, яке проживає на території обслуговування сімейним лікарем.
20. Стаціонарозамінні форми медичної допомоги, що використовуються в сімейній медицині.
21. Облікова та звітна документація у закладах сімейної медицини.
22. Основні показники діяльності закладів загальної практики – сімейної медицини.
23. Правові засади роботи сімейного лікаря.
24. Розвиток ПМД за кордоном.

**Перелік основних обліково-звітних документів, які застосовують
для реєстрації та аналізу роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря**

- Примірний договір про медичне обслуговування сім'ї між сім'єю і лікарем загальної практики – сімейним лікарем
- Примірний договір про надання первинної медико-санітарної допомоги населенню між лікарем загальної практики – сімейним лікарем і територіальним медичним об'єднанням (районною державною адміністрацією)
- Медичний паспорт сім'ї
- Паспорт дільниці прикріпленого населення лікаря загальної практики – сімейної медицини
- Карта – журнал медичної допомоги сім'ям
- Посімейний журнал дільниці сімейного лікаря ф. 025-8-1/о
- Направлення на консультацію в діагностичні кабінети, в лабораторії та результати обстежень ф. 028-1/о
- Журнал запису пологової допомоги вдома ф. 032/о

**Амбулаторія загальної практики – сімейної медицини
є підрозділом центру первинної медичної допомоги (ЦПМД)**

Основні функції	<ul style="list-style-type: none"> • Забезпечує проведення комплексу профілактичних заходів з попередження захворюваності, інвалідності і смертності • Надає прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню безоплатну первинну медичну допомогу (ПМД) в тому числі і невідкладну в умовах амбулаторії, денного стаціонару та вдома • Здійснює диспансеризацію окремих категорій населення та моніторинг за станом здоров'я 		
Основні завдання	<ul style="list-style-type: none"> • Організація надання населенню долікарської допомоги підпорядкованими ФАП/ФП • Раннє виявлення неінфекційних захворювань, та соціально-небезпечних захворювань, своєчасне амбулаторне обстеження, лікування, направлення при необхідності на консультацію чи госпіталізацію на вищий рівень, складання медичного маршруту пацієнта, видача направлення • Надання невідкладної допомоги та забезпечення транспортування хворого в заклади охорони здоров'я для надання вторинної (спеціалізованої) (ВМД), або третинної (високоспеціалізованої) (ТМД) медичної допомоги, забезпечення наступності в закладах ВМД та ТМД • Проведення експертизи втрати працездатності та видача документів при тимчасовій непрацездатності і направлення осіб з ознаками стійкої непрацездатності до МСЕК • Проведення профілактичних щеплень • Проведення санітарно-протиепідемічних заходів на прикріпленій території • Проведення санітарно-просвітницької роботи та роботу по формуванню здорового способу життя • Здійснення диспансеризації населення • Надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань • Організаційно-методичне керівництво і контроль за діяльністю прикріплених ФАПів 		
Структура	<ul style="list-style-type: none"> • Реєстратура • Кабінети прийому лікарів • Стоматологічний кабінет • Оглядовий кабінет 	<ul style="list-style-type: none"> • Маніпуляційний кабінет • Процедурна • Лабораторія для експрес-діагностики • Стерилізаційна 	<ul style="list-style-type: none"> • Кабінет щеплення • Фітотерапевтичний кабінет • Палати денного стаціонару • Допоміжне приміщення
Оснащення	Відповідно до затверджених нормативів у встановленому порядку		

Відділення загальної практики - сімейної медицини

Організовується	<ul style="list-style-type: none"> • Як структурний підрозділ амбулаторно-поліклінічного закладу при наявності 3-х і більше посад лікарів • Для надання кваліфікованої ПМД в тому числі і невідкладної допомоги населенню прикріпленому за сімейно-територіальним принципом 		
Основні завдання	<ul style="list-style-type: none"> • Направлення хворих на консультацію до лікарів іншої спеціальності поліклініки та за домовленістю до інших медичних закладів • Організація проведення консиліумів та залучення фахівців поліклініки та інших медичних закладів • Організація, при наявності показань, направлення хворих у стаціонар • Проведення експертизи працездатності • Організація та проведення диспансеризації населення дільниці • Організація та проведення санітарних протиепідемічних заходів на дільниці • Санітарно-освітня робота серед населення, пропаганда здорового способу життя • Консультування населення з медико-соціальних, психологічних питань та питань планування сім'ї 		
Структура	<ul style="list-style-type: none"> • Кабінети прийому лікарів • Операційно-перев'язувальний блок 	<ul style="list-style-type: none"> • Оглядовий кабінет • Лабораторія • Маніпуляційний кабінет 	<ul style="list-style-type: none"> • Фізіотерапевтичний кабінет • Кабінет функціональної діагностики
Штати	<ul style="list-style-type: none"> • 1 посада лікаря ЗП/СМ лікаря на 1100 – 1200 осіб дорослого і дитячого населення в сільській місцевості і 1400 – 1500 осіб у міській місцевості • 3 посади медичних сестер на 1 посаду лікаря ЗП/СМ 		
Обстеження і лікування проводиться	В діагностичних службах закладу, в складі якого функціонує відділення сімейної медицини та за домовленістю в інших лікувально-профілактичних закладах		

Центр первинної медичної допомоги (ЦПМД)

Основні завдання	<ul style="list-style-type: none"> • Організація надання прикріпленому населенню ПМД • Організація взаємодії із закладами охорони здоров'я, що надають вторинну, третинну та екстрену медичну допомогу • Організація надання невідкладної медичної допомоги • Проведення організаційно-методичної роботи • Здійснення фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення ПМД • Забезпечення взаємодії між підрозділами ПМД
Забезпечує	<ul style="list-style-type: none"> • Надання населенню ПМД • Реалізацію права громадян вільно вибирати лікаря, що надає ПМД • Наступність та послідовність обстеження та реабілітації пацієнтів • Скерування пацієнта для отримання допомоги на наступних рівнях медичної допомоги • Здійснення диспансеризації населення • Надання паліативної допомоги • Проведення санітарно-просвітницької роботи • Раннє виявлення неінфекційних та соціально-небезпечних захворювань • Проведення разом з державною сан-епід. службою профілактики інфекційних захворювань • Проведення експертизи працездатності • Виписку рецептів для пільгового забезпечення медикаментами окремих груп населення
Структура	<ul style="list-style-type: none"> • Адміністративна частина (управління) • Господарська частина • Лікувально-профілактична частина

Примітка: Дітям до 2020 року можуть надавати допомогу педіатри, далі – сімейні лікарі (здоровим дітям), вагітним при фізіологічному перебігу протягом всього періоду вагітності; можливе і прийняття пологів

Денні стаціонари структурно не входять до складу Центру (це форма обслуговування). В кожній амбулаторії повинно бути від 1 до декількох ліжок (кушеток) в залежності від штату, для проведення довготривалих лікувально-діагностичних процедур, які здійснює лікар, або молодший персонал з медичною освітою.

Керівництво Центру – головний лікар (сімейний лікар, або терапевт або педіатр (до 2020 року)). Крім стоматолога. Керівництво іншими підрозділами – завідувачі.

В Центрах повинні працювати сімейні лікарі та сімейні медичні сестри (фельдшери, акушерки, медичні сестри можуть перекваліфікуватися на сімейну медичну сестру (в цьому випадку зберігається надбавка за безперервність роботи на попередньому місці).

При реорганізації лікарень (поліклінік) та створення Центрів ПМД діагностичні підрозділи (лабораторії, функціональна та променева діагностика) стають підрозділами **консультативно-діагностичних центрів** (у складі лікарень, або самостійними). Проводять відповідні дослідження не тільки для вторинної, а також і для ПМД.

Центр укладає договір з іншими комунальними та державними закладами охорони здоров'я про проведення діагностичних досліджень, для виконання яких відсутні умови в Центрі. В Центрах можуть застосовуватись експрес-тести, або проводять дослідження з використанням обладнання з високим ступенем автоматизації.

Консультативно-діагностичний центр

(заклад охорони здоров'я, що входить до складу госпітального округу)

Забезпечує	<ul style="list-style-type: none"> • Надання консультативно-діагностичної допомоги дорослим та дітям з неінфекційними, інфекційними, хірургічними, акушерко-гінекологічними та стоматологічними захворюваннями за направленнями лікарів ЗПСМ, інших закладів госпітального округу та інше. • Організаційно-методичну роботу для всіх закладів госпітального округу • Взаємодію із закладами I та III рівнів • Клінічна, учбова база для вищих та середніх навчальних закладів III-IV рівнів акредитації
Структура	Автоматизована реєстратура
	Терапевтичне відділення з кабінетами лікарів: терапевта, кардіолога, ревматолога, пульмонолога, гастроентеролога, гематолога, ендокринолога, невропатолога, психіатра, нарколога, дерматовенеролога, алерголога, імунолога, фізіотерапевта, нефролога, інфекціоніста
	Педіатричне відділення з кабінетами лікарів: педіатра, кардіоревматолога дитячого, педіатра-неонатолога, пульмонолога дитячого, гастроентеролога дитячого, гематолога дитячого, ендокринолога дитячого, невролога дитячого, психолога дитячого, дерматовенеролога дитячого, алерголога дитячого, імунолога дитячого, нефролога дитячого, логопеда, інфекціоніста дитячого
	Хірургічне відділення з кабінетами лікарів: хірурга, ортопеда-травматолога, ЛОР, уролога, хірурга-проктолога, офтальмолога, офтальмолога дитячого, ЛОР дитячого, ортопеда-травматолога дитячого, мала операційна
	Акушерсько-гінекологічне з кабінетами лікарів: акушера-гінеколога, планування сім'ї
	Стоматологічне відділення з кабінетами лікарів: терапевта, хірурга, ортопеда
	Діагностична служба, відділення діагностики: променевої, ультразвукової, ендоскопічної, функціональної
	Допоміжні відділення: центральне стерилізаційне, медичної статистики та контролю якості медичної допомоги, архів
	Кабінет телемедичного консультування

ПОРЯДОК НАПРАВЛЕННЯ ТА ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ

пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану (вторинну) медичну допомогу (ВМД)

	Порядок направлення*	
	Планове	Екстрене
Здійснюється	Лікарем загальної практики – сімейним лікарем, лікарями-спеціалістами	Лікарем загальної практики – сімейним лікарем, службою екстреної чи невідкладної медичної допомоги
Показання	<ul style="list-style-type: none"> - якщо подальше лікування не може бути забезпечене в амбулаторно-поліклінічних умовах, денних стаціонарах; - у разі необхідності проведення діагностичних обстежень; - для отримання необхідної консультації; - для проведення стаціонарного лікування у разі загострення хронічних захворювань; - у разі потреби в довгостроковому перебуванні та догляді пацієнта; - для проведення повторних курсів протирецидивної терапії; - для проведення планових оперативних втручань (катаракта, аденома передміхурової залози, грижі, хронічні калькульозні холециститу тощо); - для проведення ранньої та пізньої реабілітації хворих після стаціонарного лікування; - для проведення консультацій з метою профілактики інвалідності. 	<ul style="list-style-type: none"> - раптове погіршення стану здоров'я пацієнта з порушенням функцій органів і систем; - гострий розвиток захворювання з вираженою гіпертермічною реакцією, інтоксикацією; - інтенсивний біль будь-якої локалізації; - вперше виявлене порушення серцевого ритму або аритмії з порушенням вітальних функцій; - кровотеча будь-якої етіології та локалізації; - ускладнення вагітності та післяпологового періоду; - отруєння і травми.

***Пацієнт може звернутись до закладу ВМД без направлення лікаря самостійно за умови** необхідності в наданні екстреної медичної допомоги: гострі невідкладні стани: травми, отруєння, гострий біль у ділянці серця та в животі, порушення серцевої діяльності, гостре порушення мови, кровотечі та ін.; раптове погіршення стану здоров'я дітей у віці до трьох років; ускладнення вагітності та післяпологового періоду; пологи. А також у разі звернення до лікаря акушер-гінеколога та лікаря-стоматолога.

	Порядок госпіталізації	
	Планова**	Екстрена
Показання	<p>абсолютні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - необхідність у проведенні спеціалізованої медичної допомоги; - відсутність ефекту від проведеного амбулаторного лікування; - проведення різних видів експертиз. <p>відносні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - неясні та складні для діагностики випадки; - медико-соціальний відхід. 	<p>абсолютні – див. показання до направлення</p> <p>відносні:</p> <ul style="list-style-type: none"> - складні для діагностики та лікування випадки, що потребують інтенсивної терапії та цілодобового медичного спостереження; - відсутність можливості забезпечити в стислі терміни (до 3 днів) пацієнту в амбулаторно-поліклінічних умовах проведення необхідних консультацій лікарів-спеціалістів, діагностичних процедур та лікування, у тому числі лихоманка протягом 5 днів, тривалий субфебрилітет неясної етіології, інші випадки.

****планова госпіталізація пацієнта** забезпечується в оптимальний попередньо погоджений термін із зазначенням дати і часу, про що вказується у направленні, при умові наявності показань для госпіталізації.

- максимальний час очікування на госпіталізацію визначається чергою на планову госпіталізацію; у разі, якщо немає змоги госпіталізувати пацієнта у призначену дату, заклад охорони здоров'я повідомляє пацієнта не пізніше, ніж за 3 дні до дати планової госпіталізації та погоджує з ним нову дату госпіталізації.

- максимальний термін очікування на госпіталізацію не може перевищувати двох місяців з часу направлення на госпіталізацію, онкологічного хворого - одного місяця;

- планова госпіталізація передбачає подання пацієнтом документу, що засвідчує особу, направлення на госпіталізацію та медичної документації, що підтверджує результати проведеного обстеження в амбулаторно-поліклінічних умовах відповідно до Переліку обсягу діагностичних обстежень для планової госпіталізації пацієнта;

- строки обстеження, проведеного в амбулаторних умовах, не повинні перевищувати 30 днів.

ПЕРЕЛІК обсягу діагностичних обстежень для планової госпіталізації пацієнта

1. Перелік обстежень, що є обов'язковими для всіх категорій хворих, які госпіталізуються до закладів ВМД:

- загальний аналіз крові та сечі;
- серологічне дослідження крові на сифіліс;
- аналіз калу на яйця глистів, зіскрібок на ентеробіоз дітям до 18 років;
- флюорографія органів грудної клітки або рентгенографія органів грудної клітки (пряма проекція);
- електрокардіографія (для осіб, старше 18 років);
- дані про наявність профілактичних щеплень.

- аналіз крові на Hbs-ag, анти-HCV (для пацієнтів, які госпіталізуються до відділень гемодіалізу, серцево-судинної та торакальної хірургії, гематології, а також направлених для планового оперативного лікування);

- аналіз крові на ВІЛ-інфекцію (у разі позитивного результату аналізу крові на Hbs-ag, анти-HCV у пацієнтів, які госпіталізуються до відділень гемодіалізу, серцево-

судинної та торакальної хірургії, гематології, а також направлених для планового оперативного лікування);

- тромбоцити крові, час кровотечі, час згортання крові (для пацієнтів, які госпіталізуються до відділень хірургічного профілю);

- група крові, резус-фактор (для пацієнтів, які госпіталізуються до відділень хірургічного профілю);

- біохімічний аналіз крові (білірубін, протромбіновий індекс) (для пацієнтів, які госпіталізуються до відділень хірургічного профілю);

- огляд гінеколога (для хворих жіночої статі), лікаря-уролога (для чоловіків);

2. Перелік додаткових обстежень для хворих, які госпіталізуються до закладів ВМД, визначається стандартами та уніфікованими клінічними протоколами.

		Код форми за ДКУД _____
		Код закладу за ЄДРПОУ _____
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Найменування закладу		ФОРМА № _____
		Затверджено наказом МОЗ України
		Від _____ р. № _____
НАПРАВЛЕННЯ		
на госпіталізацію _____ (профіль відділення), консультацію лікаря-спеціаліста _____ (зазначити спеціальність) (необхідно підкреслити)		
1.	Прізвище, ім'я та по батькові	
2.	Паспорт _____ (серія, номер)	
3.	Дата народження _____ (число, місяць, рік)	4. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2 <input type="checkbox"/>
4.	Адреса постійного місця проживання та телефон: _____	
5.	Проживає в районі обслуговування: так – 1, ні – 2 <input type="checkbox"/>	
6.	Адреса тимчасового місця проживання та телефон: _____	
7.	Контингенти: інваліди війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; інші інваліди – 4; постраждалі від аварії на ЧАЕС - 5, інші контингенти - 6	
8.	Працює: так – 1; ні – 2 <input type="checkbox"/>	
9.	Діагноз згідно з Міжнародною класифікацією хвороб, код	
	основний _____ <input type="checkbox"/>	
	супутній _____	
10.	Мета госпіталізації (консультації) _____	
11.	Дані про епідеміологічний анамнез	
12.	Дані про профілактичні щеплення	
13.	До направлення додаються _____ (зазначити медичну документацію)	
14.	Дата і час погодження госпіталізації (консультації) _____	
	Дата	Підпис лікаря
		Підпис керівника закладу

Примірне положення про медичну сестру загальної практики – сімейної медицини

Зобов'язана	Має право
<ul style="list-style-type: none"> - виконувати діагностичні та лікувальні призначення лікаря, - надавати долікарську медичну допомогу хворим при невідкладних станах, травмах і отруєннях, - брати участь у проведенні диспансеризації населення дільниці, - брати участь у профілактичній та санітарно-протиепідемічній роботі на дільниці (в тому числі проведення щеплень, участь у ранньому виявленні СНІДу, туберкульозу, онкозахворювань), - проводити санітарно-освітню роботу та пропаганду здорового способу життя серед населення дільниці, - проводити консультивання населення з медико-соціальних та медико-психологічних питань, питань планування сім'ї, - організовувати надання медичної допомоги населенню в екстремальних ситуаціях, - заповнювати відповідні обліково-звітні статистичні форми, - підвищувати свій кваліфікаційний рівень. 	<ul style="list-style-type: none"> - вносити пропозиції керівництву щодо покращання організації праці медичної сестри, щодо забезпечення необхідним інструментарієм, медикаментами, - брати участь в конференціях, семінарах і нарадах для медичних сестер, Посада медичних сестер загальної практики - сімейної медицини вводиться з розрахунку 3 посади на 1 посаду лікаря загальної практики - сімейної медицини.

Примірне положення про лікаря загальної практики – сімейної медицини

Зобов'язаний	Має право
<ul style="list-style-type: none"> - надавати кваліфіковану, в тому числі невідкладну, медичну допомогу в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу та вдома, - в показаних випадках забезпечувати консультування хворих завідувачем відділенням, лікарями інших спеціальностей амбулаторно-поліклінічного закладу, за домовленістю - спеціалістами інших лікувально-профілактичних закладів, - проводити підготовку хворих до госпіталізації та забезпечити своєчасне їх направлення на стаціонарне лікування, - використовувати в своїй роботі сучасні методи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих при різних захворюваннях. - здійснювати профілактичну роботу, направлену на виявлення факторів ризику, ранніх і скритих форм захворювань, - організовувати і проводити комплекс заходів щодо диспансеризації населення дільниці (виявлення, взяття на облік, проведення лікувально-оздоровчих заходів) та спостереження за станом його здоров'я, - проводити санітарно-протиепідемічну роботу на дільниці, - проводити санітарно-освітню роботу серед населення дільниці, - проводити експертизу тимчасової непрацездатності хворих, за наявності показань направляти їх на лікарську консультативну комісію, - систематично підвищувати свою професійну кваліфікацію та рівень медичних знань медичної сестри загальної практики - сімейної медицини, - вести обліково-звітну медичну документацію, - забезпечувати консультування населення дільниці з медико-соціальних та медико-психологічних питань, питань планування сім'ї, - організовувати надання медичної допомоги населенню в екстремальних ситуаціях 	<ul style="list-style-type: none"> - здійснювати контроль за роботою підпорядкованого йому середнього і молодшого медичного персоналу, - подавати пропозиції керівництву щодо покращання організації надання медичної допомоги населенню, - брати участь в нарадах, науково-практичних конференціях, семінарах, - провадити підприємницьку діяльність за спеціальністю "загальна практика - сімейна медицина"

КВАЛІФІКАЦІЙНА ХАРАКТЕРИСТИКА

лікаря із спеціальності загальна практика - сімейна медицина

Загальні знання. Згідно з вимогами фаху лікар загальної практики - сімейної медицини повинен знати:

- Основи законодавства України про охорону здоров'я,
- основні показники здоров'я населення,
- загальні питання організації надання медичної допомоги населенню на засадах загальної практики - сімейної медицини,
- організацію роботи амбулаторно-поліклінічних, лікарняних закладів, швидкої та невідкладної медичної допомоги, нормальну і патологічну анатомію, топографічну анатомію, фізіологію і патофізіологію систем, в т.ч. дитячого організму,
- особливості функціонування організму в похилому віці,
- фізіологію та патологію вагітності, пологів і післяпологового періоду,
- основи фармакотерапії, мікробіології, вірусології, імунології, медичної генетики, МКХ Х перегляду,
- основи дієтотерапії, фізіотерапії, бальнеотерапії, лікувального масажу та лікувальної фізкультури,
- показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування,
- основи експертизи тимчасової і постійної втрати працездатності,
- організацію диспансерного нагляду за хворими та патронажу за вагітними і новонародженими,
- правила асептики і антисептики, форми і методи санітарно-освітньої роботи,
- організацію протиепідемічних заходів при виникненні осередку інфекції,
- основи роботи з комп'ютером.

Спеціальні знання: Етіопатогенез, клініка, діагностика, диференційна діагностика, лікування, реабілітація, профілактика симптомів і захворювань за профілями: терапія, педіатрія, акушерство і гінекологія, планування сім'ї та репродуктивне здоров'я населення, хірургія, травматологія і ортопедія, урологія, онкологія, офтальмологія, хвороби вуха, горла, носа, стоматологія, хвороби нервової системи, нейрохірургія, психіатрія, дерматовенерологія.

Загальні навички:

- Проведення аналізу стану здоров'я населення сімейно-територіальної дільниці - дорослих та дітей.
- Збір анамнезу життя і захворювання. Застосування об'єктивних методів обстеження.
- Визначення необхідного обсягу лабораторних, інструментальних, апаратних досліджень та інтерпретація їх результатів.
- Виявлення ранніх ознак вагітності, її термінів, характеру перебігу, виявлення ознак патології вагітності.
- Встановлення клінічного діагнозу, визначення обґрунтування плану лікування хворих.
- Спостереження за хворими в післяопераційному періоді. Застосування методів реабілітації
- Організація консультування хворих профільними спеціалістами.
- Визначення показань до госпіталізації хворих та її організація. Організація стаціонарного лікування хворого вдома.
- Проведення аналізу ефективності диспансеризації.
- Здійснення експертизи тимчасової та стійкої непрацездатності,
- Збір епіданамнезу. Проведення протиепідемічних заходів на дільниці
- Виявлення факторів ризику захворювань та проведення профілактики захворювань
- Проведення пропаганди здорового способу життя і профілактики захворювань.
- Оформлення обліково-звітної медичної документації. Складання річного звіту про роботу дільниці та його аналіз.

Спеціальні навички: невідкладна допомога, маніпуляції.

Індикатори якості первинної медичної допомоги

Аналіз діяльності ланки ПМСД можна провести за блоками:

- 1. Загальні дані про роботу ланки ПМСД:** характеристика контингенту обслуговування; характеристика кадрів; фінансове забезпечення; матеріально-технічне забезпечення.
- 2. Стан здоров'я прикріпленого населення:** демографічні показники (народжуваність, смертність); захворюваність та інвалідність; фізичний розвиток дітей і підлітків.
- 3. Організація роботи ланки (лікаря) ПМСД.**
- 4. Проведення профілактичної роботи та її результати:** профілактичні щеплення; профілактичні огляди; диспансеризація здорових і хворих.
- 5. Стан лікувально-діагностичної роботи.**
- 6. Наступність і зв'язок між ПМСД і спеціалізованою та стаціонарною допомогою.**

Забезпеченість населення амбулаторно-поліклінічною допомогою характеризується:

- числом лікарських посад на 10 тис. мешканців (прикріплених пацієнтів);
- числом відвідувань в амбулаторії (поліклініці) та вдома на одного мешканця (прикріпленого пацієнта).

Навантаження лікаря на амбулаторному прийомі та на дому характеризується:

- кількістю населення, що обслуговуються (прикріплених пацієнтів),
- структурою населення, що обслуговується (прикріплених пацієнтів), за віком, станом здоров'я, умовами життя;
- числом відвідувань на одну годину роботи лікаря на прийомі та на дому;
- функцією лікарської посади, тобто кількістю відвідувань лікаря за рік.

Якість медичної допомоги характеризується:

- атестаційною категорією лікаря;
- обсягом діагностики, використанням лабораторних та інструментальних методів, залученням в разі необхідності консультацій лікарів "вузьких" спеціальностей;
- якістю діагностики, співпадінням діагнозів лікаря і "вузького" спеціаліста, амбулаторно-поліклінічного і стаціонарного, клінічного і патологоанатомічного;
- якістю лікування;
- активністю відвідувань хворих на дому;
- використанням стаціонарозамінних форм медичної допомоги (денних і домашніх стаціонарів);
- проведенням профілактичних (щеплень, оглядів, диспансерного нагляду, питома вага відвідувань з профілактичною метою) і реабілітаційних заходів (використання фізіотерапії, ЛФК);
- показниками стану здоров'я рівнем захворюваності, інвалідності, летальності, смертності тощо.

Ситуаційна задача для обговорення

Оцініть наведені дані. Зробіть висновки стосовно результатів впровадження сімейної медицини в області.

Показник	Десять років тому	Поточний рік
Питома вага міського населення (%)	52	60
Питома вага населення старше працездатного віку (%)	19	23
Смертність (‰)	13,5	15,3
Поширеність захворювань (‰)	1650	1800
Кількість амбулаторій сімейної медицини	3	125
Кількість закладів з відділеннями сімейної медицини	1	22
Кількість дільниць сімейної медицини	27	497
Кількість сімейних лікарів	78	515
Кількість населення на одного сімейного лікаря	2300	1200-1500
Кількість відвідувань сімейного лікаря на одного мешканця на рік	1,9	3,3
Питома вага звернень безпосередньо до сімейних лікарів (%)	4,0	68
Обсяг амбулаторної допомоги (%)	74	91
Рівень госпіталізації (на 100 осіб)	315	195
Середня тривалість перебування хворого на ліжку (днів)	17	13
Питома вага непрофільних хворих у стаціонарах (%)	18,2	7,5
Частота повторної госпіталізації (на 100 осіб)	14,0	6,5
Питома вага звернень, що закінчились лікуванням у сімейного лікаря (%)	23	60
Питома вага пацієнтів, направлених до вузьких спеціалістів (%)	37	6,4

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління якого/якої перебуває заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		Форма первинної облікової документації	
Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ		№ 025-09/о	
		ЗАТВЕРДЖЕНО	
		Наказ МОЗ України	
		0 4 1 1 2 0 1 1 № 7 5 6	

Реєстраційна форма пацієнта лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги
 Форма повинна заповнюватися акуратно, друкованими літерами
 П.І.Б. лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги, якого обирає сім'я / особа

I. Інформація про пацієнта

1. Прізвище _____
 2. Ім'я _____
 3. По батькові _____
 4. Дата народження _____
 5. Паспорт, серія та номер _____
 6. Стать _____
 7. Громадянство _____
 8. Місце роботи _____
 9. Сімейний стан _____

II. Місце проживання

1. Район _____
 2. Місто/село _____
 3. Вулиця _____
 4. Номер будинку _____
 5. Номер квартири _____

6. Домашній телефон _____
 7. Найменування закладу охорони здоров'я, де раніше надавалася медична допомога, та П.І.Б. сімейного лікаря _____

III. Прикріплення дітей, що проживають у сім'ї

1. Ім'я	Стать	Дата народження
2. Ім'я	Стать	Дата народження
3. Ім'я	Стать	Дата народження
4. Ім'я	Стать	Дата народження

Я повідомлений про те, що моя сім'я (я) має (маю) право вибору лікаря, що надає первинну медичну (медико-санітарну) допомогу, і право його змінити за своїм вибором у період реєстрації.
 Підпис зареєстрованої особи _____
 Дата заповнення (число, місяць, рік) _____
 Найменування медичного закладу _____
 Завідувач амбулаторії _____

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління якого/якої перебуває заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		Форма первинної облікової документації	
Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ		№ 025-11/о	
		ЗАТВЕРДЖЕНО	
		Наказ МОЗ України	
		0 4 1 1 2 0 1 1 № 7 5 6	

Талон про відкріплення пацієнта від лікаря, що надає первинну медичну допомогу
 Інформація про пацієнта

1. Прізвище _____
 2. Ім'я _____
 3. По батькові _____
 4. Дата народження _____
 5. Паспорт, серія та номер _____
 6. Громадянство _____
 7. Найменування закладу охорони здоров'я, де раніше надавалася первинна медична допомога, та П.І.Б. лікаря _____

Підпис особи, що відкріплюється _____
 Дата заповнення (число, місяць, рік) _____ Завідувач амбулаторії _____

М.П. (П.І.Б.) (підпис)



Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління якого/якої перебуває заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		Форма первинної облікової документації	
Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ		№ 025-10/о	
		ЗАТВЕРДЖЕНО	
		Наказ МОЗ України	
		0 4 1 1 2 0 1 1 № 7 5 6	

Журнал обліку осіб, які прикріплені до лікаря, що надає первинну медичну допомогу

Найменування центру ПМСД _____
 Найменування амбулаторії центру ПМСД _____
 П.І.Б. лікаря _____

Почато " ____ " ____ 20 ____ року. Закінчено " ____ " ____ 20 ____ року.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства охорони здоров'я України

"01" листопада 2011 № 742

**Примірний договір про медичне обслуговування населення
лікарем загальної практики-сімейної медицини**

_____ "___" _____ 20__ року

(місце укладення договору) (дата)

_____ (далі - Розпорядник бюджетних коштів)

(найменування розпорядника коштів)

в особі _____

(посада, прізвище, ім'я та по батькові)

що діє на підставі _____

(найменування документа, номер, дата та інші необхідні реквізити), і

_____ (найменування фізичної особи підприємця)

(далі - Лікар загальної практики-сімейної медицини)

що діє на підставі _____

(вказати номер та дату видачі ліцензії на медичну практику),

уклали цей договір про таке:

I. Предмет Договору

1.1. Лікар загальної практики-сімейної медицини здійснює у 20__ році медичне обслуговування шляхом надання первинної медичної допомоги населенню (вказати адміністративно-територіальні одиниці, контингент населення, які входять до сфери обслуговування)(далі - Населення).

1.2. Розпорядник бюджетних коштів, з відповідного бюджету, здійснює фінансове забезпечення Лікаря загальної практики - сімейної медицини у 20__ році, як одержувача бюджетних коштів.

II Обсяг медичної допомоги

2.1. Лікар загальної практики-сімейної медицини повинен забезпечити надання первинної медичної допомоги Населенню згідно з Додатком 1 в повному обсязі відповідно до встановлених стандартів надання такої допомоги.

2.2. Обсяг медичної допомоги може бути змінений на підставі факторів (економічних, демографічних, екологічних тощо) які впливають на обсяг медичної допомоги та не були відомі сторонам до укладання цього договору.

III. Індикатори якості медичної допомоги

3.1. Індикаторами якості медичної допомоги Населенню є ретроспективні кількісні та якісні показники, що впливають із стандартів надання (первинної медичної допомоги, відповідно до бюджетної програми _____).

3.2. Якість медичної допомоги має відповідати стандартам та нормативно-правовим актам які регламентують порядок надання первинної медичної Лікарями загальної практики-сімейної медицини.

IV Обсяг видатків

4.1. Обсяг видатків на забезпечення надання медичної допомоги Населенню становить

_____ (вказати цифрами та словами)

4.2. Обсяг видатків може змінюватись у разі потреби у перерозподілі асигнувань Розпорядника бюджетних коштів.

4.3. Фінансове забезпечення медичного обслуговування Населення здійснюється Розпорядником бюджетних коштів відповідно до затвердженого плану використання бюджетних коштів шляхом взяття бюджетних зобов'язань Лікарем загальної практики - сімейної медицини як одержувачем бюджетних коштів на здійснення заходів, передбачених за бюджетною програмою (вказати назву та код бюджетної програми).

V. Права та обов'язки сторін, їх відповідальність

5.1. Розпорядник бюджетних коштів зобов'язаний:

5.1.1. Протягом тижня з дня укладання цього Договору розмістити на своєму офіційному веб-сайті Інформацію про його укладення.

5.1.2. Надавати Лікарю загальної практики - сімейної медицини інформацію необхідну для медичного обслуговування населення.

5.2. Розпорядник бюджетних коштів має право:

5.2.1. У разі отримання інформації про факти неякісного медичного обслуговування Населення ініціювати звернення до компетентних державних органів про перевірку Лікаря загальної практики - сімейної медицини, в частині організації медичного обслуговування.

5.2.2. Ініціювати змінення обсягу видатків на забезпечення надання медичної допомоги Населенню на підставі факторів (економічних, демографічних, екологічних тощо) які впливають на обсяг медичної допомоги та не були відомі сторонам до укладання цього договору.

5.2.3. Вчиняти інші дії передбачені законодавством для організації надання медичного обслуговування населення.

5.3. Лікар загальної практики-сімейної медицини зобов'язаний:

5.3.1. Забезпечити надання якісного медичного обслуговування Населенню.

5.3.2. Мати ліцензію на медичну практику та інші ліцензії, та документи і дозvoli необхідні для медичного обслуговування Населення.

5.3.3. Забезпечувати дотримання вимог стандартів та нормативно-правових актів які діють на території України і регулюють порядок надання медичного обслуговування.

5.3.4. Протягом тижня з дня укладання цього Договору розмістити у доступних для Населення місцях у тому числі у закладах охорони здоров'я відповідної адміністративно територіальній одиниці інформацію щодо укладення цього Договору.

5.4. Лікар загальної практики-сімейної медицини має право вчиняти усі дії передбачені законодавством для надання медичної допомоги населенню.

5.5. У разі невиконання або неналежного виконання своїх зобов'язань сторони несуть відповідальність, передбачену законодавством України.

5.6. Всі спори між сторонами вирішуються шляхом переговорів, а при неможливості дійти згоди в судовому порядку.

VI. Строк дії Договору

6.1. Цей Договір набирає чинності з _____ і діє в межах бюджетного року.

6.2. Цей Договір укладається і підписується у _____ примірниках, що мають однакову юридичну силу.

VII. Інші умови

7.1. Будь-які зміни і доповнення до цього Договору дійсні, якщо вони викладені в письмовій формі і підписані уповноваженими представниками Сторін.

**ПОРЯДОК
ВИБОРУ ТА ЗМІНИ ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ
(МЕДИКО-САНІТАРНОЇ) ДОПОМОГИ**

1. Цей Порядок визначає механізм забезпечення права особи вільно вибрати та змінити лікаря, який надає первинну медичну (медико-санітарну) допомогу (далі – ПМД), – лікаря загальної практики-сімейного лікаря, терапевта дільничного, педіатра дільничного.
2. Цей Порядок є обов'язковим для застосування у центрах ПМД (далі – ЦПМД).
3. Кожна дієздатна особа, яка досягла віку 14 років, може самостійно здійснювати вільний вибір/зміну лікаря.
4. Вибір/зміна лікаря для осіб, які не досягли віку 14 років, або осіб, визнаних недієздатними в порядку, встановленому законом, здійснюється їх законними представниками.
5. Вибір/зміна лікаря здійснюється особою один раз на рік.
Особа, яка бажає обрати/змінити лікаря, має звернутися до лікаря для заповнення реєстраційної форми пацієнта лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (далі – Реєстраційна форма) за формою, затвердженою у встановленому законодавством порядку.
У випадку зміни постійного місця проживання особа може реалізувати власне право на вибір лікаря за новим місцем проживання (за межами території, що закріплена за даним ЦПМД), представивши талон про відкріплення від лікаря.
6. Для заповнення Реєстраційної форми встановлюється реєстраційний період 1 місяць – з 1 вересня по 30 вересня кожного календарного року. Реєстраційна форма може бути заповненою в інший час.
7. Особи, які не виявили бажання вибрати/змінити лікаря, прикріплюються до лікаря через внесення у журнал поособового обліку осіб, які прикріплені до лікаря.
8. При утворенні ЦПМД прикріплення осіб до лікарів здійснюється шляхом внесення у Журнали лікарів, до яких вони були прикріплені за дільничним принципом на дату утворення ЦПМД.
9. Лікар має право відмовитися від подальшого обслуговування особи, якщо остання не виконує медичних приписів або правил внутрішнього розпорядку закладу охорони здоров'я, крім випадків потреби особи у наданні невідкладної або екстреної медичної допомоги.
10. Лікар зобов'язаний прикріпити особу, яку направлено до нього для прикріплення за рішенням керівництва ЦПМД, шляхом заповнення Реєстраційної форми та внесення відповідного запису у Журнал.
11. Право вибору лікаря забезпечують ЦПМД.
12. ЦПМД має забезпечити вільний доступ пацієнтів до інформації про лікарів
13. У випадку, якщо необхідність зміни/вибору лікаря, що надає ПМД, зумовлена зміною місця проживання пацієнта, ЦПМД зобов'язаний забезпечити пацієнту можливість отримання ПМД
14. Особа, якій відмовили у прикріпленні усі лікарі, до яких вона звернулася щодо прикріплення, може звернутись до ЦПМД та бути прикріпленою до лікаря за рішенням керівництва ЦПМД.
15. У випадку звільнення/смерті лікаря або припинення цивільно-правових відносин між ЦПМД і лікарем ЦПМД інформує осіб, прикріплених до такого лікаря (через засоби масової інформації, інформаційні листівки, по телефону тощо), та організує прикріплення зазначених осіб до іншого/інших лікарів/лікарів.
16. На основі даних Журналів ЦПМД здійснює загальний облік прикріплених осіб в межах ЦПМД.

**ПОРЯДОК
встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи
працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу
та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я***

Норма навантаження становить:

- лікаря загальної практики – сімейного лікаря – 1500 осіб (у міській місцевості), 1200 осіб (у сільській місцевості);
- сестри медичної загальної практики – сімейної медицини – 750 осіб (у міській місцевості), 600 осіб (у сільській місцевості);
- лікаря-терапевта дільничного – 1800 осіб;
- сестри медичної дільничної лікаря-терапевта дільничного – 900 осіб;
- лікаря-педіатра – 800 осіб;
- сестри медичної дільничної лікаря-педіатра дільничного – 400 осіб.

Надбавка за обсяг виконаної роботи медичного працівника коригується з урахуванням коефіцієнтів вікостатевої структури прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування)).

*Показниками якості є**:*

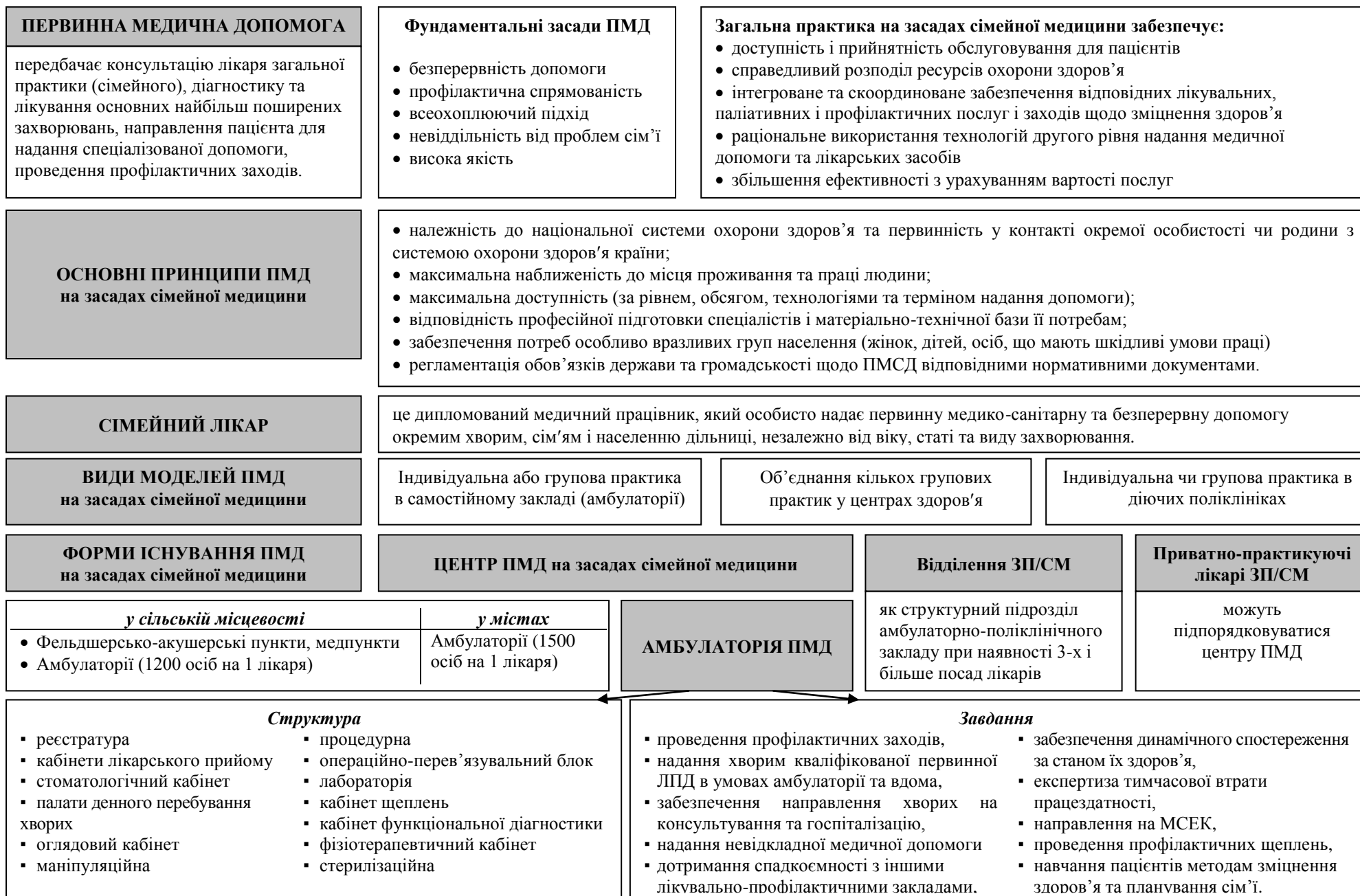
- показник рівня виявлення онкологічних захворювань на ранній стадії (I і II стадії) серед хворих, у яких вперше виявлено візуальні форми раку **K1**;
- показник виконання плану проведення скринінгових досліджень виявлення раку шийки матки (70 %), **K2**;
- показник виконання плану проведення флюорографічного обстеження групи медичного ризику (90 % і більше), **K3**;
- показник питомої ваги пацієнтів з кислотно-стійкими бактеріями (+) у мокротинні серед усіх хворих з підозрою на туберкульоз або його рецидив, які були обстежені бактеріоскопічно у туберкульозних лабораторіях I рівня після звернення за медичною допомогою до закладів первинної медико-санітарної допомоги (від 5 до 10 % включно), **K4**;
- показник питомої ваги дітей віком до 6 місяців включно, які протягом звітного періоду перебували на грудному вигодовуванні (60 % і більше), **K5**;
- показник виконання календарного плану проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 років (95 %), **K6**;
- показник рівня первинної захворюваності на гострий інфаркт міокарда та гострий інсульт серед населення працездатного віку на 1000 осіб прикріпленого населення відповідного віку **K7**;
- показник рівня госпіталізації до закладів охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу в стаціонарних умовах, на 100 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування)), **K8**;
- показник кількості виїздів за викликами екстреної медичної допомоги до хронічних хворих на 1000 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування)), **K9**;
- показник кількості консультативних висновків з приводу захворювання, наданих лікарем вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги в амбулаторних умовах, на 1000 осіб прикріпленого населення (за місцем проживання (перебування)), **K10**.

Надбавка за якість виконаної роботи лікарям (медичним сестрам) виплачується щомісяця. Розрахунок надбавки за якість виконаної роботи здійснюється з урахуванням показників якості (K1-K10), визначених на підставі статистичної інформації *за попередній квартал*. Кожен показник якості оцінюється окремо для лікаря та сестри медичної в балах (0 або 0,05), загальна максимальна сума яких становить 0,5 балів. *Наприклад*, якщо закладом виконано 6 показників якості, тобто набрано 0,3 бали, надбавка встановлюється у розмірі 60% від посадового окладу.

* Постанова КМУ від 30 грудня 2013 р. №977

при оцінці показників **K1, K7, K8, K9, K10 необхідно орієнтуватися на їх *середньорегіональний рівень*

Логічна структура теми
ЗМІСТ І ОРГАНІЗАЦІЯ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ ТА ЗАКЛАДІВ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ



Тема 2: ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ СТАЦІОНАРІВ РІЗНИХ РІВНІВ, ОБЛІК І АНАЛІЗ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ. СТАЦІОНАРОЗАМІННІ ФОРМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Мета заняття

Вивчити основи організації, зміст роботи та структуру стаціонару, засвоїти методику аналізу діяльності закладу та стаціонару.

Обґрунтування мети: Стаціонарна допомога займає важливе місце в медичному забезпеченні населення, вона надається при захворюваннях з важким перебігом, при потребі проведення складних досліджень і застосуванні інтенсивних методів лікування. Знання основ організації цього виду досить дорогої допомоги та аналіз діяльності стаціонарів дозволяє розробляти ефективні заходи щодо покращання роботи відповідних закладів і є необхідною складовою частиною підготовки майбутнього лікаря.

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- завдання, структуру, зміст і організацію роботи стаціонару в цілому та основних його підрозділів;
- основні елементи раціонального використання ліжкового фонду;
- напрямлення оптимізації стаціонарної допомоги населенню;
- правила заповнення основної облікової та звітної документації.

вміти:

- заповнювати основні облікові документи;
- обчислювати та аналізувати показники діяльності стаціонару;
- розробляти заходи щодо покращання роботи стаціонару.

Питання для вхідного контролю знань:

1. Потреба населення в госпіталізації, чинники, що її визначають.
2. Показник забезпеченості населення ліжками, методика обчислення, значення, динаміка.
3. Рівень госпіталізації населення, методика обчислення, значення, динаміка.
4. Завдання стаціонару та його роль у медичному забезпеченні населення в сучасних умовах.
5. Функції сучасної лікарні.
6. Класифікація лікарень. Потужність стаціонару. Лікарні вторинного та третинного рівня.
7. Структурні підрозділи стаціонару. Їх функції.
8. Функції основних підрозділів (приймального та спеціалізованих лікувальних відділень).
9. Показання для госпіталізації та порядок направлення хворих до стаціонару.
10. Зміст роботи лікаря-ординатора.
11. Зміст роботи завідувача відділення.
12. Фактори, що впливають на ефективність роботи стаціонару.
13. Інформаційно-аналітичний відділ лікарні.
14. Основна облікова документація стаціонару, зміст і порядок її заповнення.
15. Основні показники діяльності стаціонару.
16. Середньорічна зайнятість ліжка, методика обчислення.
17. Середня тривалість перебування хворого в стаціонарі, методика обчислення.
18. Обіг ліжка, методика обчислення.
19. Заходи щодо раціонального використання ліжкового фонду.
20. Показники, що характеризують якість діяльності стаціонару.
21. Летальність, методика обчислення, значення, динаміка.
22. Форми стаціонарозамінної допомоги.
23. Реформування системи медичної допомоги. Госпітальні округи. Лікарні нового типу.
24. Сучасні лікарні з особливим статусом.

Перелік основних обліково-звітних документів стаціонару:

- медична карта стаціонарного хворого, ф. № 003/о;
- листок обліку руху хворих і ліжкового фонду стаціонару, ф. № 007/о;
- зведена відомість обліку руху хворих і ліжкового фонду в стаціонарі, відділенні або профілю ліжок, ф. № 016/о;
- карта хворого, який вибув із стаціонару, ф. № 066/о.
- журнал запису оперативних втручань у стаціонарі, ф. № 008/о.
- журнал обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації, ф. № 001/о.
- звіт лікувально-профілактичного закладу ф.№20.

Заклади охорони здоров'я, що входять до складу госпітального округу

(Наказ МОЗ України від 30.12.2011 №1008)

Лікарня інтенсивного лікування*

Завдання	<ul style="list-style-type: none"> • цілодобове надання інтенсивної медичної допомоги хворим та потерпілим при виникненні патологічних станів, що загрожують життю і при яких раптово погіршується стан здоров'я, потерпілим при надзвичайних ситуаціях, в післяопераційному періоді; хворим і потерпілим з гострим та хронічним перебігом захворювань, при станах, що не загрожують життю, але потребують інтенсивного лікування; • надання в повному обсязі інтенсивної, спеціалізованої стаціонарної і консультативної медичної допомоги; • використання диференційованого підходу до вибору методів та засобів лікування із забезпеченням принципів безперервності, послідовності та етапності, індивідуального підходу до лікування; • надання кваліфікованої лікувально-діагностичної допомоги вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим; своєчасне переведення хворих у спеціалізовані відділення для надання третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги у випадках при погіршення стану та потреби у високоспеціалізованій медичній допомозі; • забезпечення та контроль якості медичної допомоги хворим в межах клінічних протоколів.
Функції	<ul style="list-style-type: none"> • цілодобовий прийом та лікування хворих, потерпілих, вагітних, які доставляються бригадами швидкої медичної допомоги, звертаються безпосередньо у приймальне або консультативно-діагностичне відділення, за направленнями діагностично-консультативного центру Лікарні або інших закладів охорони здоров'я; • обґрунтування належного місця надання медичної допомоги за відсутності показань до лікування у Лікарні; • лікарня має право переводити хворих і потерпілих, які потребують долікування або відновного лікування, до інших лікувально-профілактичних закладів госпітального округу; • проведення аналізу організації та якості лікувально-діагностичної діяльності, здійснення організаційно-методичної роботи з питань надання інтенсивної медичної допомоги в закладах охорони здоров'я госпітального округу; • проведення профілактичної та санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики і надання першої допомоги при раптових захворюваннях, нещасних випадках і отруєннях; • організація і проведення заходів щодо підготовки Лікарні до роботи у надзвичайних ситуаціях; • лікарня інтенсивного лікування може бути клінічною та навчальною базою вищих і середніх медичних учбових закладів I-II та III-IV рівнів акредитації, медичних факультетів, інститутів удосконалення лікарів та науково-дослідних закладів.
Структура	<p><i>Лікарня першого рівня</i> створюється в госпітальному окрузі одна на округ. <i>Лікарня другого рівня**</i> створюється одна на округ, а за визначеними спеціалізованими напрямками та складністю для обслуговування населення одна на декілька округів. Основними структурними підрозділами Лікарні першого рівня є:</p> <p>адміністративна частина / управління Лікарнею; приймальне-діагностичне відділення невідкладної допомоги; діагностична служба; стаціонарний сектор (відділення: анестезіології та інтенсивної терапії; хірургічне; травматологічне; урологічне; гнійно-септичне; гінекологічне; терапевтичне; неврологічне; дитяче; інфекційне боксоване; патології вагітних; пологове з ліжками інтенсивної терапії для жінок і новонароджених); амбулаторний сектор (консультативно-діагностичний центр); денний стаціонар з операційним блоком (хірургія одного дня); допоміжні відділення; господарча частина; пансіонат для пацієнтів денного стаціонару та родичів хворих, що перебувають на стаціонарному лікуванні у стаціонарі.</p> <p><i>**в структурі стаціонарного сектору Лікарні другого рівня передбачено: службу анестезіології та інтенсивної терапії модульного типу для надання медичної допомоги хворим терапевтичного, неврологічного, хірургічного профілів та при політравмах; відділення: хірургічне для надання медичної допомоги хворим з хірургічною, невідкладною урологічною та судинною патологією; кардіологічне; офтальмологічне; ЛОР.</i></p>

* окремо існує багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування

Лікарня планового лікування

Завдання	<ul style="list-style-type: none"> • Цілодобове надання планової спеціалізованої стаціонарної і консультативної медичної допомоги хворим при виникненні загострень хронічних захворювань; • інші завдання - аналогічно до завдань Лікарні інтенсивного лікування.
Функції	<ul style="list-style-type: none"> • плановий прийом хворих з загостренням хронічних захворювань за направленнями Центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМД), консультативно-діагностичного центру, інших закладів охорони здоров'я госпітального округу або за самозверненнями пацієнтів. • інші функції – аналогічно до функцій Лікарні інтенсивного лікування.
Структура	<p>Адміністрація лікарні (керівництво лікарні); стаціонарна служба (відділення: приймальне; терапевтичне; неврологічне; гінекологічне; педіатричне); консультативна поліклініка (реєстрація; кабінети лікарів-спеціалістів, в т.ч. педіатра, долікарського прийому; денний стаціонар з відділенням хірургії одного дня; жіноча консультація; централізований кабінет оформлення листків непрацездатності; маніпуляційний кабінет; кабінет щеплень; стоматологічне відділення; діагностичне відділення; фізіотерапевтичне відділення; відділ медичної статистики та контролю якості медичної допомоги.</p>

Лікарня відновного (реабілітаційного) лікування

Завдання	<ul style="list-style-type: none"> • надання вторинної (спеціалізованої) стаціонарної медичної допомоги з відновлення (реабілітації) функцій систем і органів хворих внаслідок їх порушень при ускладненнях захворювань та травм з використанням комплексу сучасних методів, повне або часткове відновлення працездатності хворих; • інші завдання – аналогічно до завдань Лікарні інтенсивного лікування.
Функції	<ul style="list-style-type: none"> • своєчасна обґрунтована госпіталізація хворих у лікарню відповідного (реабілітаційного) лікування; • своєчасна організація та проведення відновного (реабілітаційного) лікування хворих за індивідуальними програмами згідно з діючими стандартами діагностично-лікувального процесу у відділеннях відновного лікування, протоколів відновного лікування, з використанням усіх сучасних засобів і методів відновного лікування; • динамічне спостереження за станом здоров'я хворих з метою своєчасної діагностики ускладнень чи загострень хронічних захворювань та невідкладних станів; • при неможливості повного відновлення, у відділенні, застосовуються реабілітаційні методи для пристосування хворих до самообслуговування відповідно до нових умов життя, що виникли внаслідок хвороби або травми; • інші функції – аналогічно до функцій Лікарні інтенсивного лікування.
Структура	<p>адміністрація лікарні (керівництво лікарні); стаціонарна служба (відділення: приймальне; для реабілітації пацієнтів з захворюваннями опорно-рухового апарату; неврологічне відновного лікування; загально-реабілітаційне; дитяче відновного лікування); допоміжні відділення; господарча частина.</p>

Спеціалізований медичний центр медико-соціальної допомоги

(організується з розрахунку один заклад на 120-350 тисяч населення, або з розрахунку на 2-3 госпітальні округи)

Завдання	<ul style="list-style-type: none"> медико-соціальна реабілітація при наявності хронічних захворювань поза фазою загострення (самотній або самотньо проживаючий, інвалід I-II групи, при відсутності можливості здійснювати догляд за пацієнтом на дому, тимчасова відсутність близьких родичів та ін). повне або часткове відновлення працездатності хворих. диференційований підхід до вибору методів та засобів медико-соціальної реабілітації різних категорій хворих із забезпеченням принципів безперервності, наступності, послідовності та етапності, індивідуального підходу в організації та здійсненні програм медико-соціальної реабілітації.
Функції	<ul style="list-style-type: none"> проведення прийому і розміщення пацієнтів відповідно до профілю захворювання, оцінка стану їх здоров'я на момент госпіталізації, надання невідкладної медичної допомоги при необхідності. спеціальний медичний догляд за хворими, своєчасне виконання лікарських призначень і процедур; динамічне спостереження за станом хворих; своєчасна діагностика ускладнень або загострень хвороб; переведення хворих (при необхідності) у спеціалізовані підрозділи лікувально-профілактичних закладів. надання консультативної лікарської допомоги хворим, медична реабілітація хворих з елементами трудотерапії; надання психологічної допомоги та адекватної симптоматичної терапії; наступність та взаємозв'язок у роботі з іншими закладами охорони здоров'я.
Структура	Адміністративна служба (управління), кабінет соціально-психологічної допомоги (в залежності від обсягу роботи, але не менше однієї посади на відділення: психолог; соціальний працівник (спеціаліст з вищою освітою); соціальний робітник (без вищої освіти); відділення: приймальне, медико-соціальної допомоги на 30 ліжок; допоміжні підрозділи; господарська частина.

Патологоанатомічний центр

Завдання	<p>прижиттєва діагностика захворювань та патологічних процесів за допомогою патоморфологічних досліджень біоптатів, операційного матеріалу та плаценти;</p> <p>посмертна патоморфологічна діагностика захворювань, встановлення причин та механізмів смерті;</p> <p>організаційно-методична діяльність з питань патоморфологічної діагностики захворювань;</p> <p>аналітично-інформаційна діяльність з питань збігання та розходження клінічних та патологоанатомічних діагнозів;</p> <p>використання сучасних методів прижиттєвої патоморфологічної діагностики захворювань та впровадження їх у роботу патологоанатомічних закладів;</p> <p>аналіз та узагальнення оперативної, ретроспективної статистичної інформації, розробка стандартів організації роботи патологоанатомічної служби та нормативно-правових актів з питань її удосконалення;</p> <p>надання консультативної допомоги з питань патологічної анатомії закладам охорони здоров'я;</p> <p>підготовка та проведення патологоанатомічних конференцій, семінарів для лікарів закладів охорони здоров'я.</p>
Функції	<p>отримує та аналізує оперативну і ретроспективну статистичну інформацію про стан використання прижиттєвої патоморфологічної діагностики захворювань у закладах охорони здоров'я госпітального округу;</p> <p>готує для лікарів закладів охорони здоров'я госпітального округу інструктивно-методичні матеріали;</p> <p>бере участь у розробці стандартів патологоанатомічних досліджень, оформлення обліково-звітної документації, стандартизованих правил формулювання патологоанатомічних діагнозів;</p> <p>бере участь у розробці методів статистичної обробки результатів патологоанатомічних досліджень.</p>
Структура	відділення загальної патології для дорослих (з блоком інфекційної патології з гістологічною та бактеріологічною (вірусологічною) лабораторіями; лабораторії: біопсійних досліджень; електронної мікроскопії; гістохімічної діагностики; імуноморфологічної діагностики); відділення загальної патології для дітей з аналогічною структурою; допоміжні відділення; господарча частина.

Хоспіс

Завдання	<ul style="list-style-type: none"> цілодобове надання стаціонарної медичної допомоги: паліативного/симптоматичного лікування, медико-психологічної реабілітації та психологічної, соціальної підтримки пацієнту і членам його родини; визначення необхідного обсягу паліативної допомоги на принципах безперервності та наступності; забезпечення обсягу та якості медичної допомоги хворим; забезпечення ефективного використання ліжкового фонду; направлення хворих, що не потребують цілодобового паліативного/симптоматичного лікування для подальшого лікування в заклади охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги; забезпечення поліпшення якості життя пацієнту.
Функції	<ul style="list-style-type: none"> надання консультативної допомоги медичним працівникам інших закладів з питань паліативної допомоги; надання пацієнту у тимчасове користування вдома необхідних технічних та інших засобів реабілітації; навчання волонтерів та членів родини навичкам догляду за пацієнтом; забезпечення взаємодії з установами соціального захисту та ін. у вирішенні питань медико-соціальної допомоги пацієнту; попередження розвитку у персоналу Хоспісу синдрому професійного (емоційного) вигорання; здійснення контролю больового синдрому та полегшення страждань пацієнта; своєчасне діагностування ускладнень або загострень основного та супутніх захворювань, організація надання екстреної допомоги пацієнту у разі невідкладних станів; проведення регулярних лікарських оглядів пацієнта з періодичністю, що визначається їх станом, але не рідше 1 разу на тиждень; надання паліативної допомоги вдома здійснюється відповідно до плану відвідувань; впровадження в практику сучасних методів паліативної допомоги або симптоматичного лікування; здійснення порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.
Структура	адміністрація (керівництво лікарні); стаціонарна служба (приймальне відділення, паліативне відділення з 1-, 2- ліжковими палатами); допоміжні відділення: господарча частина; кімната для перебування родичів у нічний час; кімната психологічного розвантаження; приміщення для волонтерів.

Перелік основних показників діяльності стаціонару (показники обчислюються загалом для стаціонару, а також для всіх його відділень):

- Рівень госпіталізованої захворюваності (за основним діагнозом стаціонару).
- Структура госпіталізованої захворюваності.
- Середньорічна зайнятість ліжка.
- Середня тривалість лікування.
- Обіг ліжка
- Розходження між діагнозом при направленні та діагнозом стаціонару.
- Розходження між діагнозом стаціонару (клінічним, заключним) та діагнозом патологоанатомічним.
- Розподіл госпіталізованих хворих за порядком направлення.
- Розподіл госпіталізованих хворих за результатами лікування.
- Летальність.
- Рівень доставлених до стаціонару хворих у порядку ургентної хірургічної допомоги.
- Частка доставлених у порядку ургентної допомоги пізніше 24 годин.
- Частота оперативних втручань загалом і за окремими видами на 100 хірургічних ліжок;
- Структура оперативних втручань;
- Використання апаратури при операціях (лазерної, кріогенної, ендоскопічної) на 100 операцій.
- Середня кількість операцій на одну зайняту посаду хірурга
- Післяопераційна летальність.
- Післяопераційна летальність при пізній госпіталізації.

Середньорічна зайнятість ліжка:

$$\frac{\text{кількість проведених хворими ліжко} - \text{днів}}{\text{середньорічна кількість ліжок}}$$

Середня тривалість перебування хворого в лікарні:

$$\frac{\text{кількість проведених хворими ліжко} - \text{днів}}{\text{кількість хворих, що пройшли через стаціонар (сума тих, що поступили, виписані та померлі, поділена на 2)}}$$

Обіг ліжка, тобто середнє число хворих, які перебували на одному ліжку:

$$\frac{\text{кількість хворих, що пройшли через стаціонар}}{\text{середньорічне число ліжок}}$$

Летальність госпіталізованих хворих:

$$\frac{\text{кількість померлих хворих}}{\text{кількість виписаних} + \text{кількість померлих}} \times 100$$

Ситуаційна задача для обговорення
Оцініть наведені дані, зробіть висновок.

МОЗ України пропонує затвердити норматив забезпечення стаціонарною медичною допомогою в розрахунку на 10 тис. населення: на 1 січня 2014 р. – 75 лікарняних ліжок; на 01 січня 2020 р. – 65 лікарняних ліжок.

На сьогодні у Європейському регіоні склалися такі показники забезпеченості стаціонарними ліжками цілодобового перебування: країни «старої» Європи – 55 ліжок на 10 тис. населення; країни «нової» Європи – 65 ліжок на 10 тис. населення, з них 45 ліжок – це ліжка стаціонарів лікарень інтенсивного лікування, що надають вторинну (спеціалізовану) і третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. В Україні цей показник становить 89,1 (ліжковий фонд усіх відомств), 81,5 (ліжковий фонд системи МОЗ України) на 10 тис. населення.

Середній норматив по Україні – 80 лікарняних ліжок на 10 тис. населення. Є великі міжрегіональні відмінності у забезпеченості лікарняними ліжками: від 110 на 10 тис. населення у Чернігівській області до 78 на 10 тис. населення у місті Севастополі. Близько 80-85% бюджетних коштів, що виділяються на охорону здоров'я, витрачаються на утримання медичних закладів (стаціонарних – у розрахунку «на ліжко») та оплату праці лікарів.

Середнє перебування хворого на лікарняному ліжку по країні становить 12,1 дня. Простежується прямо пропорційна залежність показника середнього перебування хворого на лікарняному ліжку та показника забезпеченості лікарняними ліжками на 10 тис. населення в регіонах України. В звітному році взагалі не працювали 33 482 ліжка, що становило майже 9% загальної кількості розгорнутих лікарняних ліжок.

		ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2012 року № 110	
Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
		Форма первинної облікової документації № 066/о	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		ЗАТВЕРДЖЕНО	
Код за ЄДРПОУ		Наказ МОЗ України №	
Карта хворого, який вибув із стаціонару, № _____			
1. Дата госпіталізації	(число, місяць, рік)	Номер медичної карти стаціонарного хворого	(хххххх)
2. Прізвище, ім'я, по батькові хворого			
3. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2		4. Дата народження	(число, місяць, рік)
5. Вік (повний років)	5.1. Житель: міський – 1, сільський – 2		
5.2. Місце роботи (по сада)			
6. Місце проживання:	(область, район, населений пункт, вулиця, будинок, квартира)		
7. Ким направлений (заклад охорони здоров'я)			
8. Діагноз при направленні			
9. Відділення госпіталізації		10. Профіль ліжок	
11. Госпіталізація екстрена – 1, планова – 2			
12. Строки госпіталізації (до 6 годин – 1; 7 – 24 год. – 2; пізніше 24 год. – 3)			
13. Госпіталізація з приводу даного захворювання в даному році вперше – 1, повторно – 2			
14. Результат лікування: виписаний(а) з одужанням – 1, поліпшенням – 2, погіршенням – 3, без змін – 4; помер(ла) – 5; переведений(а) в інший лікувальний заклад – 6; здоровий(а) – 7 (підкреслити)			
15. Дата виписки, смерті:	(число, місяць, рік)	(час)	
16. Проведено ліжко-днів			
17. Діагноз стаціонару (у випадку травми – вказати її вид)			
Основний	Код за МКХ-10	Ускладнення	Судутні захворювання
17а КЛІНІЧНИЙ ЗАКЛЮЧНИЙ			
17б ПАТОЛОГО-АНАТОМІЧНИЙ			

18. У випадку смерті (з пункту 11 лікарського свідоцтва про смерть № _____)					
а)	(безпосередня причина смерті)				приблизний час між початком захворювання і смертю
б)					
в)					
г)					
(б, в, г – захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті вказується в останню чергу).					
II Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові, підкреслені), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненнями, яка безпосередньо є причиною смерті.					
У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити тиждень вагітності _____, день післяпологового періоду _____, тиждень після пологів _____.					
19. Хірургічні операції					
Номер з/п	Дата, час	Назва операції та код згідно з класифікатором оперативних втручань	Хірург (прізвище, ім'я, по батькові)	Вид анестезії	Ускладнення при проведенні оперативного втручання
20. Обстежений на RW _____ онкологічний профілактичний огляд _____ (число, місяць, рік) (число, місяць, рік)					
на ВІЛ-інфекцію _____ флюорографічний профілактичний огляд _____ (число, місяць, рік) (число, місяць, рік)					
21. Інвалід війни – 1; учасник війни – 2; учасник бойових дій – 3; особа, яка постраждала внаслідок Чорнобильської катастрофи, – 4, інші пільгові категорії – 5 (категорія _____ посвідчення: серія, № _____).					
Лікувальний лікар _____ (прізвище, підпис)					
Дата " _____ " _____ 20 _____ року.					

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ					
		Форма первинної облікової документації № 001/о					
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		ЗАТВЕРДЖЕНО					
Код за ЄДРПОУ		Наказ МОЗ України №					
ЖУРНАЛ							
обліку прийому хворих у стаціонар та відмов у госпіталізації							
Почато " _____ " _____ 20 _____ року			Закінчено " _____ " _____ 20 _____ року				
Продовження форми № 001/о							
Номер з/п	Госпіталізація хворого		Прізвище, ім'я, по батькові хворого	Дата народження	Місце проживання хворого або місце проживання родича, близьких, номер телефону	Яким закладом направлений або ким доставлений хворий	Відділення, в яке госпіталізований хворий
1	дата	час	4	5	6	7	8
Продовження форми № 001/о							
Номер медичної карти стаціонарного хворого або історії пологів	Діагноз хворого, поставлений закладом, який направив хворого у стаціонар		Заключний діагноз при виписці хворого із стаціонару	Виписаний, переведений в інший стаціонар (зазначити дату та куди переведений хворий)	Причина відмови та об'єктивний стан хворого	Вжиті заходи (надана амбулаторна допомога, направлений в інший стаціонар тощо)	
9	10		11	12	13	14	

		Код форми за ДКУД							
		Код закладу за ЄДРПОУ							
Міністерство охорони здоров'я України		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ							
Найменування та поштова адреса закладу		Форма №	0	0	7	/	0		
		Затверджена наказом МОЗ України							
		2	5	1	2	0	5	№	7 6 0

**ЛИСТОК
обліку духу хворих і ліжкового фонду стаціонару**

(назва відділення, профіль ліжок)
"_____" "_____" 20__ рік
(дата заповнення)

Профіль ліжок	Номер рахка	Фактично розгорнуто ліжок, включно ліжка, згорнуті на ремонт	у тому числі ліжка, згорнуті на ремонт	перебувало хворих на початок мону пої доби	Рух хворих за минулу добу							На початок поточного дня					
					поступило хворих (без переведених в середині лікарні)				переведено хворих всередині лікарні		виписано хворих	Померло	перебувало хворих		кількість вільних місць		
					всього	з яких сільських жителів	дітей до 17 років включно	з яких з інших відділень	в інші відділення	всього	у тому числі переведені в інші стаціонари		всього	у тому числі сільських жителів	Перебувало хворих при хворих ліжках	чоловічих	жіночих
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Всього																	
у тому числі: за профілем ліжок																	

Підпис медсестри _____

СПИСОК ХВОРИХ

стор.2 ф.№ 007/0

Прізвище, ім'я по-батькові хворих, які поступили	Прізвище, ім'я по-батькові переведених з інших відділень	Прізвище, ім'я по-батькові виписаних	Прізвище, ім'я по-батькові переведених		Прізвище, ім'я по-батькові померлих	Прізвище, ім'я по-батькові хворих, які перебували в тимчасовій відпустці*
			в інші відділення даної лікарні	в інші стаціонари		

* Для психічно хворих і хворих на туберкульоз

**Звіт
лікувально-профілактичного закладу
за 20__ рік**

Подають	Терміни подання
1. Лікувально-профілактичні заклади (підрозділи), що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, - головному лікарю центральної районної (міської) лікарні.	5 січня
2. Головний лікар центральної районної (міської) лікарні зведений звіт та керівники закладів іншого підпорядкування, форми власності - Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управлінням охорони здоров'я обласних державних адміністрацій, Головному управлінню охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської та Управлінню охорони здоров'я Севастопольської міських державних адміністрацій.	згідно з наказом управління охорони здоров'я
3. Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, управління охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської, Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської держадміністрацій зведений звіт про заклади, що перебувають у сфері управління Міністерства охорони здоров'я України, заклади іншого підпорядкування, форми власності - Міністерству охорони здоров'я України.	згідно з наказом МОЗ
4. Міністерство охорони здоров'я України зведений звіт по Україні - Державному комітету статистики України.	15 квітня

Форма № 20
ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ
№ 378
від 10.07.2007 р.
за погодженням з
Держкомстабом
України
**Річна
Понтова**

Найменування організації-складача інформації

Місцезнаходження

Коди організації-складача						
за ЄДРПОУ	території (КОАТУУ)	виду економічної діяльності (КВЕД)	формат власності (КФБ)	організаційно-управлінської форми (КОПФ)	міністерства, іншого виконавчого органу, якому підпорядкована організація-складач інформації (КОДУ)*	
1	2	3	4	5	6	7

Розділ III. Діяльність стаціонару

Ліжковий фонд та його використання

Таблиця 3100

Профіль ліжок	Номер рахка	Кількість ліжок, фактично розгорнутих та згорнутих на ремонт		У звітному році (кількість)			Проведено хворими ліжко-днів	Кількість ліжко-днів згортання в зв'язку з ремонтом та іншими причинами
		на кінець звітного року	середньорічних	надійшло хворих, усього	у тому числі дітей віком 0-17 років включно	виписано хворих		
A	B	1	2	3	4	5	6	7
Усього	78							
у тому числі:								

Таблиця 3101
З кількості осіб, які виписані, обстежено серологічно з метою виявлення хворих на сифіліс 1 _____, у тому числі хворих, що перебували на терапевтичних та неврологічних ліжках 2 _____

Таблиця 3102
Кількість сільських жителів, що надійшли в стаціонар 1 _____

Таблиця 3103
Із загальної кількості ліжок - госпрозрахункові ліжка 1 _____

		ЗАТВЕРДЖЕНО	
		Наказ Міністерства охорони здоров'я України	
		14 лютого 2012 року № 110	

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ			
	Форма первинної облікової документації № 003/о			
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма	ЗАТВЕРДЖЕНО			
	Наказ МОЗ України			
Код за ЄДРПОУ				№

МЕДИЧНА КАРТА СТАЦІОНАРНОГО ХВОРОГО № _____					
Госпіталізація					Відділення _____ палата _____
<i>дата</i>	(число, місяць, рік)	(години, хвилини)	Переводи		
			Відділення	Дата	Час
Випи́ска (смерть)				в поточному році з приводу даної хвороби госпіталізований	<input type="radio"/> вперше <input type="radio"/> повторно
Проведено лікко-днів					
Група крові	Резус-приналежність	RW	Віп-інфекція		
Підвищена чутливість або непереносимість препарату		(число, місяць, рік)	(число, місяць, рік)		
(найменування препарату, характер побічної дії)					
1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого					
	2. Стать: чоловіча – 1, жіноча – 2		3. Вік		(число, місяць, рік)
(повний рік, для дітей: до 1-го року – місяць; до 1-го місяця – днів)					
4. Постійне місце проживання: місто – 1, село – 2					
(вказати адресу: область, район, населений пункт, номер телефону; для приїжджиків – місце проживання родичів)					
5. Місце роботи, спеціальність або посада					
(для учнів, студентів – місце навчання; для дітей – найменування дитячого закладу, школи; для інвалідів – вид і група інвалідності, ІВВ – так, ні (підкреслити))					
6. Ким направлений хворий					
(найменування закладу охорони здоров'я)					
7. Госпіталізований(а) в стаціонар: за терміновими показаннями – 1, через _____ годин після початку захворювання, одержання травми; в плановому порядку – 2					
8. Діагноз закладу охорони здоров'я, який направив хворого:					
9. Діагноз при госпіталізації:					
10. Діагноз клінічний:					
Дата встановлення:		Лікар			(прізвище, підпис)
11. Діагноз заключний клінічний:					
а) основний					
Код за МКХ-10					

Продовження форми № 003/о						
б) ускладнення основного						
в) супутній						
12. Хірургічні операції, методи знеболювання і післяопераційні ускладнення						
Номер з/п	Назва операції код згідно з класифікатором оперативних втручань	Дата, години, хвилини	Метод знеболювання	Ускладнення (за наявності)	Хірург (П.І.Б.)	Анестезіолог (П.І.Б.)
13. Інші види лікування						
(вказати)						
для хворих на злоякісні новоутворення: 1. Спеціальне лікування: хірургічне, променеве (дистанційна гамма-терапія, рентгенотерапія, швидкі електрони, контактна і дистанційна гамма-терапія, контактна гамма-терапія і глибока рентгенотерапія); комбіноване (хірургічне і гамма-терапія, хірургічне і рентгенотерапія, хірургічне і комбіноване лікування); хіміопрепаратами, гормональними препаратами. 2. Поліативне. 3. Симптоматичне лікування.						
14. Відмітка про видачу листка непрацездатності						
№	з	по	№	з	по	
№	з	по	№	з	по	
15. Внесення діагнозу в листок непрацездатності: згоден(а), не згоден(на) (підкреслити).						
(підпис хворого)						
16. Працездатність відновлена повністю – 1; зникла – 2; тимчасово втрачена – 3; стійко втрачена – 4 (у зв'язку з даним захворюванням, з інших причин – підкреслити)						
17. Висновок для тих, хто поступає на експертизу						
18. Результат лікування: виписаний(а) з одужанням – 1, поліпшенням – 2, погіршенням – 3, без змін – 4, помер – 5; переведений(а) в інший лікувальний заклад – 6, здоровий(а) – 7.						
19. Особливі відмітки (дата проведення та час стаціонарного лікування):						
• онкологічний профілактичний огляд: _____						
• флюорографічне (R-логічне профілактичне) обстеження: _____						
(число, місяць, рік)						
20. Відмітки щодо страхування:						
Лікуючий лікар _____ Завідувач відділення _____						
(прізвище, підпис) (прізвище, підпис)						

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, органу місцевого самоврядування у сфері управління ліжком перебуває заклад, _____	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	Форма первинної облікової документації
Найменування та місцезнаходження закладу, відповідальні особи якого заповнили повідомлення, _____	№ 106/о
	ЗАТВЕРДЖЕНО
Ідентифікаційний код ЄДРПОУ _____	Наказ МОЗ України 08.08.2006 № _____

Лікарське свідоцтво про смерть №

(остаточне, попереднє, замість попереднього № _____, замість остаточного № _____)

(видається для реєстрації в органах реєстрації актів цивільного стану)

"____" _____ 20__ р.

(дата видачі)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого _____
2. Стать: чол.-1, жін.-2 (підкреслити) _____
3. Дата народження: рік _____ місяць _____ число _____
4. Дата смерті: рік _____ місяць _____ число _____
5. Для дітей, які померли у віці від 6 днів до 1 місяця: доношений – 1, недоношений – 2 (підкреслити) _____
6. Для дітей, які померли у віці від 6 днів до 1 року: а) маса (вага) при народженні _____ г, б) зріст при народженні _____ см.
7. Місце проживання померлого: Держава _____, республіка, область _____, район _____, місто, селг. – 1, селище – 2 (підкреслити) _____, вул. _____, буд. _____, кв. _____
8. Місце смерті: а) держава _____, республіка, область _____, район _____, населений пункт _____ (вписати) б) смерть настала: у стаціонарі – 1, вдома – 2, в іншому місці – 3 (підкреслити) _____

(вписати де)

ліній відбитку

Довідка про причину смерті

(до форми № 106/о № _____, видається для поховання)

1. Прізвище, ім'я, по батькові померлого _____	
2. Вік померлого _____	3. Дата смерті "____" _____ 20__ р. (число, місяць, рік)
4. Причина смерті _____ (основна причина смерті)	
Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який видає довідку _____	
"____" _____ 20__ р. (дата видачі)	М.П. _____ (підпис лікаря)
9. Смерть настала внаслідок: захворювання – 1, нещасного причини смерті – 2, нещасного випадку поза виробництвом – 3, нещасного випадку у зв'язку з виробництвом – 4, навмисного самошкодження – 5, нападу з метою убивства чи нанесення ушкодження – 6, випадків ушкодження з невизначеним наміром – 7, ушкодження внаслідок дій, передбачених законом, та воєнних операцій – 8, ускладнення внаслідок терапевтичної та хірургічної допомоги – 9, віддалених наслідків зовнішніх причин захворюваності та смертності – 10 (підкреслити).	

10. Причина смерті встановлена: лікарем, який тільки встановив смерть, – 1, лікарем, який лікував померлого, – 2, патологоанатомом – 3, судово-медичним експертом – 4 (підкреслити)	
11. Я, лікар _____ (прізвище, ім'я, по батькові), посада _____, засвідчую, що на підставі огляду трупа – 1, записів лікаря в медичній документації – 2, попереднього нагляду за хворим – 3, розтину – 4 (підкреслити) мною визначена послідовність патологічних процесів (станів), які призвели до смерті, та встановлена така причина смерті:	
I. Хвороба (патологічні стани), що призвела до смерті:	
а) _____ (безпосередня причина смерті)	Приблизний час смерті: початком або розпочаття смерті
б) _____	
в) _____	
г) _____	
(б, в, г - захворювання та патологічні стани, що зумовили безпосередню причину смерті; основна причина смерті вказується в останню чергу)	
II. Інші суттєві стани (конкуруючі, поєднані, фонові, підкреслити), які сприяли смерті, але не пов'язані із захворюванням чи його ускладненням, яке безпосередньо є причиною смерті _____.	
У разі смерті жінок під час вагітності або після пологів у період до одного року зазначити <u>дідь</u> : день вагітності _____, день післяпологового періоду _____, тиждень після пологів _____	
12. У випадках смерті від травми, отруєння та дії зовнішніх чинників: а) дата травми (отруєння): рік _____, місяць _____, число _____; б) місце й обставини, при яких відбулася травма (отруєння) _____	
13. Якщо померлий (а) відноситься до осіб, що постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, зазначити категорію _____, серію _____ посвідчення (вписати).	
Підпис лікаря, який заповнив свідоцтво _____	М.П. _____
(прізвище, ім'я, по батькові одержувача)	(підпис)
	"____" _____ 20__ р.

Витяг з інструкції щодо заповнення і реєстрації лікарського свідоцтва про смерть

3.11. У пункті 11 лікар указує свої прізвище, ім'я, по батькові, посаду і зазначає підставу, яка дає змогу визначити послідовність патологічних процесів, які призвели до смерті, і вказує причину смерті.

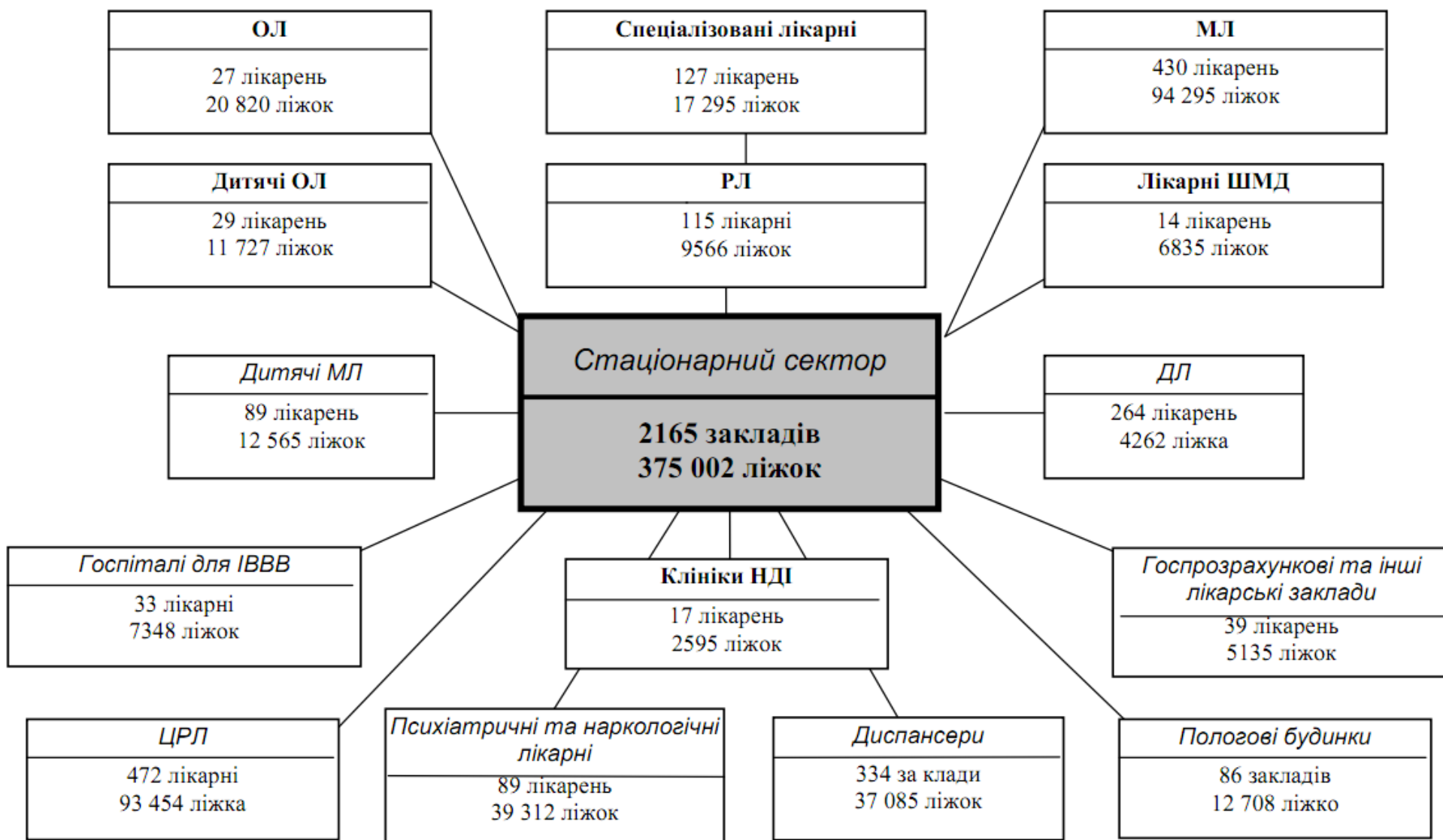
Основною (первинною) причиною смерті потрібно вважати хворобу або травму, що призвела до розвитку хворобливих процесів, які спричинили смерть, або наслідки нещасного випадку чи насильства, що стали причиною смерті.

У частині I пункту 11 у рядку "а" записується хвороба або стан, що безпосередньо призвела до смерті, у рядках "б", "в", "г" зазначаються патологічні стани (якщо такі були), що зумовили безпосередню причину смерті (згадану вище); основна причина смерті вказується в останню чергу. Під безпосередньою причиною смерті потрібно розуміти хворобу або стан, що безпосередньо викликали смерть.

У деяких випадках основне захворювання і безпосередня причина смерті можуть збігатися.

У кожному рядку повинно бути записано тільки одне захворювання або патологічний стан. Зазначення приблизного інтервалу (хвилини, години, тижні, місяці або роки) між початком захворювання та смертю допомагає лікарю правильно вибрати код причини смерті.

У частині II свідоцтва записуються інші суттєві стани або захворювання, які сприяли настанню смерті, але не були пов'язані із хворобою чи станом, що безпосередньо призвели до смерті. У цьому пункті потрібно вказати дату операції, інфаркту міокарда, інсульту, термін вагітності, якщо такі мали місце. Код за МКХ-10 у квадратик ліворуч на лікарському свідоцтві про смерть



Структура стаціонарного сектору системи МОЗ України у 2013 р.

Логічна структура теми
ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ СТАЦІОНАРІВ РІЗНИХ РІВНІВ, ОБЛІК І АНАЛІЗ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ.
СТАЦІОНАРОЗАМІННІ ФОРМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ЧИННИКИ, ЩО ВЛИВАЮТЬ НА ПОТРЕБУ У СТАЦІОНАРНІЙ ДОПОМОЗІ	Медико-демографічні	Медико-організаційні	Соціально-економічні	Соціально-психологічні					
ПРИЧИНИ ЗНАЧНОГО РІВНЯ ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ неадекватне лікування на різних рівнях амбулаторно-поліклінічної допомоги ▪ недостатня наступність лікування (поліклініка-стаціонар, лікарі загальної практики, лікарі-спеціалісти) ▪ пізнє звертання по медичну допомогу ▪ постаріння населення, недостатня організація надання як медичної, так і соціальної допомоги людям похилого віку ▪ недостатня організація стаціонарозамінних форм надання лікувальної допомоги 								
ФУНКЦІЇ СУЧАСНОЇ ЛІКАРНІ	ЗАВДАННЯ ЛІКАРНІ	СТРУКТУРА ЛІКАРНІ	ПОКАЗАННЯ ДО НАПРАВЛЕННЯ В СТАЦІОНАР	ШЛЯХИ ПОСТУПЛЕННЯ В СТАЦІОНАР					
<ul style="list-style-type: none"> • лікувально-відновлювальна • профілактична • навчальна • науково-дослідницька 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ надання спеціалізованої цілодобової стаціонарної допомоги в достатньому обсязі ▪ апробація та впровадження сучасних методів діагностики, лікування, профілактики ▪ комплексне відновлювальне лікування ▪ експертиза непрацездатності ▪ гігієнічне виховання населення 	<ul style="list-style-type: none"> • приймальне відділення • спеціалізовані лікувальні відділення • лікувально-допоміжні та діагностичні підрозділи • патолого-анатомічне відділення • харчоблок • інформаційно-аналітичний відділ (архів) 	<ul style="list-style-type: none"> • наявність невідкладних показань • застосування інтенсивних методів лікування • необхідність проведення складних діагностичних досліджень 	<ul style="list-style-type: none"> • за направленнями лікарів амбулаторно-поліклінічних закладів • за направленнями служби швидкої медичної допомоги, • за безпосереднім звертанням пацієнтів при наявності екстрених показань • переведення з іншого стаціонару 					
ВИДИ ЛІКАРЕНЬ	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 25%;"> <i>За автономністю</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Самостійна ▪ Об'єднана (з поліклініками) </td> <td style="vertical-align: top; width: 25%;"> <i>За потужністю</i> Лікарні від I до V категорій (в залежності від кількості ліжок) </td> <td style="vertical-align: top; width: 25%;"> <i>За профілем</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Монопрофільна (спеціалізована) ▪ Багатопрофільна </td> <td style="vertical-align: top; width: 25%;"> <i>За рівнем надання медичної допомоги</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ті, що надають вторинну допомогу (сільська дільнична, районна, міська лікарня, пологовий будинок, лікарня швидкої допомоги, хоспіс) ▪ ті, що надають третинну допомогу (обласна лікарня, диспансер, перинатальний центр, клініка НДІ) </td> <td style="vertical-align: top; width: 25%;"> <i>Лікарні нового типу (в госпітальних округах)</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування ▪ лікарня для планового лікування хронічних хворих ▪ лікарня для відновного лікування ▪ заклад медико-соціальної допомоги ▪ хоспіс </td> </tr> </table>				<i>За автономністю</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Самостійна ▪ Об'єднана (з поліклініками) 	<i>За потужністю</i> Лікарні від I до V категорій (в залежності від кількості ліжок)	<i>За профілем</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Монопрофільна (спеціалізована) ▪ Багатопрофільна 	<i>За рівнем надання медичної допомоги</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ті, що надають вторинну допомогу (сільська дільнична, районна, міська лікарня, пологовий будинок, лікарня швидкої допомоги, хоспіс) ▪ ті, що надають третинну допомогу (обласна лікарня, диспансер, перинатальний центр, клініка НДІ) 	<i>Лікарні нового типу (в госпітальних округах)</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування ▪ лікарня для планового лікування хронічних хворих ▪ лікарня для відновного лікування ▪ заклад медико-соціальної допомоги ▪ хоспіс
<i>За автономністю</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Самостійна ▪ Об'єднана (з поліклініками) 	<i>За потужністю</i> Лікарні від I до V категорій (в залежності від кількості ліжок)	<i>За профілем</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Монопрофільна (спеціалізована) ▪ Багатопрофільна 	<i>За рівнем надання медичної допомоги</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ті, що надають вторинну допомогу (сільська дільнична, районна, міська лікарня, пологовий будинок, лікарня швидкої допомоги, хоспіс) ▪ ті, що надають третинну допомогу (обласна лікарня, диспансер, перинатальний центр, клініка НДІ) 	<i>Лікарні нового типу (в госпітальних округах)</i> <ul style="list-style-type: none"> ▪ багатопрофільна лікарня інтенсивного лікування ▪ лікарня для планового лікування хронічних хворих ▪ лікарня для відновного лікування ▪ заклад медико-соціальної допомоги ▪ хоспіс 					
ЗАХОДИ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ СТАЦІОНАРУ	<ul style="list-style-type: none"> ▪ запровадження ефективної системи фінансування стаціонарної допомоги; ▪ обґрунтований відбір амбулаторно-поліклінічними закладами хворих, своєчасна їх госпіталізація до відділення відповідного профілю; ▪ всебічна підготовка планових хворих до госпіталізації; ▪ своєчасна організація консультацій; ▪ створення або розширення мережі денних та домашніх стаціонарів для хворих, які не потребують цілодобового спостереження; ▪ встановлення чітких взаємозв'язків між поліклініками, стаціонарами та закладами медико-соціальної допомоги; ▪ поліпшення якості надання ПМСД; ▪ інтенсифікація діагностичного та лікувального процесів у стаціонарах; ▪ організація диференційованого стаціонарного лікування (з урахуванням стану здоров'я хворого, об'єму надання допомоги) та догляду; ▪ впровадження комплексної системи контролю якості роботи стаціонару ▪ розширення системи медико-соціальної допомоги населенню; ▪ розширення надання допомоги окремим контингентам хворих у спеціалізованих закладах (хоспіс, лікарні для наркозалежних пацієнтів, із ВІЛ/СНІД захворюваннями тощо) 								

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».

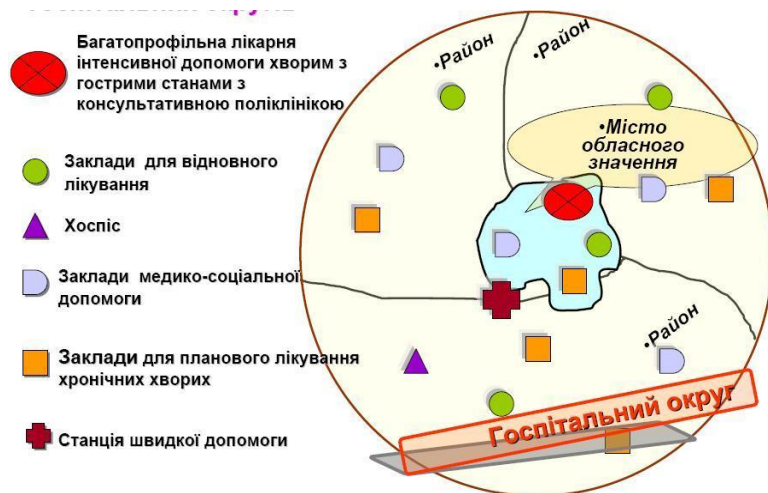
Проект постанови визначає:

- 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»)

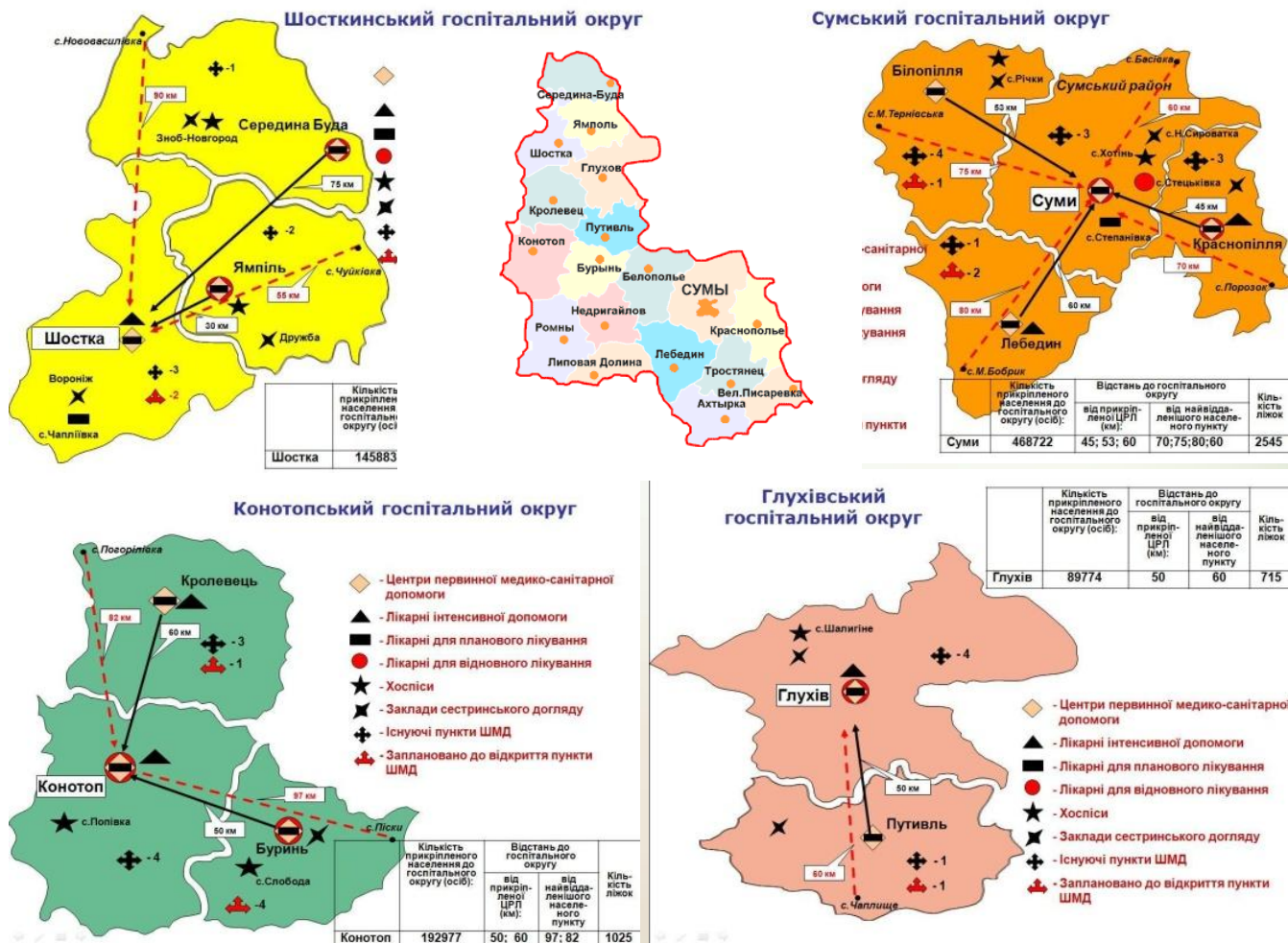
Фельдшерсько-акушерський (фельдшерський пункт (ФАП/ФП)) є підрозділом амбулаторного ЦПМД, що забезпечує надання долікарської допомоги. Створюється у населеному пункті з населенням 300 осіб і більше, очолює завідувач

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, біоро 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 				

Тема 4: ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ.

Мета заняття

Вивчити основи організації акушерсько-гінекологічної допомоги з врахуванням розвитку сучасних перинатальних технологій; зміст роботи та структуру жіночої консультації. Засвоїти методику аналізу роботи жіночої консультації та пологового будинку.

Обґрунтування мети: Охорона здоров'я матері та дитини є одним із пріоритетних напрямків діяльності закладів охорони здоров'я. Провідне місце в здійсненні заходів щодо збереження та зміцнення здоров'я жінок і майбутніх дітей посідає акушерсько-гінекологічна допомога. Знання організації цього виду допомоги дає змогу оцінювати обсяг лікувально-профілактичних заходів, що проводяться стосовно майбутньої матері. Обчислення та оцінка показників роботи жіночої консультації та пологового будинку дозволяє розробляти заходи, спрямовані на покращання діяльності цих закладів.

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- суть і значення системи охорони материнства та дитинства в зміцненні здоров'я жінок, зниженні материнської, перинатальної смертності та смертності немовлят;
- організацію надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам у медичних закладах різних рівнів;
- завдання, структуру, зміст і організацію роботи жіночої консультації та пологового будинку;
- основні організаційні елементи медичного забезпечення вагітних, роділь і породіль

вміти:

- проводити експертну оцінку надання медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям;
- обчислювати та оцінювати показники діяльності (індикатори якості) закладів акушерсько-гінекологічного профілю.

Питання для вхідного контролю знань:

1. Медико-соціальне значення системи охорони здоров'я матері та дитини.
2. Стан репродуктивного здоров'я населення України.
3. Аборти як медико-соціальна проблема.
4. Проблема безпліддя в Україні.
5. Заклади, в яких надається акушерсько-гінекологічна допомога.
6. Структура та завдання жіночої консультації.
7. Облікова документація жіночої консультації.
8. Показники діяльності жіночої консультації.
9. Основні організаційні елементи медичного забезпечення вагітних, роділля і породілля.
10. Завдання медичного персоналу закладів сімейної медицини в організації акушерсько-гінекологічної допомоги.
11. Структура та завдання стаціонару пологового будинку.
12. Функції медичного персоналу пологового будинку.
13. Обліково-звітна документація пологового будинку.
14. Показники діяльності пологового будинку.
15. Особливості організації акушерсько-гінекологічної допомоги сільському населенню.
16. Медико-соціальні фактори, що впливають на рівні смертності немовлят
17. Медико-соціальні фактори, що впливають на рівні материнської смертності.
18. Функції різних закладів охорони здоров'я (жіночої консультації, дитячої поліклініки, санітарно-епідеміологічної станції) по антенатальній охороні плоду.
19. Програма планування сім'ї, заходи щодо її здійснення.
20. Мета та основні риси реформування акушерсько-гінекологічної допомоги.
21. Суть регіоналізації. Критерії визначення рівня перинатальної допомоги.
22. Перинатальний центр – сучасний заклад третинної допомоги системи охорони здоров'я матері та дитини.
23. Роль екстреної медичної допомоги та санаторно-курортної допомоги вагітним.
24. ЕКЗ. Сурогатне материнство – питання для дискусії.

Перелік основних обліково-звітних документів:

- Індивідуальна карта вагітної і породіллі, ф. № 111/о
- Анкета-заява вагітної
- Лікарський висновок про переведення вагітної на іншу роботу ф. № 084/о
- Обмінна карта пологового будинку, пологового відділення лікарні. Відомості жіночої консультації (пологового будинку) про вагітну, ф. № 113/о
- Журнал запису пологової допомоги вдома, ф. № 032/о
- Історія пологів, ф. № 096/о
- Карта розвитку новонародженого, ф. № 097/о.

Основні організаційні елементи надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної медичної допомоги вагітним, роділлям і породіллям

1. Забезпечення звертання жінок до медичних закладів різних рівнів в ранні терміни вагітності (до 12 тижнів)*.
2. Огляд вагітної в обов'язковому порядку проводять лікарі:
 - акушер-гінеколог (лікар загальної практики-сімейний лікар): 9 разів при нормальному перебігу вагітності – до 12 тижнів, через 2 тижні після першого візиту, на 19-21 тиждень, на 25-26 тиждень, на 30 тиждень, на 34-35 тиждень, на 38, 40 та 41 тижні, в подальшому запропонувати направити до пологового будинку;
 - терапевт (два рази, в т.ч. перший огляд, до 12 тижнів вагітності);
 - стоматолог, отоларинголог, окуліст;
 - інші спеціалісти за показаннями.
3. Проведення досліджень:
 - Аналіз крові (з визначення кількості тромбоцитів – 2 рази, резус-фактор 2 рази, група крові – 1 раз).
 - Загальний аналіз сечі (7 разів, загальний аналіз, включаючи тест на білок – щоразу, посів сечі – 1 раз).
 - Серологічне обстеження на сифіліс – 2 рази.
 - Тест на ВІЛ-інфекцію – 2 рази
 - Тест на наявність HbsAg – 1 раз
 - Мазок на флору - (за показаннями)
 - Двогодинний тест толерантності до глюкози – 1 раз
 - УЗД – дворазово (від 11 тижнів+1 день до 13 тижнів+6 днів; від 18 тижнів до 20 тижнів+6 днів; додатково при необхідності у 32 та у 42 тижні);
 - Медико-генетичне консультування - за показаннями.
4. Оцінка умов праці. Жінці, що працює в шкідливих умовах, потрібно видати відповідне заключення (згідно з діючим законодавством) ф. № 084/о.
5. Надання розгорнутої інформації щодо здорового способу життя.
6. Після пологів жінка повинна відвідати лікаря протягом двох тижнів після виписки зі стаціонару.
7. Антенатальний патронаж проводиться дитячою поліклінікою з 28 тижнів вагітності.

***Перший візит**

- Збір анамнезу (загального, включаючи психічні захворювання, акушерського, гінекологічного; стан здоров'я батька дитини).
- Загальний огляд; пальпація щитоподібної залози; аускультация серця і легенів; огляд і пальпація молочних залоз; пальпація лімфатичних вузлів; вимірювання артеріального тиску (на одній руці), пульсу (частота, ритмічність), температури тіла; вимірювання зросту, маси тіла і розрахунок ІМТ.
- Гінекологічний огляд (в дзеркалах та бімануальне дослідження).
- Мазок на цитологічне дослідження, мазок на флору (за показаннями: при наявності скарг та клінічних проявів).
- Лабораторні обстеження: загальний аналіз сечі (включаючи тест на наявність білку); посів сечі (виявлення безсимптомної бактеріурії); група крові та резус-належність; загальний аналіз крові з визначенням кількості тромбоцитів і гематокриту; серологічне обстеження на сифіліс (перше).
- Тест на ВІЛ-інфекцію (перший), тест на наявність HbsAg

Шкала рівнів доказовості досліджень, що склали основу клінічних рекомендацій:

А – систематичний огляд або високоякісний мета-аналіз РКД, окреме високоякісне РКД. Рекомендації цього рівня є найбільш вірогідними і науково обґрунтованими.

В – високоякісний систематичний огляд когортних досліджень або досліджень “випадок-контроль”, високоякісне когортне дослідження або дослідження “випадок-контроль”. Рекомендації цього рівня мають високий рівень вірогідності та можуть бути підґрунтям для прийняття клінічного рішення.

С – окремі дослідження або дослідження серії випадків. Рекомендації цього рівня використовуються для обґрунтування певних клінічних вирішень за відсутності доказів рівня А(І) і В(ІІ-ІІІ).

Д – думка експертів, що базується на досвіді або даних експериментальних досліджень. Рекомендації цього рівня використовуються для прийняття клінічних рішень, якщо дослідження А(І), В(ІІ-ІІІ), С(ІV) не проводилися з етичних або інших причин.

Приклад:

Що повинно бути зроблено під час візиту	Рівень доказовості
Заповнення жінкою анкети вагітної	А
Виявлення факторів ризику гестаційного діабету	В
Виявлення факторів ризику прееклампсії	С
Оцінка умов праці	Д

	Код форми за ЗКУД _____	Код закладу за ЗКПО _____	
Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ		
Найменування закладу	ФОРМА № 1 1 1 / о		
Затверджена наказом МОЗ України			
2 7 1 2 9 9 р. № 3 0 2			
ІНДИВІДУАЛЬНА КАРТА ВАГІТНОЇ І ПОРОДІЛЛІ			
Група крові _____ Резус-приналежність вагітної _____ Її чоловіка _____ 1. Взята на облік _____ (число, місяць, рік)	Реакція Вассермана I "_____" _____ р. II "_____" _____ р. Результат дослідження на гонококи _____ Обстеження на токсоплазмоз РЗК (за показаннями) _____ Шкірна проба _____ РЗК _____		
Прізвище, ім'я, по батькові _____			
Дата народження _____ (число, місяць, рік)			
Сімейний стан: шлюб зареєстрований – 1, не зареєстрований - 2, одинока – 3			
Домашня адреса, телефон _____			
Освіта: початкова, середня, вища (підкреслити)			
Місце роботи, телефон _____			
Професія або посада _____ умови праці _____			
Прізвище і місце роботи чоловіка, телефон _____			
2. Діагноз: вагітність (яка за №) _____ Пологи _____			
Ускладнення даної вагітності _____			
Екстрагенітальні захворювання (діагноз) _____			
3. Результат вагітності: аборт, пологи в строк, передчасні (підкреслити) _____ _____ тижнів. Дата _____			
Особливості пологів _____			
Дитина: жива, мертва, маса (вага) _____ г, зріст _____ см			
Виписалася, переведена до лікарні, померла в пологовому будинку (підкреслити)			
Діагноз _____			

4. Анамнез								
Перенесені захворювання: загальні _____								
Гінекологічні _____								
Операції _____								
Статеве життя з _____ років. Здоров'я чоловіка _____								
Менструація з _____ років і особливості _____								
Остання менструація з _____ по _____ р.								
Перше ворушіння плоду "_____" _____ р.								
РЕЗУЛЬТАТ ПОПЕРЕДНІХ ВАГІТНОСТЕЙ								
№ п/п	Рік	Чим закінчилася вагітність, при якому терміні				Дитина народилася жива, мертва, маса (вага)	Дитина жива, померла, в якому віці	Особливості перебігу попередніх вагітностей
		Абортами		Пологами				
		Штучні ми	Мимовільними	Передчасними	В строк			
5. Перше обстеження вагітної								
Зріст _____ см. Маса (вага) _____ кг. Особливості будови тіла _____								
Стан молочних залоз _____								
Серцево-судинної системи _____								
Артеріальний тиск: на правій руці _____ на лівій _____								
Інші органи _____								
Розміри таза: Д. Sp. _____ Д. Ст. _____ Д. troch. _____ С. ext. _____ C. diag. _____ C. vera _____								
Зовнішнє акушерське дослідження: висота дна матки _____ см								
Окружність живота _____ см. Положення плоду, позиція, вид _____								
Передлежання _____								
Серцебиття плоду _____								
ВАГНАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ					ПРИЗНАЧЕННЯ			
Зовнішні статеві органи _____					_____			
Піхва _____					_____			
Шийка матки _____					_____			
Тіло матки _____					_____			
Придатки _____					_____			
Особливості _____					_____			
Діагноз: строк вагітності _____ тижнів					_____			
Передбачуваний строк пологів _____					_____			
Підпис лікаря _____					Дата _____			

Назва міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, у сфері управління яких перебуває заклад _____ Найменування та повна адреса закладу _____ Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	<p align="center">Медична документація Форма первинної облікової документації №113/о Затверджено Наказ МОЗ України 13.02.2006 №67</p>
<p>ОБМІННА КАРТА пологового будинку, пологового відділення лікарні Талон 3. Відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про новонародженого</p>	
<p>1. Прізвище, ім'я, по батькові породіллі _____ 2. Місце проживання _____ 3. Пологи відбулись _____ (число, місяць, рік) 4. Від якої вагітності за рахунком народилася дитина _____ з терміном вагітності _____ тижнів Попередні вагітності закінчились: абортми (штучними, самовільними) _____, пологами _____, у тому числі з мертвим плодом _____ 5. Пологи одноплідні, багатоплідні (підкреслити); при багатоплідних пологах народилася _____ за рахунком 6. Особливості перебігу вагітності _____ _____</p>	
<p>7. Особливості перебігу пологів (тривалість, ускладнення в пологах у матері і плоду) _____ _____</p>	
<p>8. Знеболювання застосовувалось, ні (підкреслити), яке, ефективність _____ _____</p>	
<p>9. Перебіг післяпологового періоду (захворювання) _____ _____</p>	
<p>10. Виписаний на _____ день після пологів 11. Стан матері при виписці _____ _____</p>	

<p>Відомості про новонародженого</p>	
<p>12. Стать дитини: хлопчик, дівчинка (підкреслити), зріст при народженні _____ см, вага при народженні _____ г, при виписці _____ г. 13. Фізіологічна втрата маси тіла _____ г, вага стабілізувалась на _____ добу. 14. Стан дитини: при народженні – оцінка за шкалою Апгар – закричав: зразу, ні (підкреслити), чи проводились засоби щодо оживлення (які) _____ _____</p>	
<p>спільне перебування з матір'ю з _____ години після пологів, прикладання до грудей на _____ години після пологів, лактація достатня: так, ні (підкреслити), вигодовування – грудне, змішаним молоком матері (підкреслити), у разі переведення на штучне вигодовування – указати причину _____ вигодовування молочною сумішшю, додоювання (указати, чим саме) в об'ємі _____ залишок пуповини відпав на _____ добу, стан пупкової ранки (чиста, суха, інше) _____</p>	
<p>15. Перебіг періоду адаптації _____ _____</p>	
<p>16. Додаткові обстеження _____ _____</p>	
<p>17. Терапія, режим _____ _____</p>	
<p>18. Вакцинація БЦЖ _____ 20__ р., 0,05 мг в 1 мл; серія _____, контроль _____. Якщо ні, то вказати _____ причину _____ ВГВ _____ Строк придатності _____, виробник _____</p>	
<p>19. Скринінг на ФКУ: дата _____, результат _____ 20. Лекція з догляду за дитиною та вигодовування проведена _____, ким _____ (лікар-неонатолог, _____ медсестра)</p>	
<p>21. Дитина виписана в задовільному стані на _____ добу з вагою тіла _____ г 22. _____ _____ _____</p>	
<p>23. Рекомендовано огляд дільничного лікаря в перші дві доби після виписки, консультації. 24. Група здоров'я _____ 25. Рекомендації _____ _____</p>	
<p>26. Особливі зауваження _____ _____</p>	
<p>_____ 20__ р. Лікар акушер-гінеколог _____ Лікар педіатр-неонатолог _____ (прізвище, підпис) (прізвище, підпис) Зав. відділенням новонароджених _____</p>	

Форма інформованої згоди

ДО УВАГИ ПАЦІЄНТА!

Уважно прочитайте і вивчіть документ.

Керуйтеся основними його положеннями в своїх інтересах.

З'ясуйте з медичними працівниками незрозумілі для Вас питання.

Ви можете внести в текст зміни і поправки на свій розсуд.

ЗАЯВА

(кому: назва медичного закладу і його адреса)

про згоду на комплекс медичних обстежень та виконання рекомендацій лікаря під час моєї вагітності (далі Згода).

1. Будь-ласка, напишіть нижче Ваші П.І.Б.

Я _____

2. Будь-ласка, підпишіться _____

3. Напишіть нижче поштову адресу Вашого фактичного місця проживання і Ваші контактні телефони _____

У відповідь на отриману інформацію від свого лікуючого лікаря про перебіг моєї вагітності, про важливість виконання мною всіх рекомендацій медичних працівників про відповідальність за здоров'я моєї майбутньої дитини, а також запропонованих лікарем шляхів вирішення моїх медичних проблем, заповненням цієї форми, завіреної моїм підписом, даю офіційну згоду:

- систематично відвідувати лікаря у призначений мені день і годину (в разі неможливості візиту до лікаря зобов'язуюсь повідомити його у телефонному режимі чи в іншій формі);

- вчасно проходити всі запропоновані мені методи обстеження (лабораторні, фізикальні, УЗД);

- при необхідності бути оглянутою іншими фахівцями (при наявності показів);

- при необхідності пройти медико-генетичне консультування та провести обстеження на спадкову патологію та вади розвитку плода (лабораторні, фізикальні, інвазивні);

- при необхідності бути скерованою на вищий рівень надання медичної допомоги;

- при необхідності пройти курс лікування амбулаторно чи в стаціонарних умовах.

Я підтверджую, що для прийняття рішення про Згоду, я достатньо інформована в доступній для мене формі:

- про мету, метод і терміни запропонованих мені обстежень і втручань;
- про прогнозовану для мене перевагу медичних втручань;
- про ризик можливих ускладнень медичних втручань, а також можливих негативних наслідків лікування;
- про професійну кваліфікацію медичного персоналу.

Я підтверджую, що для прийняття рішень про Згоду я достатньо інформована і про інші альтернативні способи вирішення моїх медичних проблем, а також про лікувальні заклади, де вони виконуються (державні і приватні заклади).

Я підтверджую, що для прийняття остаточного рішення про згоду, я мала достатньо можливостей для незалежного пошуку та отримання необхідної інформації, а також її аналізу та порівняння.

Я підтверджую, що можлива шкода від медичних втручань для мене менш значуща, ніж обставини, які спонукали мене погодитися на них, і тому я **ДОБРОВОЛЬНО І СВІДОМО** даю свою згоду на застосування по відношенню до мене запропонованого комплексу медичних втручань, а також інших медичних втручань, які будуть доповнювати і забезпечувати адекватний лікувальний процес.

Тим не менше, нижче я вказую медичні втручання, від яких я відмовляюся за будь-яких обставин, крім випадків безпосередньої загрози для мого життя та життя моєї дитини або повторного узгодження зі мною: _____

Я знаю, що не існує абсолютно безпечних медичних втручань і будь-який медичний вплив на людину викликає відповідні реакції його організму, які іноді можуть бути атипичними не передбачуваними. І я розумію, що медичні фахівці проведуть всі можливі заходи для попередження загрози моему життю і спричинення шкоди моему здоров'ю і здоров'ю моєї дитини.

Я не заперечую, щоб у моїх інтересах були задіяні інші компетентні медичні установи.

Я знаю, що суворе дотримання призначень і рекомендацій лікарів є необхідною умовою для успішного результату, тому я беру на себе зобов'язання неухильно виконувати всі вимоги до мене, як до пацієнта. І я визнаю, що несу відповідальність за результати медичних втручань, у разі відхилень з мого боку від приписів лікарів.

Я підтверджую, що обізнана про те, що можу відмовитися від даної Згоди на свій розсуд, до початку медичних втручань шляхом написання відповідної заяви і обов'язкового своєчасного повідомлення про це лікуючого лікаря або відповідального представника _____

(назва медичної установи)

На випадок моєї медичної невідздатності, тут, я вказую людину, якій я довіряю представляти мої інтереси і приймати від мого імені рішення виключно з медичних питань, що виходять від лікарів і потребують моєї згоди: _____

(П.І.Б.)

фактичне місце проживання та контактна інформація (робочі, домашні, мобільні телефони)

Я підтверджую, що мала необмежену можливість вносити зміни в текст цього документа на свій розсуд.

Пацієнт

(_____)
підпис _____ вкажіть Ваші П.І.Б.

(Вкажіть прописом дату Вашого підпису)

Цей документ підписаний у присутності свідків:

підпис свідка _____ П.І.Б. Контактна інформація _____

підпис свідка _____ П.І.Б. Контактна інформація _____

Міністерство охорони здоров'я України	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ ФОРМА № 08410 Затверджена наказом МОЗ України 27 грудня 1999р. №302
Найменування закладу	
Лікарський висновок про переведення вагітної на іншу роботу	
Прізвище, ім'я, по батькові _____	
Місце роботи і посада _____	
Вагітність _____	тижнів _____
Підстава для переведу _____	
Рекомендована робота _____	
Прізвище, ім'я, по батькові лікаря _____	
Підпис _____	
Дата видачі: " _____ " _____ р.	
Перевод здійснений _____	
Посада керівника _____	
Підпис _____	
Дата " _____ " _____ р.	
Узгоджено Голова профкому Підпис _____	

АНКЕТА ВАГІТНОЇ

(заповнюється вагітною при першому зверненні)

Дата: _____

ПІП: _____

Вік: _____

Адреса: _____

Тел.: _____

Професія: _____

1. Дані про здоров'я жінки

Будь ласка, вкажіть, яку хворобу із наступних Ви маєте або мали

СНІД/ВІЛ	так	ні	Не знаю	Захворювання жовчного міхура	Так	ні	Не знаю
Високій кров'яний тиск	так	ні	Не знаю	Захворювання нирок, набряки	Так	ні	Не знаю
Тромбофлебіт	так	ні	Не знаю	Інфекції сечових шляхів, цистит	Так	ні	Не знаю
Цукровий діабет	так	ні	Не знаю	Туберкульоз	Так	ні	Не знаю
Головні болі	так	ні	Не знаю	Рак	Так	ні	Не знаю
Розлади зору	так	ні	Не знаю	Бронхіальна астма	Так	ні	Не знаю
Жовтуха	так	ні	Не знаю	Захворювання щитовидної залози	Так	ні	Не знаю
Серцебиття, задишка	так	ні	Не знаю	Депресія, психічні розлади	Так	ні	Не знаю
Ревматизм, вади серця	так	ні	Не знаю	Анемія	Так	ні	Не знаю
Епілепсія	так	ні	Не знаю	Інше	так	ні	Не знаю

2. Дані про здоров'я сім'ї

Будь ласка, вкажіть яку хворобу мають Ваші батьки, брати (сестри), діти або дід (баба)

Хвороба	Мати	Батько	Брат	Сестра	Дитина	Мати чоловіка	Батько чоловіка
Високій кров'яний тиск							
Захворювання серця, вади серця							
Цукровий діабет							
Рак							
Вроджені аномалії							
Близнюки							
Захворювання щитовидної залози							
Розлади згортання крові, варикоз вен							
Туберкульоз							
Бронхіальна астма							

Психічні розлади							
Інше							

3. Ліки

Будь ласка, вкажіть ліки і відповідні дози, які Ви вживаєте зараз:

4. Хірургічні втручання

Операція	Рік	Лікарня	Результат операції

5. Алергічні прояви

Будь ласка, вкажіть, які лікові алергії та їхні відповідні реакції Ви маєте:

Ліки	Реакція

6. Соціальний анамнез

Ви палите? Так Ні Як часто? _____

Вживаєте алкоголь? Так Ні Як часто? _____

Ви приймаєте транквілізатори? Так Ні Як часто? _____

Ви приймаєте наркотики? Так Ні Як? _____

У Вас активне статеве життя? Так Ні

Скільки статевих партнерів Ви мали протягом останнього року?

Чи робили Вам коли-небудь переливання крові? Так Ні Вкажіть причину _____

Чи були ускладнення переливання крові? _____

7. Історія вагітностей (включаючи пологи, викидні та аборти)

В якому році були попередні вагітності	Як закінчилась вагітність (народження дитини, викидень або аборт)?	Тривалість (тижнів)	Стать дитини	Вага (гр)	Тривалість пологів	Вид пологів (вчасні, передчасні, кесарський розтин)	Ускладнення (кровотеча, інфекція, вишкрібання)

8. Характер менструальної функції

Перша менструація в _____ років

Частота (кількість днів з початку однієї менструації до другої) _____ днів
 Тривалість _____ днів
 Кількість (легка, середня, значна) _____
 Дисменорея (менструальні болі) _____
 Кровотечі _____
 Останній нормальний менструальний період _____

9. Історія гінекологічних захворювань та процедур

Чи мали Ви будь-яке із наступних захворювань:

Захворювання	так	ні	Не знаю	СНІД	так	ні	Не знаю
Гонорея				Кандидоз			
Хламідії				Трихоманоз			
Сифіліс				Кольпоскопія шийки матки			
Бородавки статевих органів				Діатермокоагуляція/кріохірургія шийки матки			
Вагінальний герпес				Конізація шийки матки			
Інфекції маткових труб? Хронічні захворювання статевих органів				Лазерна хірургія, лапароскопія			
Бетагемолітичний стрептокок?				Операції на статевих органах			
Патологічні виділення				Цитомегаловірус			
Дані онкоцитології				Інше			
Токсоплазмоз							

10. Застосування протизаплідних методів

Метод	Дата	Ефективність	Ускладнення
Протизаплідні пігулки			
Внутрішньоматкові засоби			
Діафрагма			
Презервативи			
Піна, гель, крем			
Норплант			
Природний			
Депо Провера			

Підпис _____

«Школа підготовки сім'ї до пологів»

Мета: підготовка сімейної пари до відповідального батьківства, народження здорової дитини та збереження здоров'я матері шляхом консультативної адаптації до вагітності, підготовки до пологів та перебігу післяпологового періоду.

Організація допологового навчання є одним з принципів, який підтверджений безпечністю та ефективністю.

Заняття для навчання батьків організуються у допологовий період, щоб майбутні батьки могли зустрітись у подібній ситуації, поділитись досвідом та знаннями, а також обговорити надії, страх та сподівання.

Допологове навчання має ряд переваг:

- сприяє значному зниженню застосування знеболюючих препаратів під час пологів;
- сприяє підвищенню настрою та викликає позитивні емоції у жінки та членів родини після пологів;
- не має негативних наслідків.

Завдання допологової підготовки:

1. Формування позитивного ставлення жінки до вагітності, пологів та майбутньої дитини.
2. Психопрофілактична підготовка вагітної до пологів.
3. Підготовка партнера або членів родини до участі у пологах, усвідомлення своєї ролі в процесі вагітності та пологах.
4. Відпрацювання теоретичних та практичних навичок поведінки під час вагітності, пологів та у післяпологовому періоді.
5. Навчання майбутніх батьків принципам грудного вигодовування та правилам догляду за новонародженим.
6. Консультування з питань післяпологової контрацепції.

Заняття у школах відповідального батьківства повинен проводити підготовлений персонал: лікарі акушер-гінекологи, акушерки, неонатологи, психолог. Навчання може проводитись у жіночих консультаціях, центрах репродуктивного здоров'я, акушерських стаціонарах (відділеннях патології вагітності), навчальних закладах, РАЦС.

Рекомендовані теми для занять

Про перебіг вагітності	Про народження дитини	Про післяпологовий період
<ul style="list-style-type: none"> • Фізіологічні та психологічні зміни під час вагітності • Внутрішньоутробний розвиток плода • Харчування та здоровий спосіб життя • Фізична активність • Гігієна під час вагітності • Тривожні симптоми під час вагітності • Статеве життя • Роль батька/партнера 	<ul style="list-style-type: none"> • Фізіологія пологів, «пологи без страху» • Партнерські пологи та роль партнера • Перший період пологів та практичні вправи: альтернативні методи знеболення пологів, релаксація, вільний вибір позиції • Другий період пологів та практичні вправи: раціональне положення жінки у другому періоді пологів, контакт «шкіра-до шкіри» • Третій період пологів (активне та фізіологічне ведення, переваги та недоліки) 	<ul style="list-style-type: none"> • Раннє грудне вигодовування • Принципи грудного вигодовування • Метод лактаційної аменореї • Догляд за новонародженим • Гігієна післяпологового періоду • Тривожні симптоми для матері та дитини • Профілактика синдрому раптової смерті дитини. • Планування сім'ї, методи контрацепції

ПОКАЗАННЯ до направлення вагітної на МЕДИКО-ГЕНЕТИЧНЕ КОНСУЛЬТУВАННЯ

1. Вік вагітної 35 років і більше. Вік чоловіка 40 років і більше.
2. Наявність у одного з подружжя спадкової патології, хромосомної перебудови або вроджених вад розвитку.
3. Наявність у вагітної фенілкетонурії, муковісцидозу та інших спадкових захворювань.
4. Наявність в родині живих або померлих дітей зі:
 - спадковою або хромосомною патологією;
 - вродженими вадами розвитку - ізольованими або множинними;
 - розумовою відсталістю;
 - мертво народженням.
5. Наявність вищезазначеної патології серед родичів.
6. Кровноспоріднений шлюб.
7. Звичне невиношування вагітності невстановленого генезу у I триместрі вагітності.
8. Неприятливі впливи у ранні терміни вагітності (захворювання, діагностичні або лікувальні процедури, прийом медикаментів).
9. Ускладнений перебіг вагітності (загроза переривання з раннього терміну, яка не піддається терапії, багатоводдя і маловоддя).
10. Вагітні після ДРТ.
11. Патологія плода, виявлена при пренатальному скринінгу (УЗ, біохімічні маркери, високий індивідуальний генетичний ризик виникнення хромосомної та деякої вродженої патології).
12. Наявність у подружжя шкідливих факторів, пов'язаних із професією.

ПРЕНАТАЛЬНИЙ КОНСИЛІУМ

Дата _____
 ЛПЗ _____
 П.І.П. вагітної _____
 Дата народження _____
 Адреса _____
 Термін вагітності _____ тижн.
 Склад комісії: акушер-гінеколог _____
 Генетик _____
 Профільні фахівці (відповідно до виявленої патології) _____
 Пренатально встановлений діагноз _____
 Код МКХ-10 _____
 Переривання вагітності за медичними показаннями рекомендовано \ ні
 Відмова вагітної від переривання (причина) _____
 Поінформована відмова _____ П.І.П.
 (підпис вагітної)
 Рекомендації _____
 Місце проведення пологів, рекомендоване на консиліумі: _____
 (підписи)

ПЕРЕЛІК ПОКАЗАНЬ

до направлення вагітних та пацієнок з акушерсько-гінекологічною патологією У ДЕННІ СТАЦІОНАРИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ

I. Направленню у денний стаціонар підлягають вагітні з наступними патологічними станами

1. Преeklampsія легкого ступеню.
2. Компенсовані форми хронічної екстрагенітальної патології, що не потребують цілодобового нагляду (обстеження профільними фахівцями та лікування).
3. Необхідність визначення функціонального стану плода (проведення КТГ, біофізичного профілю плода, тощо).
4. Стан після проведення допоміжних репродуктивних технологій.
5. Патологія амніотичної рідини для клініко-лабораторного обстеження.

II. Направленню у денний стаціонар підлягають жінки з наступною гінекологічною патологією:

1. Хронічні запальні захворювання геніталій в стадії загострення (для проведення комплексного обстеження, терапії та реабілітаційних заходів).
2. Ендометріоз – для попереднього обстеження, симптоматичної терапії та реабілітаційних заходів.
3. Пацієнтки, що перенесли гінекологічні операції з розтином черевної стінки, - для проведення комплексу реабілітаційних заходів.

III. Пацієнтки, які потребують проведення наступних діагностичних маніпуляцій та малих гінекологічних операцій:

1. Вакуум-аспірація в малих термінах вагітності (до 20 днів затримки менструації).
2. Криодеструкції та лазеротерапії шийки матки.
3. Видалення поліпа зовнішніх статевих органів, цервікального каналу.
4. Гістеросальпінгографія.
5. Діагностичне вишкрібання.

<p align="center">ПРИМІРНА ПОСАДОВА ІНСТРУКЦІЯ лікаря загальної практики-сімейної медицини з надання акушерсько-гінекологічної допомоги.</p>	<p align="center">РЕКОМЕНДАЦІЇ лікарю загальної практики-сімейної медицини</p>
<p align="center">Медична опіка над вагітною</p> <p>Профілактична та інформаційно-просвітницька робота:</p> <p>1. Організація та проведення школи відповідального батьківства. Консультування та проведення навчання майбутніх батьків з питань вигодовування, догляду за залишком пуповини та шкірою немовляти, безпеки дитини, характеру сну та стулу, нормального фізичного та психічного розвитку дитини, графіку щеплень та ін.</p> <p>2. Розробка індивідуальних рекомендацій та проведення консультування батьків з питань: порушення харчування і вигодовування; порушення поведінки дитини; взаємостосунків між батьками і дитиною та ін.</p> <p>3. Координація вирішення психосоціальних проблем, що виникають у вагітних та в їх сім'ях.</p> <p>4. Навчання вагітних раціональному режиму дня, харчування.</p> <p>5. Консультування та підготовка вагітних та членів їх сім'ї до появи новонародженої дитини.</p> <p>6. Консультування з питань підготовки до пологів.</p> <p>7. Консультування вагітної щодо ознак початку пологів.</p> <p>8. Індивідуальні і групові консультування з профілактики ПСПШ/ВІЛ, планування сім'ї, методів контрацепції, в т.ч. післяпологової контрацепції, профілактики вроджених вад розвитку (насамперед за допомогою фолієвої кислоти), репродуктивних ризиків, ендемічних хвороб; імунопрофілактики.</p> <p>Діагностика вагітності, спостереження та організація маршруту вагітної</p> <ul style="list-style-type: none"> • Діагностика та спостереження за вагітними з фізіологічним перебігом вагітності згідно з чинним клінічним протоколом; своєчасне взяття вагітних на облік (до 12 тижнів); • Взаємодія з другим рівнем надання медичної допомоги (своєчасне скерування вагітної до акушера-гінеколога та інструментального (УЗД) і параклінічного обстеження); • Розробка індивідуального плану дій вагітної (і дорослих членів родини, що мешкають з нею) при ознаках початку пологової діяльності. • Планове скерування до пологового будинку. • Виявлення та скерування вагітних груп ризику на вищий рівень надання медичної допомоги: діагностика відхилень від фізіологічного перебігу вагітності; скерування на 2-й рівень; зворотній зв'язок з 2-м рівнем (обмін інформацією); контроль за виконанням вагітною рекомендацій спеціалістів вищого рівня • Надання допомоги вагітним при невідкладних станах відповідно до клінічних протоколів і настанов; дистанційне консультування зі спеціалістами 2-го і 3-го рівнів і отримання від них вичерпної інформації щодо клінічної ситуації; організація транспортування на вищий рівень (при потребі), ретельне документування наданої допомоги; та негайне скерування до спеціаліста при прогностично важких ускладненнях вагітності. • Динамічне спостереження за породіллями: отримання від фахівців 2-го і 3-го рівнів вичерпної інформації щодо стану породіллі і новонародженого; виконання призначень фахівців 2-го і 3-го рівнів та контроль за дотриманням їх рекомендацій породіллями; організація патронажу відповідно до чинних клінічних протоколів та настанов; консультування з питань гігієни післяпологового періоду та з питань підтримки грудного вигодовування. • Профілактика, рання діагностика і надання допомоги при післяпологових ускладненнях легкого перебігу (психологічний статус, лактостаз, тріщини сосків, затримка інволюції матки) та скерування при необхідності породіль на вищий рівень; організація психосоціальної підтримки інших членів сім'ї. <p>Практичні і комунікативні навички</p> <p>Комунікативні навички (у т.ч. проведення консультувань, бесід, лекцій, тренінгів). Оцінка стану вагітної, показників життєво важливих функцій, визначення ступеню невідкладності випадку; огляд у дзеркалах, здійснення бімануального гінекологічного обстеження, забір матеріалу для цитологічного та бактеріоскопічного дослідження, пальцева та ректальне обстеження, огляд і пальпація молочних залоз, проведення і оцінка експрес-тесту на вагітність, вимірювання висоти стояння дна матки, об'єму живота, терміну вагітності та дати пологів за датами останньої менструації та першого руху плода, визначення положення плода в матці, оцінка стану плода (аускультация серцебиття, ведення гравідограми), визначення ступеню зрілості шийки матки, оцінка ступеню ризику у вагітних, оцінка параклінічних методів досліджень вагітної.</p>	<p>При виявленні у вагітних наступних патологічних станів вони підлягають консультації акушера-гінеколога:</p> <ul style="list-style-type: none"> • анемія вагітних середнього та важкого ступеня (гемоглобін менше 90 г/л); • загроза переривання вагітності без кров'янистих виділень із статевих шляхів; • загроза переривання вагітності після стаціонарного лікування; • затримка росту плода (без порушення функціонального стану плода); • набряки вагітних без наявності гемодинамічних порушень; <p>Стани, які вимагають невідкладної консультації акушера-гінеколога у I триместрі вагітності</p> <ul style="list-style-type: none"> • Затримка менструації при позитивному тесті на вагітність і відсутності візуалізації плідного яйця на УЗД • Виявлення при УЗД ділянок відшарування хоріону, нечітка візуалізація ембріону • Блювання вагітних середнього та важкого ступеня з кетонуриєю • Періодичні тягнучі болі у нижній ділянці живота • Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота • Кров'янисті виділення із піхви <p>Стани, які вимагають невідкладної консультації акушера-гінеколога у II триместрі вагітності</p> <ul style="list-style-type: none"> • Періодичні тягнучі болі унизу живота. • Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота • Зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'янисті виділення із піхви • Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин) • Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв • Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну • Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія) <p>Стани, які вимагають невідкладної консультації акушера-гінеколога у III триместрі вагітності</p> <ul style="list-style-type: none"> • Періодичні тягнучі болі унизу живота • Приступи переймоподібного болю або регулярний переймоподібний біль унизу живота • Зміна характеру виділень (надмірні водянисті) або кров'янисті виділення із піхви • Зміна характеру рухів плода за суб'єктивними відчуттями вагітної (хаотичні рухи, що тривають більше 30 секунд і виникають частіше 4 раз протягом 1 години; менше ніж 10 рухів за 10 годин) • Зміна частоти серцевих скорочень плода при аускультатії – більше 170 уд/хв або 110 і менше уд/хв. • Невідповідність розмірів матки (переважання або відставання) гестаційному терміну • Виявлення Rh-антитіл у крові або УЗ-ознак гемолітичної хвороби плода (багатоводдя, подвійний контур голівки, набряк підшкірної клітковини, гепатоспленомегалія) • Головний біль при поєднанні з підвищенням АТ • Неконтрольована тяжка гіпертензія, гіпертензивний криз; • Поява або прогресування змін на очному дні; <p align="center">Показання до негайної госпіталізації</p> <ul style="list-style-type: none"> • кров'янисті виділення зі статевих шляхів; • відходження навколоплідних вод; • підвищення температури тіла вище 38; • діастолічний АТ >110 мм рт.ст.; • головний біль; • порушення зору; • біль у епігастральній ділянці або правому підребер'ї; • ознаки печінкової недостатності; • олігурія (< 25 мл/год); • тромбоцитопенія (< 100 · 10⁹/л); • будь-які стани що супроводжуються порушенням життєво важливих функцій

Ситуаційна задача для обговорення №1

Провести експертну оцінку організації лікувально-профілактичної допомоги вагітній у жіночій консультації.

Жінка Р. – 23 років, службовець, вагітність друга – 10 тижнів.

Анамнез ускладнений: цукровий діабет інсулінозалежний, анемія, при першій вагітності – недоношеність.

Лікар загальної практики – сімейний лікар склав маршрут вагітної, направив на медико-генетичне консультування і до міської жіночої консультації, звідки вагітну скерували до обласного перинатального центру. Після обстеження в центрі було запропоновано перервати вагітність від чого жінка відмовилась.

Складено план подальшого спостереження за перебігом вагітності і скеровано під спостереження в жіночій консультації.

Проведено дослідження УЗД (на 12 і 18 тижнях вагітності).

Лабораторне обстеження: загальний аналіз крові (6 разів), група крові, резус-фактор при першому зверненні, загальний аналіз сечі (6 разів), посів сечі на бактеріюрію, серологічне обстеження на сифіліс, тест на ВІЛ-інфекцію.

На 15 тижні вагітності скарги жінки на появу набряків на тілі, періодичні болі у нижній ділянці живота і її направили до денного стаціонару жіночої консультації. Після проведення лікування було покращення стану здоров'я.

На 23 тижні вагітності скарги на тягучі болі в нижній частині живота. Серцебиття плода при аускультатії 180 уд./хв.

Сімейний лікар викликав спеціалізований транспорт і вагітна при супроводженні сімейного лікаря була госпіталізована в пологове відділення лікарні інтенсивного лікування.

Вагітність закінчилась мертвонародженням. Інформація про це в сімейну амбулаторію не була направлена.

Жінка відвідала сімейного лікаря через місяць.

**ПЕРЕЛІК медичних показань до направлення пацієнток
та надання медичної допомоги в ПЕРИНАТАЛЬНИХ ЦЕНТРАХ**
Наказ Міністерства охорони здоров'я України 31.10.2011 № 726

II рівня**III рівня****1. Акушерська патологія**

Передчасний розрив плодових оболонок у терміні 35-36 тижнів.
Передчасні пологи у терміні 35-36 тижнів.
Прееклампсія легкого ступеня.
Спонтанна двійня.
Низьке прикріплення плаценти.
Вагінальна кровотеча (за відсутності показань до невідкладного розродження) після надання необхідної невідкладної медичної допомоги.
Рубець на матці після одного кесаревого розтину.
Сідничне передлежання плода (без інших акушерських ускладнень).

Передчасний розрив плодових оболонок у терміні 22-34 тижнів.
Передчасні пологи у терміні 22-34 тижнів.
Прееклампсія середнього та важкого ступенів.
Багатоплідна вагітність (крім неускладненого перебігу вагітності при спонтанній двійні).
Передлежання плаценти.
Вагінальна кровотеча (за відсутності показань до невідкладного розродження) після надання необхідної невідкладної медичної допомоги.
Заплановані вагінальні пологи у жінок з рубцем на матці.
Два і більше кесаревих розтини в анамнезі.

2. Екстрагенітальна патологія

Серцево-судинні захворювання, серцево-судинна недостатність 0 або I ступеня.
Гестаційний цукровий діабет інсулінозалежний.
Ендокринна патологія без істотного порушення функціонального стану відповідної залози.
Захворювання нирок без порушення функції та без артеріальної гіпертензії.
Захворювання гепатобіліарної системи без порушення функцій печінки.
Доброякісні новоутворення без істотних клінічних проявів.
Неврологічна патологія (за наявності висновку спеціаліста щодо відсутності показань до направлення на III рівень).
Легеневі захворювання без дихальної недостатності.
Доброякісні захворювання системи крові (за винятком патології згортувальної системи).

Серцево-судинні захворювання, серцево-судинна недостатність II або III ступеня.
Цукровий діабет, у тому числі гестаційний інсулінозалежний.
Ендокринна патологія з порушенням функцій.
Захворювання нирок з порушенням функцій та/або наявністю артеріальної гіпертензії.
Дифузні захворювання печінки.
Онкологічна патологія.
Неврологічна патологія.
Легеневі захворювання, ускладнені дихальною недостатністю.
Захворювання згортувальної системи крові.
Системні захворювання сполучної тканини.

3. Стани плода

Необхідність проведення неінвазивної пренатальної діагностики.
Вроджені вади розвитку плода, які не потребують ante- або негайного постнатального хірургічного втручання.

Необхідність проведення інвазивної пренатальної діагностики.
Вроджені вади розвитку плода, які потребують ante- або постнатального хірургічного втручання.
Ізоімунний конфлікт.
Затримка утробного росту плода.

4. Стани новонародженого

Недоношеність (до 32 тижнів).
Маса тіла менше 1500 г.
Дихальні розлади, які потребують тривалої, у тому числі високочастотної, респіраторної підтримки.
Стани, що потребують невідкладної хірургічної корекції.

Організація надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах (ПЦ)

Регіоналізація перинатальної допомоги (ПД)	
Суть	«Регіоналізація» – це система організації етапності надання перинатальної допомоги (жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим тощо) за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, яка максимально забезпечить своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.
Передбачає	Розподіл ПД за трьома рівнями Визначення переліку показань до госпіталізації і правил транспортування вагітних та новонароджених у закладах II та III рівнів акредитації залежно від ступеню ризику вагітності, пологів, розвитку плода, Організацію дистанційного консультування з використанням інформаційних технологій, у т.ч. телемедицини, Організацію безперервного навчання працівників
Забезпечує	Своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність, раціональні витрати ресурсів
Критерії визначення рівня ПД	Мережа закладів охорони здоров'я, що надають ПД, категорія пацієнтів (ступінь перинатального ризику), кваліфікація медичного персоналу, Обсяг надання медичної допомоги, перинатальні технології, що використовують в закладах охорони здоров'я, рівень матеріально-технічного оснащення, можливість консультацій, транспортування пацієнтів

ПЕРИНАТАЛЬНИЙ ЦЕНТР ЗІ СТАЦІОНАРОМ (ПЦ) (Наказ МОЗ від 15.08.2011р. №514)

Передбачається надання високоспеціалізованої медичної допомоги в амбулаторних та стаціонарних умовах жінкам з порушенням репродуктивної функції, матерям та новонародженим групи високого ризику, що потребують високої інтенсивності лікування та реабілітації на основі сучасних перинатальних технологій

Функції та структура ПЦ	Організаційно-методична	Лікувально-діагностична	Консультативна та організаційно-методична
<p>Консультативно-діагностичне відділення (поліклініка):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Реєстратура • денний стаціонар з ліжками для обстеження • відділення по лікуванню безпліддя з ліжками для ДРТ • кабінет планування сім'ї (при можливості центр планування сім'ї) • кабінети лікарів акушерів-гінекологів • кабінет лікаря-генетика (при можливості генетичний центр) • кабінет лікаря-терапевта • кабінет лікаря-стоматолога • кабінети лікарів-консультантів (за необхідністю:кардіолога, інфекціоніста, імунолога, алерголога та інших) • кабінет лікаря-уролога, сексопатолога з цистоскопічною апаратурою • кабінет психолога • кабінет фізіотерапії з ЛФК • кабінет катаместичного спостереження за недоношеними новонародженими • кабінети лікарів-педіатрів • кабінет лікаря невропатолога дитячого • кабінет лікарів-консультантів (хірурга, ортопеда-травматолога дитячих; уролога дитячого, тощо) • процедурний кабінет 	<p>Стаціонарне відділення:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Приймальне відділення - Акушерський стаціонар: <ul style="list-style-type: none"> • відділення медицини плода та патології раннього терміну вагітності • відділення патології вагітності та екстрагенітальної патології (з ліжками для не виношування вагітності) • пологове відділення з індивідуальними та сімейними пологовими залами і операційними • відділення сумісного перебування матері та дитини • відділення анестезіології та інтенсивної терапії з методами еферентної терапії - Гінекологічний стаціонар • відділення гінекології з малоінвазивними технологіями - Неонатологічний та педіатричний стаціонар • відділення реанімації та інтенсивної терапії новонароджених • відділення другого етапу виходжування новонароджених недоношених дітей • відділення постнатальної реабілітації - Відділення трансфузіології - Дистанційний консультативно-діагностичний центр з телемедичними технологіями: <ul style="list-style-type: none"> • санітарна авіація • учбово-методичний центр з телемедичними технологіями 	<p>Лабораторний та діагностичний блоки:</p> <p>Лабораторний блок:</p> <ul style="list-style-type: none"> • клініко-біохімічна лабораторія, включаючи ургентну службу • бактеріологічна та вірусологічна лабораторії • радіо-імунологічна, генетична лабораторії • ембріологічна лабораторія (за наявності ДРТ) • цитологічна, гістологічна лабораторії • експрес.-лабораторія <p>Діагностичний блок:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кабінет ЕКГ • кабінети пренатальної діагностики (УЗД, кардіографія) • кабінети променевої діагностики та магніторезонансної терапії (рентген, мамографія, можливо МРТ, КТ) 	

Рівні та обсяг перинатальної допомоги

I рівень

Догоспітальний етап	Заклади	<ul style="list-style-type: none"> - фельдшерсько-акушерський пункт - амбулаторія сімейної медицини - жіноча консультація 	<ul style="list-style-type: none"> - сільська лікарня амбулаторія - центр планування сім'ї 	<p>В пілотних регіонах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • центр первинної медичної допомоги • жіноча консультація консультативних поліклінік лікарні планового лікування
	Забезпечують	<ul style="list-style-type: none"> • профілактичну та інформаційно-просвітницьку роботу • виявлення та скерування вагітних груп ризику на вищий рівень надання перинатальної допомоги • розродження вагітних при фізіологічній вагітності та нормальних пологах • діагностику вагітності та спостереження за вагітними з фізіологічним періодом вагітності • надання допомоги при невідкладних станах • здійснення динамічного спостереження за породіллями (включно з питаннями післяпологової контрацепції) 		
Госпітальний етап	Заклади	- пологові відділення районної лікарні, центральної районної лікарні, міської лікарні		<p>В пілотних регіонах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • відділення патології вагітних лікарні планового лікування
	Забезпечують	<ul style="list-style-type: none"> • надання допомоги жінкам низького рівня перинатального ризику при фізіологічних пологах • визначення стану здоров'я новонародженого • спільне перебування з матір'ю • надання невідкладної допомоги у невідкладному випадку, інтенсивної терапії до стабільного стану та переведення в заклад охорони здоров'я вищого рівня, викликавши спеціалізований транспорт 		

II рівень (Заклади ПД при кількості пологів не менше 400 на рік та радіусом обслуговування не більше 60 км)

Догоспітальний етап	Заклади	<ul style="list-style-type: none"> • жіночі консультації, як юридичні особи • відокремлені структурні підрозділи міських пологових будинків, та /або міських багатопрофільних поліклінік, та/або міських багатопрофільних лікарнях 	<p>В пілотних регіонах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • жіночі консультації • консультативні діагностичні центри лікарень інтенсивного лікування 	
	Забезпечують	<ul style="list-style-type: none"> • обсяг медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим, як на I рівні ПД, а також надання медичної допомоги вагітним, породіллям середнього ступеня акушерського та перинатального ризиків, новонародженим з масою тіла > 1500г (термін гестації ≥ 34 тижнів), які мають порушення життєво важливих органів • при необхідності госпіталізації на III рівень стабілізацію стану, виклик спеціалізованого транспорту з закладу вищого рівня 		
Госпітальний етап	Заклади	<ul style="list-style-type: none"> • відділення патології вагітних • пологове відділення з ліжками інтенсивної терапії для жінок та новонароджених • відділення неонатального догляду та лікування новонароджених лікарем інтенсивного лікування 		<p>В пілотних регіонах:</p> <ul style="list-style-type: none"> • відділення патології вагітних, • пологове відділення з ліжками інтенсивної терапії для жінок та новонароджених, • відділення неонатального догляду та лікування новонароджених лікарні інтенсивного лікування.
	Забезпечують	<ul style="list-style-type: none"> • ведення пологів у жінок з фізіологічним перебігом. з низьким і високим ступенем перинатального та материнського ризику • оперативне родорозрішення • своєчасне скерування на пологи на III рівень та забезпечення належних умов транспортування вагітних жінок (in-utero) з край високим ступенем перинатального ризику 		

III рівень

Госпітальний етап	Заклади	<ul style="list-style-type: none"> • перинатальний центр, або міський перинатальний центр, існує як юридична особа, так і структурний підрозділ закладу III рівня • в регіонах, які мають ВНМЗ III та IV рівня акредитації, заклади можуть бути клінічними базами кафедр медичних навчальних закладів. • в регіонах, де відсутні ВНМЗ, допомога надається клініками науково-дослідних установ <p>у закладах охорони здоров'я III рівня повинні бути відділення інтенсивної терапії для жінок та відділення інтенсивної терапії для новонароджених; кількість ліжок у таких відділеннях визначається кількістю пологів, але не менше дванадцяти ліжок.</p>	
	Забезпечують	<ul style="list-style-type: none"> • надання допомоги жінкам, вагітним, роділлям, породіллям високого ступеня акушерських та перинатальних ризиків • новонародженим з масою тіла ≤ 1500г і терміном гестації ≤ 34 тижнів у тому числі ново народження із критично низькою вагою при народженні незалежно від неонатальної патології • надання організаційно-методичної допомоги із застосуванням телемедичних технологій, у тому числі з виїздом у заклади охорони здоров'я I-II рівнів ПД; взаємодію з іншими закладами охорони здоров'я 	

Неонатологія	
Відділення неонатального догляду та лікування новонароджених пологового будинку (є структурним підрозділом пологового будинку (відділення))	
У відділеннях знаходяться	<ul style="list-style-type: none"> • здорові новонароджені, які не можуть перебувати в одній палаті з матір'ю через її здоров'я • новонароджені з порушенням ранньої постнатальної адаптації • новонароджені гестаційного віку менше 34 тижнів і масою тіла менше 2000г • переведені з відділення спільного перебування матері і дитини за умови погіршення стану та захворювання дитини; переведені з відділення іншої терапії
Основні завдання	<ul style="list-style-type: none"> • забезпечення кваліфікованою медичною допомогою хворих новонароджених • надання консультативної та практичної допомоги породіллям з питань догляду за новонародженими, грудного вигодовування у палатах спільного перебування матері та дитини • забезпечення пацієнтів невідкладною неонатальною допомогою • догляд за здоровими новонародженими, які не можуть перебувати з матір'ю в палаті • своєчасне скерування пацієнтів на вищий рівень надання медичної допомоги згідно з визначеними рівнями надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги • проведення заходів щодо профілактики вертикальної трансмісії від матері до дитини • організація оформлення документів на новонароджених, від яких відмовились батьки, згідно з чинним законодавством
Відділення інтенсивної терапії новонароджених пологового будинку (ВІТН) Створюється в акушерських стаціонарах III рівня та в пологових будинках, які мають 60 і більше ліжок новонароджених.	
Показання до госпіталізації	<ul style="list-style-type: none"> • стан який після народження оцінено за шкалою Апгар 5 балів і менше • гестаційний вік 34 тижні і менше, незалежно від оцінки за шкалою Апгар після народження • погіршення стану новонароджених, який потребує інтенсивної терапії
Основні завдання	<ul style="list-style-type: none"> • надання реанімаційної допомоги (при необхідності) новонародженим у ВІТН, відділенні неонатального догляду та лікування новонароджених, відділенні сумісного перебування матері і дитини, у пологовому залі • консультація (за викликом) щодо лікування і обстеження хворих у відділенні новонароджених пологового будинку • консультація новонароджених суміжними спеціалістами (за показаннями) • своєчасне переведення новонароджених у відділення неонатального догляду, спеціалізовані відділення новонароджених дитячих та інших лікарень (з відділення ВІТН новонароджені не виписуються додому)
Відділення (ліжка) дитячої та підліткової гінекології (створюється на базі обласної (міської) багатопрофільної лікарні, обласного гінекологічного відділення; кількість ліжок відділення визначається з розрахунку 0,2 спеціалізованих гінекологічних ліжок на 10 тис. дитячого населення)	
Основні завдання	<ul style="list-style-type: none"> • надання стаціонарної кваліфікованої гінекологічної допомоги дівчаткам-підліткам • виконання ургентних та планових хірургічних втручань при захворюваннях статевих органів • забезпечення пацієнтів невідкладною гінекологічною кваліфікованою анестезіологічною допомогою • впровадження у практику сучасних методів та засобів діагностики та лікування гінекологічних захворювань • своєчасне при необхідності скерування пацієнтів на вищий рівень надання медичної допомоги згідно з визначеними рівнями акушерсько-гінекологічної допомоги • надання організаційно-медичної допомоги лікарям-гінекологам дитячого та підліткового віку
Показання до госпіталізації	<ul style="list-style-type: none"> • порушення менструальної функції • запальне захворювання статевих органів • доброякісне утворення яєчників • передчасне статеве дозрівання • травма зовнішніх статевих органів • інші патологічні стани у дівчат та дівчат-підлітків

Основні показники діяльності закладів охорони здоров'я, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу: відносно вагітних

Своєчасне взяття вагітних на облік	$\frac{\text{кількість жінок, які звернулись до консультації із терміном вагітності до 12 тижнів}}{\text{загальна кількість вагітних, взятих консультацією під спостереження}} \times 100$
Своєчасність обстеження вагітних терапевтом	$\frac{\text{кількість вагітних, оглянутих терапевтом до 12 тижнів вагітності}}{\text{кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологами та абортами}} \times 100$
Частота обстеження терапевтом жінок, у яких закінчилась вагітність	$\frac{\text{кількість вагітних, оглянутих терапевтом}}{\text{кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологами та абортами}} \times 100$

Повнота проведення досліджень (на реакцію Васермана, СНІД, УЗД тощо)	$\frac{\text{кількість обстежених вагітних}}{\text{кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологоми та абортами}} \times 100$
Частота екстрагенітальних захворювань у вагітних	$\frac{\text{кількість захворювань у вагітних на хвороби системи кровообігу, анемії тощо}}{\text{кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологоми та абортами}} \times 100$
Частота пізніх токсикозів	$\frac{\text{кількість пізніх токсикозів}}{\text{кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологоми та абортами}} \times 100$
Питома вага нормальних пологів	$\frac{\text{кількість нормальних пологів}}{\text{загальна кількість прийнятих пологів}} \times 100$
Частота ускладнень пологів (екстрагенітальна патологія, акушерські кровотечі, токсикоз, у т.ч. прееклампсія)	$\frac{\text{кількість окремих ускладнень пологів і післяпологового періоду}}{\text{загальна кількість прийнятих пологів}} \times 100$
Середнє число відвідувань вагітними консультації	$\frac{\text{число відвідувань вагітними консультації}}{\text{загальна кількість вагітних, взятих консультацією під спостереження}} \times 100$

А також:

- Частота передчасних пологів
- Частота абортів самовільних і за медичними показаннями
- Частота та структура материнської смертності
- Частота кесаревого розтину, епізіотомій, травм пологових шляхів, що потребували ушивання
- Частота інструментальних пологів (вакуум-екстракція; акушерські щипці, кількість родостимуляцій)
- Частота анестезіологічної допомоги під час / після пологів
- Частота післяпологових анемій
- Частота жінок з позитивним тестом на сифіліс, ВІЛ-інфікованих серед породіль

відносно новонароджених

Питома вага дітей з низькою масою тіла	$\frac{\text{кількість народжених з масою тіла до 2500 г}}{\text{кількість живонароджених}} \times 100$
Захворюваність новонароджених	$\frac{\text{кількість окремих захворювань новонароджених}}{\text{кількість дітей, які народились живими}} \times 100$
Рання неонатальна смертність	$\frac{\text{кількість померлих у віці перших повних 7 днів}}{\text{кількість живонароджених}} \times 100$
Летальність новонароджених	$\frac{\text{кількість померлих}}{\text{кількість дітей, що народились хворими та захворіли}} \times 100$

А також:

- Розподіл новонароджених за масою тіла
- Частота асфіксії новонароджених
- Неонатальна, антенатальна, інтранатальна, перинатальна смертність
- Мертвонароджуваність

Ситуаційна задача для обговорення №2

Проаналізуйте наведені дані щодо діяльності родопомічних закладів області. Зробіть висновок щодо ефективності запровадження системи регіоналізації у наданні перинатальної допомоги.

Показник	До експерименту (2000 р.)			Після експерименту (2010 р.)		
	Малої потужності	Середньої потужності	Потужні	Малої потужності	Середньої потужності	Потужні
Кількість закладів*	21	11	7	10	6	13
% закладів	54	28	18	34	21	45
Загальні пологи (%)	17,9	28,3	53,8	81,2	10,5	8,3
Пологи у роділь з екстрагенітальною патологією (%)	-	-	-	94,4	1,3	4,5
Кесареві розтини (%)	51,5	39,3	9,2	86,2	8,7	5,1
Новонароджені з вагою до 2500 г (%)	72,6	9,5	17,9	88,5	6,1	5,4
Новонароджені з вагою до 1500 г (%)	-	-	-	87,2	9,7	7,6
Забезпеченість анестезіологами (%)	42,9	61,5	4,6	100	100	55,6
Забезпеченість неонатологами (%)	42,9	7,6	0	79	80	55,6
Оснащення обладнанням (% від потреби)	-	-	-	41,5	38,3	35,6
	Країни ЄС	Україна	Область	Країни ЄС	Україна	Область
Малюкова смертність (‰)	5,9	11,9	12,7	4,0	8,4	10,0
Неонатальна смертність (‰)	3,77	6,1	7,0	2,74	5,1	6,2
Рання неонатальна смертність (‰)	2,77	6,81	4,71	1,93	3,63	4,18
Перинатальна смертність (‰)	7,47	9,1	10,0	7,14	9,8	12,1
Материнська смертність (на 100 000)	7,86	24,6		5,59	16,9	

*Малої потужності – до 400 пологів на рік; середньої потужності – 400-1000; потужні - понад 1000

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ ЗАКЛАДІВ, ЩО НАДАЮТЬ АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНУ ДОПОМОГУ

<p>ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ</p>	<p>МЕТА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МАТЕРІ ТА ДИТИНИ</p>	<p>ЕТАПИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ ТА ДІТЯМ</p>								
<p>це комплекс державних і громадських заходів, спрямованих на зміцнення здоров'я жінок і дітей та покращання демографічної ситуації, на забезпечення здорового всебічного розвитку молоді та дітей.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ покращання здоров'я дітей і матерів, у т.ч. репродуктивного ▪ організація більш доступної та менш затратної кваліфікованої первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) ▪ попередження небажаної вагітності ▪ широке впровадження принципів ВООЗ щодо медичних послуг під час вагітності, пологів і післяпологового періоду ▪ допомога в пологах, орієнтована на участь сім'ї ▪ застосування сучасних ефективних технологій фізіологічного догляду за новонародженими ▪ зниження материнської та малюкової смертності 	<p>I етап – медична допомога майбутній матері та підготовка її до материнства II етап – комплекс заходів по антенатальній охороні плоду, здійснюваних спеціалізованими акушерсько-гінекологічними закладами, загальною мережею лікувально-профілактичних і санітарно-профілактичних закладів, санаторіями для вагітних III етап – інтранатальна охорона плоду - забезпечення допомоги при пологах у акушерських відділеннях пологових будинків чи багатопрофільних лікарень, або в дільничних лікарнях IV етап – лікувальна допомога новонародженим у відділеннях новонароджених пологових будинків і відділеннях новонароджених дитячих лікарень V етап – охорона здоров'я дітей дошкільного віку, здійснення профілактичних заходів VI етап - охорона здоров'я дітей шкільного віку</p>								
<p>ГЕНДЕРНА РІВНІСТЬ</p>	<p>РЕПРОДУКТИВНЕ ЗДОРОВ'Я</p>	<p>П'ЯТЬ ОСНОВНИХ АСПЕКТІВ ОХОРОНИ РЕПРОДУКТИВНОГО ТА СОЦІАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я</p>								
<p>рівний правовий статус жінок і чоловіків і рівні можливості для його реалізації, що дозволяє особам обох статей брати рівну участь у всіх сферах життєдіяльності суспільства</p>	<p>це стан повного фізичного, розумового та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб репродуктивної системи чи порушення її функції, тобто репродуктивне здоров'я означає можливість задовільної та безпечної здатності до відтворення</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Покращання пологової, перинатальної, післяпологової допомоги та допомоги новонародженим 2. Надання високоякісних послуг у області планування сім'ї, лікування безпліддя 3. Ліквідація небезпечних абортів 4. Боротьба з інфекціями, які передаються статевим шляхом (ВІЛ-інфекцію тощо) 5. Зміцнення сексуального здоров'я. 								
<p>АМБУЛАТОРНА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНА ДОПОМОГА</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="501 1062 1196 1098"><i>Здійнюється в:</i></th> <th data-bbox="1196 1062 2134 1098"><i>Включає:</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="501 1098 1196 1230">жіночих консультація, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, медико-санітарних частинах, центрах планування сім'ї, закладах медико-генетичного консультування, оглядових кабінетах поліклінік</td> <td data-bbox="1196 1098 2134 1230">забезпечення правового захисту жінок; консультування сімей з питань планування сім'ї; профілактику та лікування безпліддя; антенатальну охорону плоду; проведення заходів профілактики; лікування акушерсько-гінекологічної патології; впровадження в практику сучасних технологій; диспансеризацію вагітних при окремих гінекологічних захворюваннях</td> </tr> <tr> <td data-bbox="501 1230 1196 1353">районних, центральних районних, міських, обласних лікарнях міських пологових будинках, перинатальних центрах відомчих та приватних лікувально-профілактичних закладах, Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України</td> <td data-bbox="1196 1230 2134 1353">розродження вагітних з різним ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень; надання допомоги гінекологічним хворим (у т.ч. спеціалізованої); надання допомоги новонародженим (з різною масою тіла та станом здоров'я новонародженого*)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="501 1353 2134 1396">*Госпіталізація вагітних на різні етапи проводиться з урахуванням стану здоров'я жінки та терміну вагітності та ступеню ризику (низького чи високого).</td> </tr> </tbody> </table>		<i>Здійнюється в:</i>	<i>Включає:</i>	жіночих консультація, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, медико-санітарних частинах, центрах планування сім'ї, закладах медико-генетичного консультування, оглядових кабінетах поліклінік	забезпечення правового захисту жінок; консультування сімей з питань планування сім'ї; профілактику та лікування безпліддя; антенатальну охорону плоду; проведення заходів профілактики; лікування акушерсько-гінекологічної патології; впровадження в практику сучасних технологій; диспансеризацію вагітних при окремих гінекологічних захворюваннях	районних, центральних районних, міських, обласних лікарнях міських пологових будинках, перинатальних центрах відомчих та приватних лікувально-профілактичних закладах, Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України	розродження вагітних з різним ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень; надання допомоги гінекологічним хворим (у т.ч. спеціалізованої); надання допомоги новонародженим (з різною масою тіла та станом здоров'я новонародженого*)	*Госпіталізація вагітних на різні етапи проводиться з урахуванням стану здоров'я жінки та терміну вагітності та ступеню ризику (низького чи високого).	
<i>Здійнюється в:</i>	<i>Включає:</i>									
жіночих консультація, гінекологічних кабінетах центральних районних лікарень, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини, медико-санітарних частинах, центрах планування сім'ї, закладах медико-генетичного консультування, оглядових кабінетах поліклінік	забезпечення правового захисту жінок; консультування сімей з питань планування сім'ї; профілактику та лікування безпліддя; антенатальну охорону плоду; проведення заходів профілактики; лікування акушерсько-гінекологічної патології; впровадження в практику сучасних технологій; диспансеризацію вагітних при окремих гінекологічних захворюваннях									
районних, центральних районних, міських, обласних лікарнях міських пологових будинках, перинатальних центрах відомчих та приватних лікувально-профілактичних закладах, Інституті педіатрії, акушерства та гінекології АМН України	розродження вагітних з різним ступенем акушерського та перинатального ризику розвитку ускладнень; надання допомоги гінекологічним хворим (у т.ч. спеціалізованої); надання допомоги новонародженим (з різною масою тіла та станом здоров'я новонародженого*)									
*Госпіталізація вагітних на різні етапи проводиться з урахуванням стану здоров'я жінки та терміну вагітності та ступеню ризику (низького чи високого).										
<p>СТАЦІОНАРНА АКУШЕРСЬКО-ГІНЕКОЛОГІЧНА ДОПОМОГА</p>										

Тема 5: ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Мета заняття

Студенти повинні засвоїти основні завдання системи охорони здоров'я дітей, можливості її реформування, надання допомоги на різних етапах, основні організаційні елементи надання неонатологічної та педіатричної допомоги дітям на всіх етапах розвитку дитини.

Обґрунтування мети. В медичному забезпеченні дітей провідне місце посідає амбулаторно поліклінічна допомога, яка базується на принципах доступності, профілактичного спрямування, виконання завдань щодо забезпечення гармонійного розвитку дитини, зменшенню захворюваності, смертності, інвалідності. Не менш важливе значення має надання стаціонарної допомоги новонародженим і дітям різних вікових груп, яка надається як в родопомічних закладах (пологових будинках, перинатальних центрах), так і в інших закладах (дитячих лікарнях різного профілю, перинатальних центрах, клініках науково-дослідних інститутах тощо). Ефективність роботи стаціонарів і раціональне використання ліжкового фонду залежить від багатьох факторів, в т.ч. від спадкоємності в роботі між стаціонаром, сімейними лікарями, поліклініками (консультативно-діагностичними відділеннями) і іншими лікувально-діагностичними закладами, від організації лікувально-діагностичного процесу, якості надання медичної допомоги на всіх етапах тощо. Знання основ організації амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги дітям, їх особливостей, вміння обчислити та оцінити показники роботи окремих закладів дозволяє розробляти заходи спрямовані на покращання їх діяльності.

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- основні завдання системи охорони дитинства, принципи організації надання неонатологічної та педіатричної допомоги дітям, організаційні елементи надання медичної допомоги дітям різних вікових груп;
- завдання, структуру, зміст і організацію роботи неонатальних відділень пологових будинків, перинатальних центрів, дитячих поліклінік (відділень), стаціонарів дитячих лікарень;
- методичні підходи до оцінки якості медичної допомоги дітям.

вміти:

- проводити експертну оцінку якості та ефективності надання медичної допомоги дітям на різних рівнях.
- розробляти заходи щодо подальшого вдосконалення медичної допомоги дітям.

Питання для вхідного контролю знань

1. Етапи надання медичної допомоги дітям, основні заходи на кожному етапі.
2. Мережа закладів які надають медичну допомогу дитячому населенню.
3. Основні підходи до реформування системи охорони здоров'я дітей і жінок на I – III рівнях.
4. Особливості надання допомоги новонародженим в родопомічних закладах.
5. Завдання лікаря-неонатолога в родопомічних закладах.
6. Дитяча поліклініка, завдання, структура.
7. Розділи на напрямки роботи дитячої поліклініки в цілому.
8. Кабінет здорової дитини, основні завдання.
9. Кабінет щеплень, основні завдання.
10. Основні принципи і значення підтримки грудного вигодовування.
11. Завдання, зміст і організація роботи дільничного лікаря-педіатра.
12. Організація медичної допомоги дітям лікарем загальної практики – сімейним лікарем.
13. Основні положення догляду за здоровою дитиною до 3^x років.
14. Організація медичної допомоги дітям 1 року життя.
15. Здійснення обов'язкових профілактичних медичних оглядів школярів, учнів загальноосвітніх закладів.
16. Завдання денного стаціонару, показання для лікування дітей у цьому підрозділі.
17. Стаціонарна допомога дітям, її значення в медичному забезпеченні. «Лікарня, доброзичлива до дітей».
18. Основні обліково-звітні документи, що використовуються дитячій поліклініці і лікарні.
19. Основні показники діяльності поліклініки та стаціонару.
20. Надання допомоги в «Клініці дружньої до молоді» (контингент, основні напрямки роботи).
21. Основні причини низького здоров'я дітей.
22. Основні фактори, які впливають на здоров'я дітей.
23. Заходи направлені на удосконалення системи медичної допомоги дітям.
24. Організація екстреної та санаторно-курортної допомоги дитячому населенню.

Перелік основних обліково-звітних документів:

- обмінна карта відомості пологового будинку, пологового відділення лікарні про новонародженого, ф. № 113/о;
- історія розвитку дитини, ф. № 112/о;
- довідка для дільничного педіатра або сімейного лікаря, ф. № 057/о;
- карта профілактичних щеплень, ф. № 063/о.
- звіт про медичну допомогу дітям (ф. № 31 – здоров)

Основні організаційні елементи надання медичної допомоги дітям першого року життя*

1. Антенатальний патронаж проводять у другій половині вагітності.
2. Лікар-педіатр – дільничний (сімейний) спільно з медсестрою повинен відвідати дитину вдома в перші два дні після виписки з пологового будинку та на 2-му тижні.
3. Частота та строки оглядів педіатром здорової дитини до 3х років:
 - до року життя двічі на першому місяці життя, в подальшому 1 раз у місяць (окрім 7, 8, 10, 11 місяців)
 - після року до 3х років життя в 18, 24 та 36 місяців життя.
 Іншими спеціалістами – тільки за направленням педіатра, при чітких показаннях, із занесенням результатів оглядів до історії розвитку дитини, ф.№112 і поінформуванням батьків (опікунів).
4. Відвідування кабінету здорової дитини: перший раз – до 3х місяців (або під час першого звернення з дитиною до поліклініки).
5. Моніторинг фізичного розвитку дитини проводиться протягом кожного профілактичного медичного огляду дитини та заноситься в спеціально розроблений графік (зважування, вимірювання довжини зросту, обводи голови).
6. Психологічний розвиток (рефлекси новонародженого, слухові та зорові аналізатори, набуті навички) перевіряють педіатр (сімейний лікар), патронажна сестра.
7. На першому році життя проводиться тільки визначення гемоглобіну у віці 9 місяців. Аналіз сечі тільки за показаннями.
8. Вакцинація дитини проводиться згідно з календарем щеплень. Відмітка конкретного щеплення повинна бути дозволена комісією з урахування абсолютних або відносних протипоказань. У разі відносних протипоказань треба вказати термін.
9. До 6 місяців здорової дитини виключно грудне вигодовування без введення води, соків або будь-яких інших продуктів. Введення адекватного прикорму обов'язково в шість місяців. Можливе догодовування груддю.
10. Етапні епікризи в історії розвитку дитини повинні бути записані в 1, 3, 6, 9, 12 місяців.
11. Група здоров'я дитини та група ризику визначається при виявленні відхилень у стані здоров'я (в такому випадку педіатр розробляє індивідуальний план огляду таких дітей).

ДОГЛЯД ЗА ЗДОРОВОЮ ДИТИНОЮ ДО 3-х РОКІВ

Основні положення:

- цілісний підхід до догляду за дитиною;
- інтегрована медична допомога (одна команда медичних спеціалістів);
- обмежена кількість обов'язкових медичних оглядів;
- раціональне харчування та вигодовування;
- введення моніторингу фізичного розвитку дитини та графіків фізичного розвитку;
- відмова від зайвих оглядів і лабораторних аналізів;
- активне залучення матері (родини) до догляду за дитиною.

1. Медичні огляди

Протокол визначає мінімальний пакет медичного догляду, необхідного кожній дитині. Це підкріплюється також мінімальною кількістю обов'язкових профілактичних медичних оглядів. Лікар-педіатр відповідає за здоров'я дитини.

Наказ **не рекомендує жодних «консультацій лікарів-спеціалістів»** для здорової дитини від народження і до трьох років життя, які проводяться тільки за направленням педіатра, який виявляє відхилення в стані здоров'я, і чіткими показаннями (обґрунтовано письмово в ф.112 за умови поінформованості батьків).

Рекомендується тільки визначення гемоглобіну у віці 9 місяців. Норма 120/140 г/л (нижче 110 – анемія). Аналіз сечі – тільки за показаннями лікаря.

Наказом **передбачена кількість профілактичних медичних оглядів – 19, у т.ч. 13 – педіатр і 6 – медична сестра.**

Огляди пов'язані з часом проведення профілактичних щеплень або з певними важливими віхами в розвитку дитини (6 місяців, коли вводиться прикорм).

- | | |
|---|---|
| - У пологовому будинку БЦЖ + гепатит В ₁ | - 5 місяць – лікар |
| - На другий день після виписки – педіатр, мед.сестра. | - 6 місяць – лікар + КДП ₃ + полімієліт ₃ +гепатит В ₃ |
| - 2 тиждень – лікар | - 7,8 місяці – медсестра |
| - 3 тиждень – медсестра | - 9 місяць – лікар |
| - 1 місяць – лікар + гепатит В ₂ | - 10,11 місяці – медсестра |
| - 2 місяць – лікар + КДП ₁ + полімієліт ₁ | - 12 місяць – лікар + кір, краснуха, паротит |
| - 3 місяць – лікар | - 18 місяць – лікар + КДП + полімієліт |
| - 4 місяць – лікар + КДП ₂ + полімієліт ₂ | |

39% постнеонатальних смертей (від 1 місяця до 1 року) сталися вдома, деякі смерті спричинені **синдромом раптової дитячої смертності (СРДС)**, таких хворих необхідно направляти до стаціонару. Протягом усього першого року життя при кожному профілактичному медичному огляді батькам потрібно нагадувати про СРДС, навчити їх розпізнавати небезпечні симптоми та негайно звертатися до лікаря.

Група здоров'я дитини та група ризику в новому протоколі не визначається (група ризику визначається при виявленні відхилень, педіатр розробляє індивідуальний план оглядів таких дітей).

Раціональне харчування та вигодовування:

- грудне вигодовування виключно до 6 місяців без введення води, соків або будь-яких продуктів;
- введення адекватного прикорму у віці 6 місяців, такого як м'ясо, риба, яйця, каші, овочі, жири;
- до 6 місяців не давати воду та сік!;
- правильне прикладання до грудей (є чотири ознаки правильного прикладання до грудей);
- правильне положення дитини;

*) Наказ МОЗ України №149 від 20.03.08 «Про запровадження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3^х років.

- годувати дитину грудьми на вимогу її вдень і вночі та не менше 8 разів на день. Дитина сама відпустить груди, не треба обмежувати тривалість годування;
- не давати пустушку;
- в 6 місяців дитині вводиться прикорм (потребує додаткових калорій). Можна до годування груддю чи після. Страви повинні бути належної густоти та багаті на калорії. Жири – масло, олія в кожен страву прикорму. Кілька місяців страви порепоподібні чи товчені;
- дитину стимулювати, але ніколи не примушувати їсти;
- до 3-х років, окрім трьох основних прийомів їжі, ще треба давати 2 перекуси: банан, йогурт, печиво чи хліб з маслом.

II. Фізичний розвиток

Оцінка та моніторинг фізичного розвитку проводиться під час кожного профілактичного медичного огляду та наноситься на спеціально розроблені графіки (зважування, вимірювання довжини/зросту, обводи голови).

III. Психомоторний розвиток

Раніше оцінювали тільки неврологи, а тепер педіатри, сімейні лікарі, патронажні сестри.

Основні показники, що характеризують стан здоров'я дітей та організацію їх медичного обслуговування

- охоплення антенатальним патронажем
- охоплення новонароджених лікарським спостереженням в перші 3 дні після виписки з пологового будинку
- систематичність або безперервність спостереження лікарем дітей у віці до 1 року
- захворюваність дітей
- частку дітей, що знаходились на грудному вигодуванні окремо до трьох і шести місяців
- частоту патологій, виявленої при профілактичних оглядах
- показник ефективності диспансеризації дітей (кількість дітей, які мали рецидиви захворювань)
- індекс здоров'я.

ЕТАПИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

I. Антенатальна охорона плода:

Комплекс заходів, які здійснюються на різних рівнях:

- мережею загальних медичних закладів
- санаторіями для вагітних
- акушерсько-гінекологічними закладами

II. Інтранатальна охорона плода

Медична допомога при пологах в закладах II та III рівня (при нормальному перебігу вагітності проведення пологів на I рівні лікарем загальної практики – сімейної медицини).

III. Надання якісної медичної допомоги новонародженим:

- протягом 2-х годин після народження
- до виписки із стаціонару
- перебування дитини у відділенні неонатального догляду та лікування новонароджених (у пологовому будинку)
- надання допомоги лікарем-педіатром-неонатологом (догляд за здоровими новонародженими, забезпечення кваліфікованої планової та невідкладної медичної допомоги при розладах ранньої адаптації та захворюваннях новонароджених)
- перебування дитини (при необхідності) у відділенні інтенсивної терапії новонароджених (стаціонари III рівня та пологові будинки, які мають 60 і більше ліжок для новонароджених)
- перебування дитини в перинатальному центрі зі стаціонаром (ПЦ).

IV. Профілактичні заходи в дошкільних закладах та школах

V. Мережа закладів, що надають медичну допомогу дитячому населенню

- Дитяча лікарня:
 - республіканська, обласна, міська, районна
 - інфекційна
 - психіатрична
 - туберкульозні
 - дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ»
 - відновлювального лікування
- Дитячий кардіологічний диспансер
- Центр реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи
- Центр медико-соціальної реабілітації
- Дитяча міська поліклініка
- Дитяча стоматологічна поліклініка
- Дитяча бальнеологічна лікарня
- Дитяча грязелікарня
- Дитячий оздоровчий центр
- Міжнародний дитячий медичний центр
- Санаторій дитячий
- Санаторій для дітей з батьками
- Будинки дитини (обласний, міський, районний).

Ситуаційна задача №1 для обговорення

Дитина К народилася від других пологів у жінки 25 років, доношеною з масою тіла 3500г.

Жінка з 11 тижнів вагітності була під наглядом сімейного лікаря СІА, на 20 та 30 тижнях вагітності проконсультована лікарем акушером-гінекологом ЦРЛ. Батьки пройшли навчання з підготовки до партнерських пологів та з грудного вигодовування.

Пологи проходили в пологовому відділенні ЦРЛ, яка має статус «Лікарня доброзичлива до дитини» в індивідуальній сімейній залі в присутності батька дитини.

Під час пологів були витримані сучасні перинатальні технології (максимальне раннє прикладання до грудей матері, «шкіра до шкіри», дотримувався тепловий ланцюжок).

З пологового будинку новонародженого виписали здоровим на 3^{ій} день після народження. сімейному лікарю направлено «Довідка для дільничного педіатра або сімейного лікаря». Сімейний лікар відвідала новонародженого на 3^{ій} день після виписки, медична сестра на 5^{ій} день. Жінка відвідала жіночу консультацію на 10-й день після пологів.

РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І МАТЕРІВ^{*)}

(надання пріоритету розвитку мережі закладів первинної безкоштовної медико-санітарної допомоги та вдосконалення системи спеціалізованої медичної допомоги відповідно до міжнародних стандартів)

На первинному рівні:

- Надання медичної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини, лікарями педіатрами-дільничними, лікарями-терапевтами (до 31 грудня 2019 р.) З 1 січня 2020 року надання первинної медико-санітарної допомоги в усіх вікових групах забезпечуватимуть лікарі загальної практики – сімейної медицини як в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу, так і вдома
- спостереження сімейними лікарями здорової дитини, здорової вагітної протягом всього періоду вагітності, консультації з питань збереження репродуктивного здоров'я та планування сім'ї
- надання долікарської та лікарської невідкладної допомоги
- направлення (в разі необхідності) на вищий рівень надання медичної допомоги.

На вторинному рівні:

- Збереження існуючих закладів охорони здоров'я по наданню медичної допомоги дітям
- створення нових закладів (багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування, дитячі відділення в лікарнях відновного та планового лікування), разом із розвитком стаціонарозамінних технологій, стаціонарів короткотривалого перебування
- створення міжрайонних перинатальних центрів

На третинному рівні:

- Збереження обласних дитячих багатопрофільних лікарень
- створення національних перинатальних центрів, міжрайонних перинатальних центрів.

Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям

Існуюча система	Реформування системи (наказ МОЗ України №149 від 20.03.2008) «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років»
Сім'я не відчуває відповідальності за стан здоров'я дитини – відповідальність покладається на педіатра	Сприяння активному залученню матері (родини) до догляду за дитиною з метою гармонійного фізичного та психологічного розвитку
Спостереження за здоров'ям дитини поділено між окремими вузькими спеціалістами	Інтегрована медична допомога однією командою медичних спеціалістів: Педіатр (сімейний лікар), медична патронажна сестра та родина, які відповідають за усі аспекти медичного догляду від народження до 3-х років
Фізичний, психологічний, емоційний та соціальний розвиток дитини оцінюються не належним чином	Визначені основні завдання обов'язкового медичного огляду відповідно до особливостей розвитку кожного вікового періоду
Консультації батьків не є обов'язковою частиною профілактичних оглядів	Обмежена кількість обов'язкових профілактичних медичних оглядів (13 лікарем-педіатром і 6 медичною сестрою). Лікар може (при необхідності) збільшити число оглядів
Батьки не знають небезпечних симптомів при наявності яких у дитини треба звернутись до лікаря	Чітко визначений зміст кожного профілактичного огляду (анамнез; огляд по органам і системам; оцінка вигодовування та харчування; оцінка фізичного та психомоторного розвитку; контроль за здійсненням профілактичних щеплень; консультування батьків щодо вигодовування, харчування дитини; проведення вчасної імунопрофілактики; синдрому раптової дитячої смертності; травм та нещасних випадків
Профілактичний огляд медикалізований (здорові діти отримують препарати та направлення на обстеження без клінічних показань)	Обмежена кількість лабораторних досліджень (тільки визначення гемоглобіну в 9 місяців життя дитини) Огляди лікарів-спеціалістів – лише за медичними показаннями Додаткові обстеження (лабораторні, інструментальні) проводяться тільки за медичними показаннями з обов'язковою поінформованою згодою батьків
Виключно грудне вигодовування до 6 місячного віку дитини не вважається пріоритетним. Спостерігається порушення введення прикорму: <ul style="list-style-type: none"> • раннє введення • в раціоні дитини відсутні продукти з підвищеним вмістом заліза • недостатньо різноманітна їжа 	Розроблена орієнтовна схема введення продуктів та страв прикорму при природному вигодовуванні дітей першого року життя Групи здоров'я та групи розвитку не визначаються. При виявленні відхилень щодо стану здоров'я лікар розробляє індивідуальний план оглядів такої дитини

^{*)} Загальнодержавна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини на період до 2016 року. Закон України від 5 грудня 2009р. №1065-VI.

КАЛЕНДАР ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ В УКРАЇНІ

I. Загальні положення

1. Цей Календар включає обов'язкові профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на дифтерію, кашлюк, кір, поліомієліт, правець, туберкульоз.

Інші обов'язкові щеплення встановлюються для груп населення: за віком; щеплення дітей з порушенням цього Календаря; щеплення ВІЛ-інфікованих осіб; за станом здоров'я; проти вірусного гепатиту В осіб із зловживаннями новоутвореннями, осіб, що перебувають на гемодіалізі та отримують багаторазові довготривалі переливання донорської крові або її препаратів; щеплення на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показами.

2. Обов'язковим профілактичним щепленням для запобігання поширенню інших інфекційних захворювань підлягають окремі категорії працівників у зв'язку з особливостями виробництва або виконуваної ними роботи.

3. У разі загрози виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на відповідних територіях та об'єктах можуть проводитися обов'язкові профілактичні щеплення проти цієї інфекційної хвороби.

4. З метою специфічної профілактики інфекційних хвороб особи, які бажають зробити щеплення, для яких є медичні імунологічні препарати, зареєстровані в Україні, можуть зробити щеплення за направленням лікаря.

5. У цьому Календарі терміни вживаються в такому значенні:

вакцинація (щеплення, імунізація) - створення штучного імунітету у людини до певних інфекційних хвороб шляхом введення вакцини чи анатоксину;

ревакцинація – повторне введення вакцини чи анатоксину з метою підтримання штучного імунітету у людини до певних інфекційних хвороб;

первинний вакцинальний комплекс - курс профілактичних щеплень, необхідний для створення базового імунітету проти певних інфекційних хвороб.

6. За наявності зареєстрованих комбінованих вакцин, до складу яких входять антигени для профілактики інфекцій, визначених цим Календарем, вакцинація проводиться комбінованими вакцинами.

НОВИЙ ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ ^{*)}

- Відмінено ревакцинацію проти туберкульозу в 14 років (тепер тільки в 7 років).
- На першому році вакцинацію проти кашлюку, дифтерії, правця можна використовувати як з ацелюлярним (Аа КДП) так і з цілюклетинним (АКДП) кашлюковим компонентом.
- Проти поліомієліту для перших двох щеплень, як і раніше, використовують інактивовану вакцину (ІПВ), а для 3 – 6-го щеплень оральну вакцину (ОПВ). Крім того діти по всій схемі можуть бути вакциновані ІПВ (якщо батьки самі її закупають), тому що держава дає тільки для 2-х перших щеплень ІПВ, а для 3–6-го щеплень ОПВ.
- Відмінено ревакцинацію в 15 років проти паротиту у хлопчиків та проти краснухи у дівчаток.
- Розширений перелік рекомендованих щеплень.
- Внесені зміни проти щеплень на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними, за станом здоров'я.
- Введено письмове оформлення «Згоди на збір та обробку персональних даних». Така практика використовується в багатьох країнах Європи.

II. Порядок проведення щеплень

Вік	Щеплення проти					
1 день		Гепатиту В				
3-5 днів	Туберкульозу					
1 міс.		Гепатиту В				
2 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції	
4 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції	
5 міс.						
6 міс.		Гепатиту В	Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту		
12 міс.						Кору, краснухи, паротиту
18 міс.			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції	
6 років			Дифтерії, правця	Поліомієліту		Кору, краснухи, паротиту
7 років	Туберкульозу					
14 років			Дифтерії, правця	Поліомієліту		
18 років			Дифтерії, правця			
23 роки			Дифтерії			
28 років			Дифтерії, правця (кожні 10 років)			

^{*)} Наказ МОЗ України від 16.09.2011 р. № 595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень та контроль якості й обігу медичних імунологічних препаратів»

Міністерство охорони здоров'я України Ministry of Health of Ukraine		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування закладу		ФОРМА № 063-1/о	Затверджена наказом МОЗ України
		2 7 1 2 9 9 p.	№ 3 0 2
КАРТА ІМУНІЗАЦІЇ IMMUNIZATION CARD			
Прізвище, ім'я, по батькові (Name, Surname)			
Дата народження (Data of Birth)			
Місце народження (Place of Birth)			
Дата видачі та назва ЛПУ, що видала карту (Issued: Date and Place)			

Тип шепл.	Препарат Vaccine	Дата Date	Серія Lot #	Підпис і печатка лікаря (ЛПУ) Signature and stamp
Проти туберкульозу (TB)	V:			
	RV:			
Проти поліомієліту (Polio)	V:			
V - Вакцинація RV - Ревакцинація				

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я

Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма

Код за ЄДРПОУ _____

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ

Форма первинної облікової документації
№ 055/о

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ МОЗ України
№ _____

КАРТА ОБСТЕЖЕННЯ
дитини віком 0–17 років включно з незвичайною реакцією на вакцинацію (ревакцинацію) БЦЖ

- Прізвище, ім'я дитини _____
- Дата народження _____
(число, місяць, рік)
- Найменування закладу, що проводить щеплення _____
- Вакцинація, ревакцинація (підкреслити)
а) дата «__» _____ 20__ року б) метод введення _____
в) виробник вакцини, контрольний номер _____
- Дата обстеження і строк після щеплення _____
- Зміни на місці щеплення в момент огляду _____
а) виразка (найбільший розмір діаметра) _____
б) холодний нарив (найбільший розмір діаметра) з норицею, без нориці (підкреслити)
в) лімфаденіт регіонарних лімфовузлів, величина в мм, з норицею, без нориці (підкреслити)
г) рубчик (величина найбільшого діаметра в мм) _____
д) відсутність змін _____
е) пігментовані плями (найбільший розмір в мм) _____

Найменування центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад

Найменування закладу охорони здоров'я та його місцезнаходження

Код закладу за ЄДРПОУ: _____

Інформована згода
та оцінка стану здоров'я особи або дитини одним з батьків або іншим законним представником дитини на проведення щеплення або туберкуліодіагностики

- Прізвище, ім'я, по батькові особи, що щеплюється _____
- Дата народження _____
- Місце проживання, телефон _____
- Дата останнього щеплення, що проведено особі або дитині _____

5. Наведений нижче контрольний список запитань допоможе Вашому лікарю вирішити питання щеплення або туберкуліодіагностики для Вас або для Вашої дитини:

Запитання	Відповідь (належне підкреслити)	
На Ваш погляд, на сьогодні Ви/Ваша дитина здорові?	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
Ви або дитина хворі на лейкоз, рак, ВІЛ/СНІД або отримуюте лікування - хіміотерапію, стероїдну терапію	Так <input type="checkbox"/> (зазначити, що саме з переліченого)	Ні <input type="checkbox"/>
Чи спостерігалась у Вас/Вашої дитини реакція ускладнення після введення попередніх вакцин	Так <input type="checkbox"/> (зазначити, яка саме)	Ні <input type="checkbox"/>
У Вас/Вашої дитини наявна серйозна алергічна реакція	Так <input type="checkbox"/> (на що саме)	Ні <input type="checkbox"/>
Протягом останнього року Вам/Вашій дитині проведено введення імуноглобулінів, компонентів крові або цілісне переливання крові	Так <input type="checkbox"/> (що саме)	Ні <input type="checkbox"/>
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є хронічні захворювання	Так <input type="checkbox"/> (які саме)	Ні <input type="checkbox"/>
В анамнезі у Вас/Вашої дитини є розлади кровотворення	Так <input type="checkbox"/> (які саме)	Ні <input type="checkbox"/>

6. Прочитайте уважно, наведені нижче стани не є протипоказаннями до проведення щеплення:

- в анамнезі у особи, що щеплюється, або у кого-небудь з членів сім'ї несприятливі події після імунізації;
- в анамнезі у особи, що щеплюється, судомит;
- в анамнезі у особи, що щеплюється, лікування антибіотиками;
- в анамнезі у особи, що щеплюється, лікування стероїдами (гормональні препарати);
- в анамнезі у кого-небудь з членів сім'ї астма, екізма, а типовий дерматит, нежить;
- в анамнезі у особи, що щеплюється, кашлюк, кір, краснуха, епідемічний паротит (свинка), вітряна віспа, герпес або менінгіт;
- в анамнезі у дитини, що щеплюється, жовтяниця новонароджених;
- в анамнезі у дитини, що щеплюється, передчасне народження або мала вага при народженні;
- в анамнезі у дитини, що щеплюється, будь-які неврологічні розлади, дитячий церебральний параліч тощо;
- в анамнезі у особи, що щеплюється, контакт з інфекційними хворими;
- в анамнезі у особи, що щеплюється, будь-які хірургічне втручання

7. Ви отримали інформацію про процедуру щеплення туберкуліодіагностики (проба Манту), протипоказання до проведення щеплення або туберкуліодіагностики для профілактики _____ (чого саме)	Так <input type="checkbox"/>	Ні <input type="checkbox"/>
8. Згода особи, батьків або законного представника дитини на проведення щеплення або туберкуліодіагностики для профілактики _____	Дано згоду на проведення щеплення _____ (дата) (підпис)	Не даю згоди на проведення щеплення (Чого саме) _____ (дата) (підпис)
9. Я буду негайно інформувати медичних працівників у разі погіршення самопочуття у мене/дитини _____	(підпис)	
10. Медичний працівник, що проводив анамнезування _____	(підпис)	(ПІБ)

11. Дата _____

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації № 077/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України №</p>
<p>ПУТІВКА № _____ у дитячий санаторно-курортний заклад</p> <p>(найменування санаторію і медичний профіль)</p> <p>терміном з « _____ » _____ 20 _____ року по « _____ » _____ 20 _____ року</p>	
<p>Путівка безкоштовна, продавати або передавати забороняється</p> <p>I. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ</p>	
1.1. Прізвище _____ ім'я _____ по батькові дитини	
1.2. Дата народження _____ (число, місяць, рік)	
1.3. Місце проживання батьків або законних представників, номер контактної телефону _____	
1.4. Місцезнаходження закладу, що видав путівку, телефон _____	
<p>М.П.</p> <p>Лікуючий лікар _____ (прізвище, ім'я, по батькові, підпис)</p>	

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ	<p>МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> <p>Форма первинної облікової документації № 079/о</p> <p>ЗАТВЕРДЖЕНО</p> <p>Наказ МОЗ України №</p>
<p>МЕДИЧНА ДОВІДКА на дитину, яка від'їжджає в дитячий заклад оздоровлення та відпочинку</p>	
1. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____ 2. Вік _____	
3. Місце проживання батьків (законних представників) _____, телефон _____	
4. Найменування загальноосвітнього навчального закладу _____, клас _____, район _____, найменування закладу охорони здоров'я _____	
5. Стан здоров'я (якщо знаходиться під диспансерним наглядом, вказати діагноз за МКХ-10), наявність алергічних захворювань _____	
6. Перенесені інфекційні захворювання (кір, скарлатина, кашлюк, епідемічний паротит, вірусні гепатити, вітряна віспа, дизентерія) _____	
7. Проведені щеплення (проти дифтерії, кашлюка, правця, кору, вірусного гепатиту, БЦЖ, туберкульозні проби 2 ТО в динаміці тощо) із вказівкою дат їх проведення _____	
8. Результати огляду на педикульоз і коросту: _____	
9. Наявність довідки про відсутність контакту з інфекційними хворими _____	
10. Фізичний розвиток, фізкультурна група _____	
11. Рекомендований режим _____	
Дата видачі довідки « _____ » _____ 20 _____ року	
Лікар-педіатр або лікар загальної практики-сімейний лікар _____ (прізвище, підпис)	

ЗАТВЕРДЖЕНО
 Наказ Міністерства охорони здоров'я України
 29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ _____	<p style="text-align: center;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</p> Форма первинної облікової документації № 076/о <p style="text-align: center;">ЗАТВЕРДЖЕНО</p> Наказ МОЗ України № _____
САНАТОРНО-КУРОРТНА КАРТА ДЛЯ ДІТЕЙ ВІКОМ 0–17 РОКІВ ВКЛЮЧНО	
Дата заповнення _____ I. ЗАГАЛЬНІ ДАНІ (число, місяць, рік)	
1.1. Найменування, місцезнаходження (поштова адреса) та телефон закладу охорони здоров'я за місцем диспансерного нагляду дитини _____	
1.2. Прізвище, ім'я, по батькові дитини _____	
Дошкільний (загальноосвітній, професійно-технічний, вищий) навчальний заклад № _____ клас (група) _____	
1.3. Дата народження _____ (найменування навчального закладу) (число, місяць, рік)	
1.4. Місце проживання, телефон _____	
1.5. Прізвище, ім'я, по батькові одного з батьків або опікунів, місце роботи, телефон _____	
II. МЕДИЧНІ ДАНІ	
2.1. Анамнез: антропометричні дані, особливості розвитку, перенесені захворювання, травми (в якому віці) _____	
2.2. Спадковість _____	
2.3. Профілактичні щеплення (вказати дати проведення) _____	
2.4. Анамнез зазначеного захворювання: з якого віку хворіє, особливості і характер перебігу, частота загострень, дата останнього загострення, лікування, яке проводиться (в тому числі протирецидивне), вказати, чи користувався санаторно-курортним лікуванням, скільки разів, де і коли, дата останнього відвідування дільничного педіатра, лікаря загальної практики-сімейного лікаря, наявність алергічних захворювань _____	
2.5. Скарги в цей період _____	
2.6. Дані об'єктивного огляду _____	

Ситуаційна задача №2 для обговорення

Існує 3 моделі організації надання медичної допомоги дітям: лікар-педіатр є лікарем первинного контакту (тобто первинна ланка надання медичної допомоги дітям); лікар загальної практики виконує функції первинної ланки, а лікар-педіатр є консультантом; комбінована система. У 12 країнах Європи діє перша модель, у 16 - комбінована система, третя модель. І лише в 6 країнах Європи первинну медичну допомогу дітям надають лікарі загальної практики (друга модель). При цьому у половині країн Європи 90% дітей віком до 2 років первинну медичну допомогу все-таки надають лікарі-педіатри. Існує чітке статистично достовірне співвідношення між системою педіатричної допомоги та доходами населення. Країни, що обрали першу модель педіатричної допомоги мають більш низькі доходи на 1 жителя, ніж країни з другою чи комбінованою моделями. Залежно від системи організації медичної допомоги дітям існує і дві моделі підготовки лікарів-педіатрів: система додипломної підготовки лікарів-педіатрів з подальшою післядипломною підготовкою лікарів-педіатрів та неонатологів (інтернатура протягом 1-3 років) і спеціалізацією «вузьких» спеціальностей (дитяча кардіологія, дитяча гастроентерологія тощо); додипломна підготовка лікаря загальної практики, післядипломна підготовка лікаря-педіатра загальної практики в резидентурі протягом 2-3 років та подальша спеціалізація протягом 1-3 років з педіатричних субспеціальностей, наприклад: із дитячої кардіології, дитячої нефрології, дитячої гастроентерології тощо. Перша модель підготовки характерна для країн колишнього СРСР, тоді як друга властива розвиненим країнам світу, оскільки вона вимагає більших матеріальних та фінансових витрат на підготовку фахівців.

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 року № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 026/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України № _____	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма			
Код за ЄДРПОУ		Код за ЄДРПОУ	
МЕДИЧНА КАРТА ДИТИНИ (для дошкільного та загальноосвітнього навчальних закладів)			
1. Клас, група (заповнюється щороку):		Випадки алергічних реакцій (на медикаменти, продукти харчування, вакцини тощо), алергічні захворювання (вписати)	
2. Прізвище, ім'я, по батькові дитини			
3. Дата народження		4. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 <input type="checkbox"/>	
5. Місце проживання		телефон:	
6. Найменування закладу охорони здоров'я, що обслуговує		телефон:	
7. Відомості про батьків (законних представників):			
	Рік народження	Телефон	
Батько			
Мати			
сімейний анамнез (захворювання):			
I. ПОЗАШКІЛЬНІ ЗАНЯТТЯ:			
Спорт (так, ні, вид спорту)			
Іноземна мова (так, ні)			
Музика (так, ні)			
Інші заняття			
II. ПЕРЕНЕСЕНІ ХВОРОБИ:			
	Дата		Дата
Кір		Вірусний гепатит	
Кашлюк		Дизентерія	
Скарлатина		Черевний тиф	
Дифтерія		Туберкульоз	
Вітряна віспа		Ревматизм	
Епідемічний паротит			
Краснуха			

Назва центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад		Наказ Міністерства охорони здоров'я України 16.08.2010 № 682	
Найменування та місцезнаходження закладу охорони здоров'я, відповідальні особи якого заповнили цю форму		Медична документація Форма первинної облікової документації № <u>I 0 I 86 I - I 1 I / I 0 I</u>	
Код закладу за ЄДРПОУ			
Довідка			
учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду			
4. Прізвище, ім'я, по батькові			
5. Місце проживання, телефон			
Дата народження			
4. Стать <input type="checkbox"/> ч <input type="checkbox"/> ж			
5. Найменування загальноосвітнього навчального закладу, клас			
6. Дата проведення обов'язкового медичного профілактичного огляду			
7. Дата			
8. Висновок (у разі якщо учень має захворювання, вказується діагноз згідно з МКХ 10 або повна назва захворювання за бажанням одного з батьків або іншого законного представника учня, на якого заповнюється форма):			
9. Група для занять фізичною культурою			
10. Рекомендації (відповідно до клінічного протоколу медичного догляду за дітьми віком від 3 до 17 років)			
11. Дата проходження наступного обов'язкового медичного профілактичного огляду			
12. Дата заповнення довідки "" _____ 20__ року			
13. Підпис лікаря _____ (П.І.Б.)			
Місце печатки			

**Основні показники діяльності закладів охорони здоров'я,
що надають допомогу дитячому населенню:**

- охоплення антенатальним патронажем (%);
- охоплення новонароджених лікарським спостереженням в перші 2 дні після виписки з пологового будинку (%);
- систематичність або безперервність спостереження лікарем дітей у віці до 1 року (%);
- захворюваність дітей (%);
- частку дітей, що знаходились на грудному вигодуванні окремо до трьох і шести місяців (%);
- частоту патології, виявленої при профілактичних оглядах (%);
- показник ефективності диспансеризації дітей (кількість дітей, які мали рецидиви захворювань) (%);

Захворюваність дітей першого року життя	$\frac{\text{Кількість зареєстрованих захворювань (всього та за окремими діагнозами)} * 100}{\text{Кількість дітей, які досягли одного року}}$
Частка дітей, що знаходились на грудному вигодуванні (окремо до трьох і шести місяців)	$\frac{\text{Кількість дітей, що знаходились на грудному вигодуванні}}{\text{Кількість дітей, які досягли одного року}} * 100$
Частота патології, виявленої при профілактичних оглядах (з пониженням гостроти слуху та зору, з дефектами мови, зі сколіозом, з порушенням постави)	$\frac{\text{Кількість виявлених порушень} * 1000}{\text{Кількість оглянутих дітей}}$

**Організація медичної допомоги дітям 1 року життя
(I рівень - первинна медична допомога - сімейні лікарі)**

Завдання	Зміст
Профілактика та інформаційно-просвітницька робота (з батьками)	<ul style="list-style-type: none"> • Грудне вигодування • Профілактика синдрому раптової смерті • Вакцинація, скринінгові обстеження • Догляд за новонародженим (зокрема пупкова ранка) • Навчання батьків щодо ситуацій, які можуть загрожувати життю дитини (перебування тривалий час без нагляду, недотримання техніки грудного вигодування, переохолодження тощо)
Спостереження за новонародженим і дитиною до 1 року	<ul style="list-style-type: none"> • Своєчасне отримання (активний запит) інформації належної якості і обсягу від фахівців II і III рівнів • Перший спільний огляд новонародженого сімейним лікарем і медсестрою на 5-й день життя дитини або не пізніше 2-го дня після виписки із стаціонару • Забезпечення індивідуального динамічного спостереження із врахуванням соціального і психологічного стану сім'ї • До досягнення віку 6 місяців щомісячно: оцінювати фізичний та психоемоційний розвиток дитини, визначення його відповідності віковій нормі розвитку згідно з сучасними міжнародними стандартами, а після 6 місяців огляд дитини (сімейний лікар) 1 раз в квартал • Діагностування станів, що не відповідають віковим фізіологічним нормам і планово у встановлені терміни, скеровувати немовлят до профільних спеціалістів
Специфічна профілактика інфекційних хвороб	<ul style="list-style-type: none"> • Дотримання календаря щеплень • Огляд і оцінка стану здоров'я дитини перед і після проведення щеплення

Обов'язки та права лікаря-неонатолога акушерського стаціонару ^{*)}

На посаду лікаря-неонатолога призначається спеціаліст із вищою медичною освітою, який пройшов первинну спеціалізацію і має сертифікат за спеціальністю *неонатолога*. Лікар-неонатолог зобов'язаний забезпечити:

- догляд за здоровими новонародженими та кваліфіковану планову і невідкладну медичну допомогу при розладах ранньої адаптації та захворюваннях новонароджених
- контроль виконання середнім медичним персоналом лікарських призначень, маніпуляцій, догляду за новонародженим
- впровадження у практичну роботу «Нормативів надання стаціонарної акушерсько-гінекологічної та неонатальної допомоги»
- проведення аналізу показників своєї роботи, вивчення ефективності і віддалених результатів лікування хворих

^{*)} Наказ МОЗ України №620 від 29.12.2003р.

Лікар-педіатр - неонатолог має право:

- спільно з лікарями акушерами-гінекологами обговорювати план ведення вагітних груп високого ризику з метою прогнозування стану плода і новонародженого, визначення методу та терміну розродження
- давати вказівки підлеглим йому фахівцям та робітникам відділення щодо догляду та лікування новонароджених

Концепція реалізації Національного проекту «Нове життя» охорони материнства та дитинства

Мета:

- покращення демографічної ситуації в Україні
- зниження материнської, малюкової смертності
- зниження інвалідності і смертності
- підвищення рівня якості та доступності висококваліфікованої медичної допомоги матерям та дітям

Шлях реалізації:

- організаційна оптимізація мережі закладів охорони здоров'я в сфері акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги
- створення регіональних перинатальних центрів III рівня, як у складі закладу охорони здоров'я республіканського, обласного або міського рівня, так і як самостійного закладу охорони здоров'я обласного/республіканського, міського рівня, шляхом реконструкції, технічного переоснащення приміщень/будинків, споруд та до оснащення інноваційними технологіями та сучасним обладнанням
- забезпечення комплексного підходу до формування потоків пацієнтів відповідно до стану їх здоров'я на вторинний і третинний рівень
- підготовка висококваліфікованих медичних кадрів
- створення умов для надання високотехнологічної медичної допомоги в амбулаторних стаціонарних умовах жінкам та новонародженим групи високого ризику
- антенатальна допомога в умовах оснащених сучасним обладнанням обласних жіночих консультацій.

Клініка дружня до молоді (КДМ)

(основна ідеологія – надання допомоги дітям (0 – 18 років), підліткам (14 – 18 років), молоді (до 24 років) через розуміння їхніх проблем, спільний пошук шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров'я)

Мета	збереження репродуктивного здоров'я профілактика ВІЛ/СНІДу формування відповідальної поведінки серед підлітків і молоді щодо власного здоров'я
Завдання	забезпечення комплексної соціально-медичної та психологічної допомоги надання інформаційно-консультативних послуг з питань збереження здоров'я та профілактики ВІЛ профілактика ризикової поведінки, особливо щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом та непланової вагітності соціальний супровід відвідувачів КДМ, які крім медичних, отримують психологічні, соціально педагогічні та юридичні послуги на всіх етапах роботи з ними (за потреби)
Контингент	підлітки, молодь; родичі, опікуни; спеціалісти закладів, які працюють з молоддю

Напрямки роботи		
Консультативний	Профілактичний	Лікувально-діагностичний
<ul style="list-style-type: none"> • формування відповідальної поведінки в статевих та міжособистісних відносинах • збереження репродуктивного та психічного здоров'я • профілактика ВІЛ, ПСШ • попередження виникнення ризикової поведінки Консультації також <ul style="list-style-type: none"> • психологічне • з правових питань 	<i>Інформаційно-просвітницькі заходи</i> <ul style="list-style-type: none"> • розробка та розповсюдження інформаційно-просвітницьких матеріалів з питань збереження здоров'я • навчання та робота волонтерів • методична допомога ЗОЗ щодо впровадження дружнього підходу до молоді • проведення семінарів, тренінгів, заходів для батьків, педагогів, соціальних робітників, медичного персоналу • співпраця з засобами масової інформації <i>Соціальний супровід та соціальні послуги (соціально-педагогічні, соціально-медичні, психологічні, юридичні, інформаційні) надаються:</i> спеціалістами центрів соціальних служб сім'ї, дітям та молоді в взаємодії з працівниками закладів охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none"> • профілактичний огляд • діагностика та лікування розладів репродуктивного здоров'я, інші захворювання за напрямом діяльності КДМ • реабілітація • переадресація до профільних закладів (в разі необхідності) • дотестове консультування та тестування з питань ВІЛ/СНІДу

Багатопрофільна дитяча лікарня інтенсивного лікування

(заклад охорони здоров'я входить до складу госпітального округу Наказ МОЗ України від 30.12.2011 №1008)

Забезпечує	<ul style="list-style-type: none"> • Надання вторинної медичної допомоги в умовах стаціонару, або амбулаторних умовах дітям у гострому стані, або з хронічними захворюваннями, що потребують інтенсивного лікування та догляду, доставленими бригадами ШМД, направлених лікувально-діагностичними центрами, тощо • Організаційно-методична робота для всіх закладів госпітального округу • Взаємодія із закладами I та III рівнів акредитації • Клінічна і учбова база для вищих, середніх навчальних закладів III-IV рівнів акредитації 			
Структурні підрозділи				
Стаціонарна служба	Консультативно-діагностичний центр	Діагностичне відділення:	Допоміжні відділення:	Господарча частина:
<p>Операційний блок</p> <p>Відділення:</p> <ul style="list-style-type: none"> • приймальне; • травм. пункт; • анестезіології та інтенсивної терапії • хірургічне; • травматологічне; • педіатричне; • неврологічне; • неонатального догляду та лікування новонароджених; • маніпуляційний кабінет 	<p>Реєстратура</p> <p>Кабінети лікаря:</p> <ul style="list-style-type: none"> • педіатра; • педіатра-неонатолога; • гастроентеролога; • ендокринолога; • кардіоревматолога; • хірурга; • отоларинголога; • інфекціоніста; • імунолога; • алерголога дитячого; • дерматовенеролога дитячого; • ортопедо-травматолога дитячого; • гінеколога дитячого; • охорони зору дитячого; • гематолога • невролога 	<ul style="list-style-type: none"> • ультразвукової функціональної ендоскопічної променевої діагностики; • клініко-діагностична лабораторія 	<ul style="list-style-type: none"> • центральне стерилізаційне • медичної статистики та контролю якості медичної допомоги • медичний архів 	<ul style="list-style-type: none"> • відділ технічного обслуговування • харчоблок • пральня
<p>ВИМОГИ ДЛЯ ОТРИМАННЯ СЕРТИФІКАТУ ВООЗ (ЮНІСЕФ)</p> <p>«Лікарня доброзичлива до дитини»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Підготовка сімейної пари до пологів починаючи від школи відповідально батьківства. Та дотримання теплового режиму і закінчуючи психологічною підготовкою та партнерськими пологами. • Виключно грудне вигодовування до 6 місяців не менш як 60%. • Створення сучасних європейських умов спільного перебування матері та дитини. 				

Логічна структура теми
ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

<p>ЕТАПИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ</p>	<p>АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ антенатальна охорона плоду ▪ інтранатальна охорона плоду ▪ лікувально-профілактична допомога: новонародженим, дітям дошкільного віку, дітям шкільного віку 	<p>ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ безкоштовне, систематичне, кваліфіковане, доступне лікарське, фельдшерське, сестринське спостереження за здоровими дітьми ▪ первинна та вторинна профілактика захворювань ▪ раннє виявлення та своєчасне лікування хворих дітей ▪ реабілітація хворих ▪ просвітницька робота з питань виховання здорової дитини, забезпечення її нормального фізичного та психічного розвитку 		
<p>ЗАКЛАДИ, ЯКІ НАДАЮТЬ АМБУЛАТОРНУ ДОПОМОГУ ДІТЯМ</p> <ul style="list-style-type: none"> • дитячі поліклініки (самостійні або як підрозділи районних, міських лікарень) • структури ПМД (центри ПМД, амбулаторії сімейних лікарів) 	<p>СТРУКТУРА ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> • управління • реєстратура • профілактичний • кабінети (лікарів-педіатрів і спеціалістів, інфекційних захворювань, щеплень, здорової дитини, підліткової) • лікувально-діагностичні кабінети • денний стаціонар 	<p>РОЗДІЛИ ТА НАПРЯМИ РОБОТИ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> • організація та реалізація комплексу профілактичних заходів; • лікувально-консультативна дітям в поліклініці та вдома; • протиепідемічні заходи; • лікувально-профілактична робота в дитячих дошкільних закладах та школах; • організаційно-методична робота 	<p>РОЗДІЛИ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА ДІЛЬНИЧНОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> • профілактичний • лікувально-діагностичний • організаційний • санітарно-просвітній • звітно-статистичний
<p>ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років</p> <ul style="list-style-type: none"> • цілісний підхід по догляду за дитиною; • інтегрована медична допомога (одна команда спеціалістів); • обмежена кількість обов'язкових профоглядів; • раціональне харчування та вигодування; • введення моніторингу фізичного розвитку; • відмова від зайвих оглядів і лабораторних аналізів; • зростання ролі матері 	<p>КРИТЕРІЇ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Наявність або відсутність у момент обстеження хронічних захворювань ▪ Рівень функціонального стану основних систем організму ▪ Ступінь опірності організму несприятливим впливам (резистентність і реактивність) ▪ Рівень досягнутого фізичного розвитку та ступінь його гармонійності 	<p>ФУНКЦІЇ КАБІNETУ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Планування щеплень разом із педіатром ▪ Організація профілактичних щеплень ▪ Заповнення карт профілактичних щеплень ▪ Постановка імунологічних реакцій ▪ Контроль за проведенням щеплень у дитячих дошкільних закладах і школах ▪ Комісійне вирішення питань про терміни проведення щеплень для дітей з протипоказаннями ▪ Підвищення кваліфікації медичного персоналу 	<p>ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ КАБІNETУ ЗДОРОВОЇ ДИТИНИ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Допомога дільничним педіатрам/сімейним лікарям у проведенні занять шкіл молодих батьків ▪ Індивідуальні та колективні бесіди з батьками дітей раннього віку ▪ Навчання батьків методиці догляду за дітьми, режиму, масажу, годування (стенди, методичні матеріали, посібники) ▪ Робота по профілактиці рахіту у дітей, видача вітамінів. ▪ Індивідуальна підготовка дітей до вступу в дошкільний заклад (спільно з лікарем)
<p>СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА ДІТЯМ</p>			
<p>ЗАКЛАДИ, ЯКІ НАДАЮТЬ СТАЦІОНАРНУ ДОПОМОГУ ДІТЯМ</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Дитячі лікарні соматичні та спеціалізовані різного рівня (республіканські, обласні, міські, районні) ▪ Дитячі відділення загальнодержавних і регіональних закладів (медичних центрів) ▪ Дитячі відділення територіальних лікарень ▪ Лікувально-діагностичні центри для дітей (кардіологічний, відновлювального лікування) 		<p>СТРУКТУРА ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ</p> <ul style="list-style-type: none"> • приймальне відділення • соматичні лікувальні відділення • лікувальні спеціалізовані відділення • лікувально-допоміжні підрозділи • діагностичні підрозділи 	

Тема 6: АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУЖБИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.

Мета заняття

Студент повинен засвоїти основні організаційно-правові засади забезпечення громадян України та інших осіб, які перебувають на її території екстреною медичною допомогою, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків. Завдання по наданню допомоги людині, яка перебуває у невідкладному стані безпосередньо на місці події та під час перевезення такої людини до закладу охорони здоров'я.

Обґрунтування мети. Служба екстреної (швидкої) медичної допомоги - це одна з найважливіших ланок системи охорони здоров'я. Від своєчасного і якісного надання населенню екстреної медичної допомоги, спрямованої на збереження і підтримку життєво важливих функцій організму, може залежати не лише здоров'я, а й життя хворих і постраждалих. Екстрена (швидка) медична допомога надається дорослому і дитячому населенню в цілодобовому режимі як безпосередньо за місцем виклику, так і під час термінової госпіталізації хворих та постраждалих в заклади охорони здоров'я, для надання кваліфікованої і спеціалізованої медичної допомоги. Знання основ організації екстреної (швидкої) медичної допомоги, методики аналізу діяльності служби дозволяє розробляти ефективні заходи щодо покращання її роботи і є необхідною складовою частиною підготовки майбутнього лікаря.

Навчально-цільові завдання

Студенти повинні:

Знати:

- Основні засади організації, та функціонування системи екстреної медичної допомоги.
- Основні термінологічні поняття.
- Структурні підрозділи, завдання, зміст і організацію роботи центри екстреної медичної допомоги, станції (бригади) екстреної (швидкої) медичної допомоги, відділення екстреної (швидкої) медичної допомоги.
- Проходження інформації у системі екстреної допомоги населенню.

Вміти:

- Проводити експертну оцінку якості та ефективності організації надання екстреної (швидкої) медичної допомоги.
- Розробляти заходи подальшого вдосконалення організації служби надання екстреної допомоги.

Питання для вхідного контролю знань:

1. Історія створення служби екстреної медичної допомоги (ЕМД).
2. Визначення поняття «екстрена медична допомога».
3. Значення служби ЕМД в системі охорони здоров'я.
4. Принципи та завдання ЕМД.
5. Поняття про невідкладні стани та не екстрені звернення.
6. Етапність та маршрутизація ЕМД.
7. Заклади ЕМД.
8. Завдання та її функції станції (відділення) ЕМД.
9. Значення роботи оперативно-диспетчерської служби.
10. Види виїзних бригад ЕМД, їх склад, функції.
11. Права та обов'язки бригад ЕМД.
12. Пункти тимчасового базування бригад ЕМД.
13. Виклики та виїзди бригад ЕМД: основні причини.
14. Непрофільні виклики та непрофільні виїзди бригад ЕМД.
15. Організація ЕМД у сільській місцевості.
16. Облікові документи станцій ШМД,
17. Визначення та аналіз показників їх діяльності закладів ЕМД.
18. Пункти невідкладної медичної допомоги.
19. Лікарня швидкої медичної допомоги, її структура.
20. Лікарня швидкої допомоги: основні завдання та функції.
21. Взаємодія служби ШМД з різними медичними закладами.
22. Реформування служби екстреної медичної допомоги.
23. Державна служба медицини катастроф.
24. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Перелік основних обліково-звітних документів:

- Карта виклику швидкої медичної допомоги ф.№ 109/о.
- Карта виїзду швидкої медичної допомоги ф.№ 110/о.
- Супровідний листок та Талон до супровідного листка ф.№ 114/о.
- Щоденник роботи станції (відділення) швидкої медичної допомоги ф.№ 115-1/о.
- Журнал запису звернень по невідкладну медичну допомогу ф.№ 115/о.
- Згода пацієнта на збір та обробку персональних даних.
- Повідомлення пацієнта від станції швидкої допомоги про включення його персональних даних до бази персональних даних «Швидка медична допомога пацієнта».
- Звіт станції (відділення, об'єднання) швидкої медичної допомоги

Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Організує	<ul style="list-style-type: none"> • надання екстреної медичної допомоги пацієнтам і постраждалим на догоспітальному етапі • надання виїзної консультативної допомоги • виконання нормативу прибуття бригад швидкої медичної допомоги на місце виклику (події) • медико-санітарне забезпечення масових заходів та заходів за участю осіб, щодо яких здійснюється державна охорона • взаємодію з аварійно-рятувальними підрозділами міністерства та інших центральних органів виконавчої влади під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації
Здійснює	<ul style="list-style-type: none"> • транспортування пацієнтів і постраждалих, які потребують медичного супроводження, а також медичної евакуації постраждалих під час ліквідації наслідків надзвичайної ситуації
Забезпечує	<ul style="list-style-type: none"> • Утворення та організацію діяльності єдиної оперативно-диспетчерської служби Центру • Приймання від населення викликів щодо надання екстреної медичної допомоги • Взаємодію з приймальними відділеннями (відділеннями невідкладної медичної допомоги) багатопрофільних лікарень (лікарень інтенсивного лікування) • Навчання та практичну підготовку окремих категорій немедичних працівників з питань надання невідкладної медичної допомоги • Технічне обслуговування транспортних засобів Центру • Надійний зв'язок з бригадами швидкої медичної допомоги • Бригади швидкої медичної допомоги лікарськими засобами, у тому числі наркотичними засобами, психотропними речовинами, прекурсорами та сильнодіючими лікарськими засобами, а також виробами медичного призначення для надання екстреної медичної допомоги
Розраховує	кількість та визначає місцезнаходження пунктів тимчасового базування бригад швидкої медичної допомоги з метою виконання нормативу прибуття таких бригад на місце виклику (події)
Визначає потребу у	медичних силах і технічних засобах для надання екстреної медичної допомоги залученні додаткових медичних сил і технічних засобів до виконання робіт з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації

Основні засади організацій та функціонування системи екстреної медичної допомоги

Система складається з	<ul style="list-style-type: none"> • Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф • Станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги • Бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги • Відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги
Завдання	<ul style="list-style-type: none"> • Надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги • Супровід масових заходів за участю осіб, стосовно яких здійснюється державна охорона • Взаємодія з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідація їх наслідків
Основні принципи	<ul style="list-style-type: none"> • Постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги • Оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги • Доступність та безоплатність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість та пріоритетність • Послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги та її відповідність сучасним вимогам

Оперативно-диспетчерська служба центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф

Закон України від 5 липня 2012, №5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»

Забезпечує в цілодобовому режимі	<ul style="list-style-type: none"> • Прийняття, формування та передачу інформації про виклики екстреної (швидкої) медичної допомоги • Інформаційну підтримку та • координацію дій бригад екстреної (швидкої) допомоги і закладів охорони здоров'я щодо надання екстреної медичної допомоги
Зобов'язання	<ul style="list-style-type: none"> • Прийняти виклик екстреної медичної допомоги, забезпечити його оброблення та оперативне реагування на такий виклик • Сформувати інформацію про місце події, характер та особливості невідкладного стану людини, вид допомоги • Передати станції екстреної (швидкої) медичної допомоги та відповідній бригаді екстреної (швидкої) медичної допомоги інформацію про виклик екстреної медичної допомоги, характер та особливості невідкладного стану людини • Визначити заклад охорони здоров'я, до якого бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги здійснюватиме перевезення пацієнта у невідкладному стані • Здійснювати інформаційний супровід надання екстреної медичної допомоги та прийняти інформацію про результат її надання на місці події, під час перевезення та прибуття пацієнта до закладу охорони здоров'я

Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги

<ul style="list-style-type: none"> Може входити до складу територіального медичного об'єднання «Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф» як юридична особа, або мати статус відокремленого підрозділу центру З метою виконання нормативу прибуття бригад до місця події можуть утворюватись підстанції та пункти постійного або тимчасового базування бригад У структурі станцій можуть утворюватись бригади лікарські та фельдшерські 	
Основні завдання	
Забезпечення	екстреної медичної допомоги пацієнтам: <ul style="list-style-type: none"> за викликами переданими оперативно-диспетчерською службою центру особистим зверненням осіб, які перебувають у невідкладному стані звернення працівників правоохоронних та аварійно-рятувальних підрозділів
Транспортування	до закладів охорони здоров'я осіб, які перебувають у невідкладному стані та потребують обов'язкового медичного супроводу з безперервним та послідовним наданням екстреної допомоги під час госпіталізації
Участь	у ліквідації наслідків надзвичайної ситуації
Взаємодія	працівників бригад з медичним персоналом закладів охорони здоров'я, співробітниками правоохоронних органів, особовим складом аварійно-рятувальних підрозділів під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій

Бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги

є структурною одиницею центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, або станції екстреної (швидкої) медичної допомоги	
За складом	<ul style="list-style-type: none"> Лікарські: (лікар, фельдшер, медична сестра, водій) (уразі потреби поділяються за спеціалізацією: психіатрія, кардіологія, неврологія, педіатрія, неонатологія) Фельдшерські: (фельдшер, медична сестра, водій)
Основні завдання бригад	<ul style="list-style-type: none"> Надання екстреної медичної допомоги пацієнтам та постраждалим на догоспітальному етапі та під час їх госпіталізації до профільних закладів охорони здоров'я Перевезення за розпорядженням диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру пацієнтів, які потребують обов'язкового медичного супроводу під час транспортування до закладів охорони здоров'я Участь у ліквідації наслідків надзвичайної ситуації Перебування у режимі готовності (очікування) до виконання розпоряджень оперативно-диспетчерської служби центру і прибуття до місця події за викликом відповідно до встановленого нормативу Інформування диспетчера оперативно-диспетчерської служби центру про етапність виконання завдання за викликом Взаємодія з диспетчером центру, іншими бригадами, працівниками закладів охорони здоров'я співробітниками міліції, зокрема працівниками Державної автомобільної інспекції тощо

Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ	
Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу	Медична облікова документація Форма N 109/о Наказ МОЗ 17.11.2010 N 999

Картка виклику швидкої медичної допомоги

ЧАС	Прийому: годик _____ хвилино _____ Передачі: годик _____ хвилино _____ Вїзду: годик _____ хвилино _____ Приїзду: годик _____ хвилино _____ Закінчення: годик _____ хвилино _____ Повернення на підстанцію: годик _____ хвилино _____	" _____ " _____ 20__ року N _____																												
	підстанції N _____ бригаді ШМД N _____ у поліклініку, пункт невідкладної медичної допомоги, інше (вказати) _____ тел. _____ реєстр. N _____ Приїзду: _____ Передачі: _____	Диспетчер N _____ Робоче місце N _____ Привід до виклику: _____ Адреса виклику: Район (масив) _____ вуль _____ буд. _____ корп. _____ кв. _____ під'їзд _____ поверх _____ Вхід з: вулиці _____ двору _____ тел. _____ Прізвище _____ Вік _____ Стать Ч/Ж Хто викликає _____																												
ПЕРЕДАНО	Диспетчер напрявку N _____	Доплаткові відомості, причина відмови: _____ _____ _____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">АЗС:</td> <td>Час вїзду</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Час повернення</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Довідка про стан виклику</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Час диспетчер N _____</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	АЗС:	Час вїзду						Час повернення							Довідка про стан виклику							Час диспетчер N _____					
АЗС:	Час вїзду																													
	Час повернення																													
	Довідка про стан виклику																													
	Час диспетчер N _____																													

Показники діяльності закладів екстреної медичної допомоги:

Забезпеченість населення штатними посадами персоналу закладів ШМД (загалом, лікарів, середнього, молодшого медичного та ін.) на 10000 осіб	Число штатних посад персоналу (загалом, лікарів, середнього, молодшого медичного та іншого персоналу) закладів ШМД · 10000
	Кількість населення
Забезпеченість населення фізичними особами персоналу закладів ШМД (загалом, лікарів, середнього, молодшого медичного та ін.) на 10000 осіб	Число штатних осіб персоналу (загалом, лікарів, середнього, молодшого медичного та іншого персоналу) закладів ШМД · 10000
	Кількість населення
Укомплектованість закладів ШМД лікарями, середнім, молодшим медичним та іншим персоналом	Число зайнятих посад лікарів, середнього, молодшого медичного та іншого персоналу закладів ШМД · 10000
	Число штатних посад лікарів, середнього, молодшого медичного та іншого персоналу закладів ШМД
Структура бригад ШМД за видами	Число лікарських (фельдшерських) бригад ШМД · 10000
Структура бригад ШМД за типами	Число загальнопрофільних (спеціалізованих, перевізних) бригад ШМД · 10000
	Загальне число бригад ШМД
Число викликів ШМД на 10000 населення	Число викликів ШМД · 10000
	Кількість населення
Число виконаних виїздів бригад ШМД на 1000 населення	Кількість виконаних виїздів бригад ШМД · 10000
	Кількість населення
Структура виїздів бригад ШМД за причинами надання швидкої медичної допомоги	Кількість виїздів бригад ШМД за окремими причинами · 10000
	Загальна кількість виїздів бригад ШМД
Своєчасність надання швидкої медичної допомоги	Кількість виїздів бригад ШМД на місце виклику до 10 хв. з моменту звернення · 10000
	Загальне число виїздів бригад ШМД
Структура хворих, яким було надано швидку медичну допомогу бригадами ШМД за класами захворювань (нозологічними формами, віковими, соціальними, професійними та ін.)	Кількість хворих з певним діагнозом (певної соціальної, вікової та іншої) яким було надано швидку медичну допомогу бригадами ШМД · 100
	Загальна кількість хворих, яким було надано швидку медичну допомогу бригадами ШМД
Розподіл хворих, яким було надано швидку медичну допомогу бригадами ШМД за результатами лікування	Кількість хворих, надання яким швидкої медичної допомоги бригадами ШМД призвело до поліпшення стану (без ефекту, погіршення, смерть в присутності бригади) · 100
	Загальна кількість хворих, яким було надано швидку медичну допомогу бригадами ШМД
Питома вага повторних викликів бригад швидкої медичної допомоги	Число повторних викликів бригад ШМД · 100
	Загальне число викликів
Частка хворих, яким надано швидку медичну допомогу у відповідності зі стандартами надання ШМД	Число хворих, яким було надано швидку медичну допомогу у відповідності зі стандартами надання ШМД · 100
	Загальне число хворих, яким було надано швидку медичну допомогу
Задоволеність пацієнтів наданням швидкої медичної допомоги	Число хворих, задоволених наданням швидкої медичної допомоги · 100
	Загальне число хворих, яким надано швидку медичну допомогу

Індикатори якості екстреної медичної допомоги (Наказ МОЗ від 02.11.2011 № 743)

- Кількість померлих до приїзду бригади швидкої медичної допомоги (збирається за даними форми № 22 (річна))
- Кількість померлих в процесі транспортування хворого/постраждалого бригадою швидкої медичної допомоги (збирається за даними форми № 110/о)
- Добова летальність в стаціонарі хворого/постраждалого, доставленого бригадою швидкої медичної допомоги (збирається за даними форми № 066/о)

Ситуаційна задача для обговорення

Які заходи було вжито щодо реформування служби екстреної медичної допомоги? Яких позитивних змін було досягнуто?

У 2011 р. (до реформування) до служби швидкої медичної допомоги надійшло близько 13 млн викликів, із них у більше ніж 11 млн випадків до пацієнта було направлено бригади швидкої медичної допомоги. При цьому майже 2,3 млн громадян потребували госпіталізації, з яких у 444 тис. випадків було офіційне направлення від лікаря. Тобто, майже 9 млн громадян фактично надано амбулаторну допомогу вдома, у понад 1,7 млн випадків допомогу було надано у вигляді консультації диспетчера по телефону та не потребувався виїзд «швидкої». Служба швидкої медичної допомоги областей децентралізована, фінансувалася з місцевих бюджетів, автопарк недоукомплектований санітарним транспортом, а серед існуючого — 30 % «швидких» потребують списання. Крім того, існувала проблема низької укомплектованості фізичними особами лікарів — 58,6 %, серед яких особи пенсійного віку становили до 40 %. Адміністративно-територіальний принцип обслуговування, коли по деяких територіях радіус обслуговування становив від 30 км до 50 км, не дозволяли забезпечувати нормативний доїзд до пацієнта та своєчасність надання медичної допомоги.

Міністерство охорони здоров'я України	Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ
Найменування закладу	Форма № 114-0 Затверджено наказом МОЗ 17.11.2010 № 999

Супровідний листок № _____

Прізвище																				
Ім'я																				
По батькові																				

(друкованими літерами)

Вік: _____
(повних років) (число) (місяць) (рік народження)

Домашня адреса _____

Дані від особи, свідків, з документа (підкреслити і вказати) _____

Доставлений з вулиці, квартири, робочого місця, медичного закладу, інше (підкреслити і вписати) _____

Попередній діагноз швидкої медичної допомоги: _____

Доставлений: _____
в ЛПЗ _____ № _____, відділення _____
_____ 20 ____ року о ____ год. ____ хв.
за викликом № _____, прийнятим о ____ год. ____ хв.

Лікар/фельдшер _____
(прізвище чітко) (особистий номер)

Підстанція № _____ тел. № _____

Лінійні відрізки

Міністерство охорони здоров'я України	Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ
Найменування закладу	Форма № 114-0 Затверджено наказом МОЗ 17.11.2010 № 999

Талон до супровідного листка № _____
(після виписки або смерті пацієнта / потерпілого
негайно передається на станцію швидкої медичної допомоги)

Прізвище																				
Ім'я																				
По батькові																				

(друкованими літерами)

Вік: _____
(повних років) (число) (місяць) (рік народження)

Домашня адреса _____

Дані від особи, свідків, з документа (підкреслити і вказати) _____

Доставлений з вулиці, квартири, робочого місця, медичного закладу, інше (підкреслити і вписати) _____

Що і коли трапилось _____
о ____ год. ____ хв. _____ 20 ____ року

Доставлений: на ношах, на руках, пішки в ЛПЗ _____ № _____,
(підкреслити)
відділення _____
_____ 20 ____ року о ____ год. ____ хв.
за викликом № _____, прийнятим о ____ год. ____ хв.

Лікар/фельдшер _____
(прізвище чітко) (особистий номер)

Підстанція № _____ тел. № _____

Лінійні відрізки

Попередній діагноз швидкої медичної допомоги: _____

Попередній діагноз відділення невідкладної (екстреної) медичної допомоги ЛПЗ: _____

Заключний діагноз ЛПЗ: _____

Медична карта стаціонарного хворого № _____, проведено: _____ днів
_____ годин

Операція о ____ год. ____ хв. _____ 20 ____ року

Виписаний(а) з покращенням, без покращення, здоровим (необхідне підкреслити)
Надана амбулаторна допомога: _____

Помер(ла) о ____ год. ____ хв. _____ 20 ____ року

Зауваження медичного закладу щодо надання медичної допомоги бригадою ШМД: _____

Лікар _____ відділення _____

За необхідності отримати додаткову інформацію, повідомляти відповідального працівника чергової зміни станції ШМД.
Всі особи, доставлені бригадами ШМД, підлягають обов'язковому прийому в приймальні відділення лікувально-профілактичних закладів.

Доставлений у супроводі: _____

Лікувальні заходи, проведені бригадою ШМД: АТ _____ / _____ мм.рт.ст.
Пульс _____ хв. t°C _____ за ШГ _____ балів, за ТШ _____ балів

Додаткові відомості: _____

Разом з особою передано: _____

		Ідентифікаційний код за ЄДРПОУ					
Міністерство охорони здоров'я України Найменування закладу _____		Медична облікова документація Форма N 115/о Затверджено наказ МОЗ 17.11.2010 N 999					

Журнал запису звернень про невідкладну медичну допомогу

Порядковий номер виклику	Дата, час (години, хвилини)					Адреса виклику, телефон	Привід до виклику	Прізвище, ім'я, по батькові особи
	надходження виклику	виїзду на виклик	прибуття на виклик	закінчення обслуговування виклику	час, витрачений на виклик			
1	2	3	4	5	6	7	8	9

стор. 2, форми N 115/о

Вік пацієнта	Стать (чол., жін.)	Скарги, об'єктивні дані	Діагноз	Надана допомога	Подальші дії стосовно особи	Посада, прізвище та ініціали медпрацівників та водія, які виконали виклик	Підпис медпрацівника, що виконав виклик
10	11	12	13	14	15	16	17

Код форми за ДКУД _____
Код закладу за ЄДРПОУ _____

Міністерство охорони здоров'я	Медична документація Форма №115-1/о Затверджено наказом МОЗ України № _____
Найменування закладу	

ЩОДЕННИК РОБОТИ СТАНЦІ (ВІДДІЛЕННЯ) ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Дата	Кількість звертань усього	Відмовлені за <u>необгрунтованістю</u>	Кількість виконаних викликів							Безрезультатні виїзди
			Усього	Нещасні випадки та травми	Раптові захворювання	Інші захворювання		Позалікарняні пологи та патологія вагітності	Перевезення хворих, потерпілих та <u>породіль</u>	
						непрофільні	хронічні			
Кількість осіб, яким надана медична допомога бригадами під час виїздів										
<u>Загальнопрофільні</u> лікарські, з них		Спеціалізовані, з них						Фельдшерські перевізні	Безлікарські	Кількість осіб, яким надана <u>амбулаторна</u> допомога
для дорослого населення (18 років і старші)	для дитячого населення (з 0 до 17 років)	Спеціалізовані <u>кардіореанімаційні</u>	Бригади інтенсивної терапії і реанімації (<u>травматологічні</u>)	Бригади інтенсивної терапії і реанімації (інші)	<u>Неврологічні</u>	Психіатричні				
Кількість осіб, яким надана медична допомога в сільській місцевості										
Кількість хворих, доставлених в лікувальні заклади за направленнями бригад ШМД	Усього	Нещасні випадки та травми	Раптові захворювання	Інші захворювання		Позалікарняні пологи та патологія вагітності	Перевезення хворих, потерпілих та <u>породіль</u>	Безрезультатні виїзди		
				непрофільні	хронічні					
	Кількість приїздів на місце виклику до 15 хвилини від моменту звернення									
Усього	Нещасні випадки та травми	Раптові захворювання	Інші захворювання		Позалікарняні пологи та патологія вагітності	Перевезення хворих, потерпілих та <u>породіль</u>	Безрезультатні виїзди	Примітки		
			непрофільні	хронічні						

СТАНЦІЯ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ		форма N 110/0 Наказ МОЗ 17.11.2010 N 999	
КАРТА ВИЗДУ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ N		A	
Адреса виклику		Район	
Привід до виклику		Район	
Прізвище ім'я По батькові	сі сім'я о документа	Друкованими літерами	
Адреса особи		Район	
Місце роботи		Посада	
Страховий поліс N		Страхова компанія	
1 Вис	дні	міс.	роки
2 Стать:	1 - чоловік; 2 - жінка		
3 Мешканець:	1 - міста; 2 - села; 3 - іншої держави		
4 Соціальний статус:	1 - робітник; 2 - службовець; 3 - учень; студент, курсант; 4 - підприємець; 5 - пенсіонер; 6 - інвалід; 7 - утриманець; 8 - фермер; 9 - не працює; 10 - біженець; 11 - без ПМП		
5 Подальше перебування особи:	1 - на місці; 2 - доставлений додому; 3 - в інше місце (вказати) 4 - за направленням ШМД N наряду 5 - за направленням інших ЛПЗ 6 - доставлений в травмункт, поліклініку <u>N супровідного листа</u>		
У лікарню N		відділення	
Час з		по ; прийнятий, неприйнятий	
Діагноз			
Черговий лікар			
У лікарню N		відділення	
Час з		по ; прийнятий, неприйнятий	
Діагноз			
Черговий лікар			
6 Повідомлення:	Телефон	Час	Прийняв
Ст. лікарю ШМД			
Поліклініку (ГНМД)			
СЕС			
РВВС			
ДАІ			
Командатуру			
Родичам			
Стп довідок ШМД			
Інше місце			
З пацієнтом передано:			
Здав:			
Прийняв:			
Склад бригади:			
Лікар			
Фельдшер			
Мол. м/сестра			
Водій			
Стажер			
Супроводжувачий			
7 Особистий N медпрацівника		8 Код підстанції	
9 Код бригади ШМД		10 Доволога за діагнозом: 1 - терміновий; 2 - нетерміновий	
11 Прийом виклику		12 Визду на виклик піс, ріс, Т	
13 Прибув на місце		14 Закінчення виклику	
15 Визду на госпіталізацію (інше)		16 Повернення на станцію	
17 Кліпнетраж		18 Тип визду за діагнозом: 1 - нещасний випадок; 2 - раптове захворювання; 3 - полог; 4 - патологія вагітності; 5 - перевезена хвороба; 6 - хронічне захворювання; 7 - техногенний визд; 8 - чергування; 9 - безрезультатний	
19 Об'рунтованість: 1 - профільний; 2 - непрофільний		20 Місце виклику: 1 - ЛПЗ; 2 - квартира; 3 - інше (вказати); 4 - громадське місце; 5 - робоче місце; 6 - вулиця; 7 - навчальний заклад	
21 Звернення хворого: 1 - не звертався; 2 - звертався на ШМД (скільки разів); 3 - звертався в інший ЛПЗ		22 Травма: 0 - немає; 1 - побутова; 2 - вулична; 3 - кримінальна; 4 - ДТП; 5 - виробнича; 6 - спорттравма; 7 - самогубство; 8 - вулична, аналіз до охолодження	
23 Час від початку хвороби: 1 - до 1 год; 2 - від 1 до 3 год; 3 - від 3 до 6 год; 4 - від 6 до 12 год; 5 - від 12 до 24; 6 - понад 24 год		24 Алкоголь: (зі слів) 1 - вживав; 2 - не вживав; 3 - не відомо	
25 Результат: 1 - покращення; 2 - без ефекту; 3 - погіршення; 4 - смерть в присутності; 5 - смерть до приїзду; 6 - викликана спецбригада; 7 - здоровий; 8 - чергування; 9 - інші перевезення; 10 - заправка автомобіля; 11 - інше (вказати)		26 Безрезультатний визд: 1 - не застали; 2 - адреса не знайдена; 3 - не доїхали; 4 - не викликали; 5 - обслужений до приїзду; 6 - відмова від медичної допомоги	
27 ПОПЕРЕДНІ ДІАГНОЗ:		28 Код МКХ - X	
Згоден на запропоноване лікування. Гідокс			
ВІДМОВА		Я,	
відмовляюся від медичної допомоги / транспортування / (підкреслити), які рекомендовані мені медичним персоналом, розуміючи наслідки такої відмови. Підпис особи		Свідок	

Дата захворювання _____ Початок захворювання (Час) _____ год. _____ хв. _____

Сварис:

АНАМНЕЗ ІХС ГХ ПМ коли _____ ГПМК коли _____ Судоти Діабет __ тип Онко

Алергія Ні Так _____ Акушерсько-гінекологічний _____

Вір. Гепатит Туберкульоз Короста Педикульоз

ОБ'ЄКТИВНІ ДАНІ Загальний стан Задовільний Середній Важкий Дуже важкий Термінальний С

Свідомість Ясна Приглушена Сopor Кома за ШГ ТШ Поверхня сповійний збуджений агресивний

Положення активне пасивне вимушене _____ Жіт _____

Шкіра звичайна гіперемія _____ бліда істерична ціаноз суха волога тепла холодна

Артеріальний тиск _____ мм.рт.ст. постійний _____ мм.рт.ст. Пульс _____ хв. Характеристика _____ Дефіцит пульсу _____

Тони серця ритмічні аритмічні ясні глухі акцент _____ тону на _____ шум _____ Шумовий індекс _____

Частота дихання _____ хв. Задиха інспіраторна інспіраторна змішана Периферичні набряки _____

Дихання вільне поверхневе термінальне везикулярне хрипи сухі справа крепітація _____ утруднене глибоке апноє жорстке послаблене вологі зліва шум тертя плеври _____

Додатково _____

Живіт участь в акті дихання м'який напружений безболісний болісний, в ділянці _____

Печіно казовий край щодо реберної дуги не виступає виступає на _____ см, _____ Перистальтика так ні

Симптомни подразнені очевисні ні так Дурез зі слів _____ Випорожнення зі слів _____

Інші симптоми _____

Неврологічний статус Зіниц норма м'язи м'язи анізокорія D S Реація на світло так ні Очі яблука біверсі ні так (вказати) _____ Мозок збережена порушена відсутня Когнітивні вільне порушене

Обличчя симетричне асиметричне, носогубна складка згладжена _____ Деформація язика _____ Припухлість язика ні так

Патологічні рефлекси _____ Тонус н'язів D S _____ Менігеальні ознаки ні так сумісні

Плегі, паралічі _____ Додатково _____

Місце ушкодження при травмі (ввести номер та описати): 1. Зовнішня кровотеча (капілярна, венозна, артеріальна) 2. Опік (термічний, хімічний, електричний) 3. Електротравма 4. Ампутація 5. Вогнянне поранення 6. Ножове поранення 7. Пневмоторакс (відкритий, закритий, напружений) 8. Травма стиснення 9. Падіння з висоти 10. Травма голови 11. Травма хребта 12. Внутрішні пошкодження 13. Переломи / вивихи

14. Пошкодження м'язів тканин 15. Інше (вказати) _____

Олькани ЕКГ, глюкоза крові (ммоль/л) тощо: _____

НАДАНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА, ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ (назва, доза, шлях введення):

Гігальція O ₂	_____ літр
СЛР	Початок _____ Закінчення _____
ШВЛ (метод)	_____
ІМС	_____
Інтубація трахеї	_____
ДЕФ	ількість разів _____
ЕКС	частота _____
Пульсія ЦВ	_____
Пульсія пласеральної порожнини	_____
Первинна обробка рани	_____
Зупинка кровотечі (метод)	_____
Шийний юпір	_____
Інубілізація нізівок	_____
Доза рошо	_____
Промивання шлуна	_____
Катетризація сечового міхура	_____
Очища клізма	_____
Інше	_____
ВВ	ВМ ПШ Per / os

Стан після надання допомоги:

Загальний стан _____

АТ _____ / _____ мм.рт.ст. Пульс _____ хв., _____ ЧД _____

за ШГ _____ Балів за ТШ _____ Балів

Транспортування пацієнта (підкреслити) ніша на ношах на руках Підпис керівника бригади _____

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ СЛУЖБИ ЕКСТРЕНОЇ (ШВИДКОЇ) МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА

медична допомога, яка полягає у здійсненні працівниками системи екстреної медичної допомоги невідкладних організаційних, діагностичних та лікувальних заходів, спрямованих на врятування і збереження життя людини у невідкладному стані та мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я.

ПРИНЦИПИ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- постійна готовність до надання екстреної медичної допомоги;
- оперативне та цілодобове реагування на виклики екстреної медичної допомоги;
- доступність та безоплатність екстреної медичної допомоги, її своєчасність, якість та пріоритетність;
- послідовність та безперервність надання екстреної медичної допомоги та її відповідність єдиним вимогам:

СИСТЕМА ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- це сукупність закладів охорони здоров'я та їх структурних одиниць, які забезпечують організацію та надання екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Структура

- центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф,
- станції екстреної (швидкої) медичної допомоги,
- бригади екстреної (швидкої) медичної допомоги,
- відділення екстреної (невідкладної) медичної допомоги.

Основні завдання

- надання доступної, безоплатної, своєчасної та якісної екстреної медичної допомоги, у тому числі під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків;
- медико-санітарного супроводу масових заходів та заходів за участю осіб, стосовно яких здійснюється державна охорона;
- взаємодії з аварійно-рятувальними підрозділами міністерств, інших центральних та місцевих органів виконавчої влади під час виникнення надзвичайних ситуацій та ліквідації їх наслідків.

Догоспітальний етап

надається цілодобовою системою швидкої та невідкладної медичної допомоги, коли екстремальна ситуація склалася вдома, за місцем роботи, в громадських місцях

Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги є закладом охорони здоров'я, основне завдання якого – забезпечення постійної готовності бригад екстреної (швидкої) медичної допомоги до надання екстреної медичної допомоги у цілодобовому режимі та координація їх діяльності з оперативно-диспетчерською службою центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф на території відповідної адміністративної одиниці.

Бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги є структурною одиницею центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф або станції екстреної (швидкої) медичної допомоги, яка надає екстрену медичну допомогу людині, що перебуває у невідкладному стані, безпосередньо на місці події та під час перевезення такої людини до закладу охорони здоров'я. За своїм складом бригади поділяються на **лікарські та фельдшерські**

ПУНКТ НЕВІДКЛАДНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ (при поліклініках чи лікарнях)

Забезпечує: надання медичної допомоги при гострих і загостренні хронічних захворювань, які безпосередньо не загрожують життю населення; госпіталізацію хворих за життєвими показаннями; виклик бригади швидкої допомоги за показаннями; передачу дільничним лікарям даних про випадки обслуговування хворих на пункті медичної допомоги

Госпітальний етап

забезпечується лікарнями швидкої медичної допомоги, відділеннями відповідного профілю багатопрофільних лікарень, що чергують в ургентному режимі, токсикологічними відділеннями, центрами травм

СТРУКТУРА ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- приймальне відділення
- спеціалізовані лікувальні відділення (з палатами інтенсивної терапії)
- відділення анестезіології та інтенсивної терапії
- діагностичні підрозділи (із службою лабораторної експрес-діагностики)
- центр (блок) реанімації
- організаційно-методичний відділ (кабінет)
- адміністративно - господарча частина

ФУНКЦІЇ ЛІКАРНІ ШВИДКОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- Цілодобовий прийом і госпіталізація хворих, доставлених ШМД, іншим транспортом і тих, хто звернувся самостійно або за направленням інших медичних закладів.
- Екстрена висококваліфікована та спеціалізована медична допомога хворим і потерпілим.
- Невідкладний лікарський огляд хворих і потерпілих, що поступили в приймальне відділення, їх госпіталізація за показаннями незалежно від наявності вільних місць.
- Переведення хворих і потерпілих для подальшого стаціонарного лікування та реабілітації в інші медичні заклади

Тема 7: МЕТОДИКА ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ.

Мета заняття

Вивчити основи організації медичної експертизи при різних видах непрацездатності (тимчасової та стійкої), засвоїти правила оформлення основних документів.

Обґрунтування мети: Медико-соціальна експертиза втрати працездатності є складовою частиною державного соціального страхування та соціального захисту населення, в т.ч. заходів по охороні здоров'я населення. Головна суть медичної експертизи працездатності полягає у виявленні факту непрацездатності, її ступеня та тривалості. Практичним лікарям щоденно доводиться вирішувати питання, пов'язані з визначенням працездатності пацієнтів. Тільки медичні працівники лікувально-профілактичних закладів мають право визнати хворого непрацездатним і видати йому документ, що засвідчує факт наявності непрацездатності. Це право покладає на лікарів велику відповідальність і зобов'язує їх знати основи медичної експертизи, вміти в кожному конкретному випадку правильно визначити порядок проведення експертизи непрацездатності та оформляти відповідні документи, що засвідчують факт непрацездатності, згідно з діючими офіційними документами.

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- Організацію медико-соціальної експертизи втрати працездатності (тимчасової та стійкої).
- Види тимчасової непрацездатності та правила оформлення документів при різних видах тимчасової непрацездатності.
- Види інвалідності, критерії визначення груп інвалідності.
- Порядок і критерії встановлення ступеня стійкої втрати працездатності.

вміти:

- Визначити тактику різних посадових осіб лікувально-профілактичних закладів і МСЕК стосовно конкретних видів і випадків тимчасової та стійкої втрати працездатності
- Оформляти листки непрацездатності.

Питання для вхідного контролю знань:

1. Види медичної експертизи.
2. Класифікація втрати працездатності за часом та ступенем.
3. Види тимчасової втрати працездатності.
4. Основні документи, що засвідчують факт тимчасової непрацездатності. Листок непрацездатності.
5. Порядок проведення експертизи працездатності.
6. Функції лікаря при проведенні медико-соціальної експертизи працездатності.
7. Лікарсько-консультативна комісія (ЛКК): склад, функції, організація роботи.
8. Порядок оформлення листка непрацездатності.
9. Особливості експертизи тимчасової втрати працездатності та оформлення листка непрацездатності в стаціонарі.
10. Порядок видачі листка непрацездатності при захворюванні чи травмі.
11. Порядок видачі листка непрацездатності при професійному захворюванні, виробничій травмі, туберкульозі.
12. Порядок видачі листка непрацездатності по догляду за хворим членом родини (дитиною, дорослим)
13. Порядок видачі листка непрацездатності з приводу вагітності та пологів.
14. Порядок видачі листка непрацездатності при санаторно-курортному лікуванні, ортопедичному протезуванні.
15. Порядок видачі листка непрацездатності при карантині та бактеріоносійстві.
16. Порядок експертизи стійкої втрати працездатності.
17. Види медико-соціальних експертних комісій (МСЕК), їх підпорядкованість, склад, функції.
18. Порядок направлення хворих на МСЕК; документація ЛКК і МСЕК.
19. Причини стійкої втрати працездатності (інвалідності).
20. Провідні класи хвороб, що призводять до інвалідності.
21. Вікові особливості інвалідності.
22. Групи інвалідності та критерії їх визначення; терміни пересвідчення.
23. Інвалідність як медико-соціальна проблема. Показники інвалідності та їх динаміка.
24. Організація медико-соціальної допомоги інвалідам.

Перелік основних облікових документів:

- листок непрацездатності;
- довідка про тимчасову непрацездатність студента, учня технікуму, професійно-технічного училища про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує школу, дитячий дошкільний заклад (ф. № 095/о);
- повідомлення про травму невиробничого характеру (ф. № 092);
- довідка про тимчасове звільнення від роботи (навчання) в зв'язку із необхідністю догляду за хворою дитиною (ф.№138/о);
- акт при травмі, одержаній на виробництві (ф. Н-1);
- акт при травмах невиробничого характеру, які прирівнюються до виробничих (ф. НТ);
- направлення на МСЕК (ф. № 088/о);
- акт огляду у МСЕК;
- довідка про результати визначення ступеня втрати професійної працездатності;
- індивідуальна програма реабілітації інваліда;
- статистичний талон до акта огляду у МСЕК.

Витяг з інструкції про порядок заповнення листка непрацездатності (НАКАЗ МОЗ 03.11.2004 № 532/274/136-ос/1406)

1. Листок непрацездатності (далі - ЛН) - це багатofункціональний документ, який є підставою для звільнення від роботи у зв'язку з непрацездатністю та з матеріальним забезпеченням застрахованої особи в разі тимчасової непрацездатності, вагітності та пологів.

Лицьовий бік бланка ЛН заповнюється лікуючим лікарем або молодшим медичним працівником з медичною освітою. Зворотний бік бланка ЛН заповнюється за місцем роботи застрахованої особи. Записи в ЛН здійснюються розбірливим почерком, без помарок, синім, фіолетовим або чорним чорнилом.

2. Насамперед заповнюється корінець ЛН.

2.1. Підкреслюється слово «первинний» або «продовження», у разі продовження ЛН зазначається номер попереднього. Указуються: прізвище, ім'я та по батькові (повністю) непрацездатного та місце його роботи (назва підприємства, установи, організації), дата видачі ЛН (цифрою вказуються число, після чого літерами - назва місяця, цифрою зазначається рік), прізвище лікаря, який видав ЛН, номер медичної карти амбулаторного чи стаціонарного хворого, підпис одержувача у графі «Підпис одержувача».

2.2. Паспортна частина ЛН (прізвище непрацездатного, ім'я та по батькові, вік) заповнюється за даними документів, місце роботи - зі слів непрацездатного.

2.3. Після заповнення корінець залишається в закладі охорони здоров'я.

3. Далі заповнюється частина лицьового боку ЛН, що видається непрацездатному.

3.1. Підкреслюється слово «первинний» або «продовження» із зазначенням номера та серії попереднього ЛН у разі його продовження. Чітко вказуються: назва і місце знаходження закладу охорони здоров'я (повністю), що підтверджуються штампом та печаткою закладу охорони здоров'я «Для листків непрацездатності»; дата видачі ЛН (цифрою вказуються число, після чого літерами - назва місяця, цифрою вказується рік), прізвище, ім'я, по батькові непрацездатного (повністю); число повних років (цифрами); стать підкреслюється; місце роботи: назва і місце знаходження підприємства, установи, організації (повністю).

3.2. У графі «Діагноз первинний» лікар указує первинний діагноз у перший день видачі ЛН. У графі «Діагноз заключний» лікар указує остаточний діагноз, а в графі «шифр МКХ-10» - шифр діагнозу відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10).

Якщо з деонтологічних міркувань лікар змінює формулювання діагнозу в ЛН, то він зобов'язаний внести в «шифр МКХ-10» шифр фактичного захворювання, зробити в медичній карті стаціонарного чи амбулаторного хворого запис, який обґрунтовує зміну діагнозу, за письмовим погодженням із завідувачем відділення.

3.3. У графі «Причина непрацездатності»: слід обов'язково підкреслити відповідну причину звільнення від роботи. П. 2,4 виправленню не підлягають.

3.4. У графі «Режим»: обов'язково вказати режим, який призначається хворому: стаціонарний, амбулаторний, постільний, домашній, санаторний, вільний тощо.

3.5. У графі «Відмітки про порушення режиму»: зазначається дата порушення режиму, що засвідчується підписом лікаря. Види порушень режиму вказуються у графі «Примітка»: з обов'язковим записом у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

3.6. У графі «Перебував у стаціонарі» зазначаються дати госпіталізації та виписки зі стаціонарного відділення.

3.7. У графі «Перевести тимчасово на іншу роботу» указуються дати тимчасового переведення хворого на іншу роботу, що засвідчується підписом голови лікарсько-консультативної комісії та круглою печаткою закладу охорони здоров'я.

3.8. Особам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза постійним місцем проживання і роботи, ЛН видається за підписом головного лікаря, що засвідчується круглою печаткою закладу охорони здоров'я. Запис здійснюється у графі «Видачу листка непрацездатності дозволяю» із обов'язковим записом у медичних картах амбулаторного чи стаціонарного хворого.

3.9. У графі «Направлений до МСЕК» здійснюється запис дати направлення документів на МСЕК, що підтверджується підписом голови лікарсько-консультативної комісії.

3.10. У графі «Оглянутий у МСЕК» зазначають дату огляду хворого.

3.11. У графі «Висновок МСЕК» робиться відповідний запис, що засвідчується підписом голови МСЕК та печаткою МСЕК:

«визнаний інвалідом певної групи та категорії»;

«інвалідом не визнаний, потребує долікування»;

«інвалідом не визнаний, працездатний».

У разі визнання хворого інвалідом дата встановлення інвалідності повинна збігатися з днем надходження (реєстрації) документів у МСЕК.

У разі визнання хворого працездатним у графі «Стати до роботи» зазначається дата, наступна за датою огляду в МСЕК.

3.12. У графі «Звільнення від роботи» у першому стовпчику «З якого числа» дата видачі ЛН (число, місяць, рік) позначається арабськими цифрами; у другому стовпчику «До якого числа включно» дата продовження ЛН (число і місяць) позначається літерами; у четвертому стовпчику «Підпис та печатка лікаря» продовження або закриття ЛН підтверджується підписом та печаткою лікаря.

Якщо ЛН продовжується в амбулаторних умовах, запис терміну лікування здійснюється відповідно до п.2.2 Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, затвердженої наказом МОЗ України від 13 листопада 2001 року №455, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 4 грудня 2001 року за № 1005/6196. Продовження ЛН здійснюється з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря, завідувача відділення або голови лікарсько-консультативної комісії, що засвідчується їх підписами.

У стаціонарному відділенні запис усього терміну лікування може бути вказаний в одному рядку з обов'язковим зазначенням посад та прізвищ лікаря і завідувача відділення, що засвідчується їх підписами та печатками.

3.13. У графі «Стати до роботи» вказують словами число і місяць коли приступити до роботи; посаду, прізвище лікаря, що засвідчується його підписом та печаткою закладу охорони здоров'я «Для листків непрацездатності». У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється «Продовжує хворіти» та зазначається номер нового ЛН.

У разі смерті у графі «Стати до роботи» зазначаються «помер» і дата смерті.

4. У правому нижньому полі ЛН у графі «Примітка»: лікарем здійснюються такі записи:

4.1. При порушенні хворим призначеного режиму вказується вид порушення (наприклад, несвоєчасна явка на прийом до лікаря; алкогольне, наркотичне, токсичне сп'яніння під час лікування; вихід на роботу без дозволу лікаря; самовільне залишення закладу охорони здоров'я; виїзд на лікування в іншому закладі охорони здоров'я без відмітки про дозвіл виїзду; відмова від направлення або несвоєчасна явка на МСЕК та ін.).

4.2. У разі тимчасової непрацездатності у зв'язку із захворюванням або травмою, що сталися внаслідок алкогольного, наркотичного, токсичного сп'яніння або дій, пов'язаних з ним, робиться позначка про таке сп'яніння.

4.3 У разі направлення на санаторно-курортне лікування зазначаються номер путівки, дати початку та закінчення путівки, назва санаторно-курортного закладу.

4.4. У разі направлення на долікування в реабілітаційне відділення санаторно-курортного закладу вказуються номер реабілітаційної путівки, дати початку та закінчення путівки, назва санаторно-курортного закладу.

4.5. У разі помилок у тексті здійснюється виправлення тексту, що підтверджується записом «Виправленому вірити», підписом лікуючого лікаря та печаткою закладу охорони здоров'я «Для листків непрацездатності».

На бланку ЛН дозволяється не більше двох виправлень.

4.6. У разі тимчасової непрацездатності («професійне та його наслідки-2») або «нешасний випадок на виробництві та його наслідки – 4») слід вказати дату встановлення професійного захворювання або нещасного випадку на виробництві.

4.7. Інші примітки.

5. У разі направлення хворого з лікувально-профілактичного закладу до реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу на доліковування у графі ЛН «Стати до роботи» здійснюється запис «доліковування в санаторно-курортному закладі» і вказується дата початку путівки. У графі «Видано новий листок непрацездатності (продовження) №» зазначається номер нового ЛН, який заповнюється в стаціонарі або в денному стаціонарі закладу охорони здоров'я на період доліковування. У графі «Причина непрацездатності»: нового ЛН підкреслюється «захворювання загальне – 1»; у графі «Режим» вказується «санаторний», у графі «Звільнення від роботи» у першому стовпчику «З якого числа» вказується дата початку путівки. В правому верхньому кутку ЛН ставиться печатка закладу охорони здоров'я «Для листків непрацездатності».

Подальше оформлення ЛН здійснюється в реабілітаційному відділенні санаторно-курортного закладу. У графі «Перебував у стаціонарі» зазначаються дати госпіталізації та виписки з реабілітаційного відділення; у графі «Звільнення від роботи» у другому стовпчику «До якого числа включно» вказується дата виписки; у графі «Стати до роботи» літерами пишуть число і місяць коли стати до роботи, зазначаються посада, прізвище лікаря та завідувача реабілітаційного відділення, їх підписи, що засвідчуються круглою печаткою санаторно-курортного закладу. У разі продовження тимчасової непрацездатності підкреслюється «продовжує хворіти».

6. При лікуванні хворих у реабілітаційних центрах та реабілітаційних відділеннях закладів охорони здоров'я ЛН заповнюється відповідно до вимог цієї Інструкції при наявності ознак тимчасової непрацездатності.

7. У разі медичного нагляду за особами, які були в контакт з хворими на інфекційні захворювання, та бактеріоносійми в графі «Причина непрацездатності»: підкреслюється «контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство-б», у графі «Режим»: – «домашній».

8. У разі направлення хворого на протезування в умовах стаціонару протезно-ортопедичного підприємства у графі «Причина непрацездатності»: вказується «ортопедичне протезування – 9», у графі «Перебував у стаціонарі», крім дати, робиться відмітка «протезно-ортопедичного підприємства», у графі «Звільнення від роботи» вказуються дати початку та закінчення протезування з урахуванням проїзду.

9. У графі «Діагноз первинний» позначається термін вагітності на час звернення, у графі «Діагноз заключний» - орієнтовний термін пологів, у графі «Причина непрацездатності»: – «вагітність та пологи»; у графі «Режим»: – «амбулаторний та стаціонарний»; у графі «Звільнення від роботи» одним рядком записується сумарна тривалість відпустки з відміткою дати відкриття ЛН, у графі «Стати до роботи» - дата закінчення відпустки. ЛН затверджується підписом лікуючого лікаря, завідувача жіночої консультації, для іногородніх жінок - додатково керівником закладу охорони здоров'я. ЛН завіряється печаткою закладу охорони здоров'я. Додаткові дні післяпологової відпустки при патологічних пологах і багатоплідній вагітності оформлюються окремим (додатковим) бланком ЛН.

10. Якщо при черговому відвідуванні хворим лікаря має місце порушення режиму у вигляді несвоєчасного прибуття хворого до лікаря, то:

- у разі визнання хворого непрацездатним продовження ЛН здійснюється з дня його відвідування лікаря;

- у разі визнання хворого працездатним у графі «Стати до роботи» пишуться літерами число і місяць та здійснюється запис «з'явився працездатним». Закриття ЛН здійснюється датою, установленою лікарем, для прибуття хворого.

11. Номери бланків ЛН, дата видачі, продовження, дати відвідування на повторні огляди, виписки на роботу обов'язково фіксують у медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

12. У разі втрати ЛН оформлення дублікату ЛН здійснюється лікуючим лікарем при наявності довідки з місця роботи про те, що виплата за цим ЛН не здійснювалася. У верхньому правому кутку ЛН зазначається «дублікат», у графі «Звільнення від роботи» одним рядком записується весь період непрацездатності, що підтверджується підписом і печаткою лікуючого лікаря та голови лікарсько-консультативної комісії. У медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого робиться відповідний запис із зазначенням номера дублікату ЛН.

Витяг з інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян
(Наказ МОЗ України 13.11.2001 N 455)

1. Загальні положення

1.4. Право видачі листків непрацездатності надається: лікуючим лікарям державних і комунальних закладів охорони здоров'я; стаціонарів протезно-ортопедичних установ; туберкульозних санаторно-курортних закладів; фельдшерам у місцевостях, де відсутній лікар, а також на плаваючих суднах. Лікуючим лікарям закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності.

1.5. Не мають права видачі листків непрацездатності лікарі: станцій (відділень) швидкої медичної допомоги; станцій переливання крові; закладів судово-медичної експертизи; бальнеогрязелікувальних, косметологічних та фізіотерапевтичних лікарень і курортних поліклінік; будинків відпочинку; туристичних баз; зубопротезних поліклінік (відділень); санітарно-профілактичних закладів.

1.10. Особам, у яких тимчасова непрацездатність настала поза постійним місцем проживання і роботи (під час відрядження, санаторно-курортного лікування, відпустки тощо), листок непрацездатності (довідка) видається за місцем їх тимчасового перебування з дозволу головного лікаря лікувально-профілактичного закладу на число днів непрацездатності.

1.14. У разі втрати листка непрацездатності за рішенням ЛКК лікувально-профілактичного закладу, в якому його видано, видається новий листок непрацездатності з позначкою "дублікат".

2. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян у разі захворювання чи травми

2.2. При втраті працездатності внаслідок захворювання або травми лікуючий лікар в амбулаторно-поліклінічних закладах може видавати листок непрацездатності особисто терміном до 5 календарних днів з наступним продовженням його, залежно від тяжкості захворювання, до 10 календарних днів. Якщо непрацездатність триває понад 10 календарних днів, продовження листка непрацездатності до 30 днів проводиться лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення, а надалі - ЛКК з періодичністю не рідше 1 разу на 10 днів. В окремих випадках, коли захворювання вимагає тривалого лікування, наприклад у разі важких травм та туберкульозу періодичність оглядів ЛКК з продовженням листка непрацездатності може бути не рідше 1 разу на 20 днів залежно від тяжкості перебігу захворювання.

2.3. У лікувально-профілактичних закладах, розташованих у сільській місцевості, у штаті яких є тільки один лікар, листок непрацездатності (довідка) може видаватись особисто одним лікарем з продовженням до 14 днів та наступним направленням хворого до ЛКК у разі його тимчасової непрацездатності.

2.4. Фельдшер має право видавати листок непрацездатності особисто і одночасно на термін не більше 3 днів з наступним направленням хворого до лікаря у разі його тимчасової непрацездатності.

2.9. У разі лікування в стаціонарі листок непрацездатності видається лікуючим лікарем спільно з завідувачем відділення за весь період стаціонарного лікування. У разі потреби продовження лікування в амбулаторних умовах листок непрацездатності може бути продовжено на термін до 3 днів.

2.10. У разі тимчасової непрацездатності, зумовленої захворюванням або травмою, внаслідок алкогольного, токсичного сп'яніння чи дії наркотиків, що визначається ЛКК у встановленому порядку, спільним наказом МВС України, МОЗ України та видається листок непрацездатності з обов'язковою позначкою про це в ньому та в медичній карті амбулаторного чи стаціонарного хворого.

2.11. На період проведення інвазивних методів обстеження та лікування (ендоскопія з біопсією, хіміотерапія за інтермітуючим методом, гемодіаліз тощо) в амбулаторних умовах листок непрацездатності видається лікуючим лікарем - згідно з рішенням ЛКК.

2.12. У разі протезування у стаціонарах протезно-ортопедичних підприємств системи Міністерства праці та соціальної політики України листок непрацездатності видається на час протезування і проїзду до стаціонару і назад.

2.13. ЛКК, а в разі її відсутності - лікуючий лікар з дозволу головного лікаря, може призначити непрацездатному внаслідок професійного захворювання або захворювання на туберкульоз тимчасове переведення на іншу роботу з видачею листка непрацездатності терміном до 2 місяців...

2.14. При направленні хворих на доліковування в реабілітаційні відділення санаторно-курортних закладів безпосередньо із стаціонарів, згідно з висновком ЛКК, листок непрацездатності продовжується лікуючим лікарем санаторно-курортного закладу на весь термін, потрібний для закінчення призначеного лікування та реабілітації з урахуванням проїзду.

2.16. Захворювання студентів вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації та учнів професійно-технічних навчальних закладів засвідчується довідкою форми № 095/о.

2.17. Довідка довільної форми, засвідчена підписом головного лікаря і печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається особам, які проходять обстеження з приводу встановлення причинного зв'язку захворювання з умовами праці, за направленням слідчих органів, прокуратури і суду.

2.18. Довідка довільної форми, засвідчена підписом завідувача відділення та печаткою лікувально-профілактичного закладу, видається у разі тимчасової непрацездатності безробітних громадян, особам, які проходять обстеження за направленням військових комісаріатів; особам, які проходять додаткове наркологічне обстеження.

2.19. Особам, які самостійно звернулись по консультативну допомогу, видається довідка довільної форми за підписом лікуючого лікаря, засвідченим печаткою лікувально-профілактичного закладу...

2.20. Особам, які перебувають під арештом та проходять судово-медичну експертизу, листок непрацездатності не видається.

3. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність у зв'язку з доглядом за хворим членом сім'ї...

3.2. Для догляду за дорослим членом сім'ї та хворою дитиною, старшою 14 років, при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах листок непрацездатності видається на термін до 3 днів. Як виняток, може бути продовжений за рішенням ЛКК (не більше 7 календарних днів)...

3.3. Для догляду за хворою дитиною віком до 14 років листок непрацездатності видається на період, протягом якого дитина потребує догляду, але не більше 14 календарних днів, а для догляду за дитиною, постраждалою внаслідок аварії на ЧАЕС, на весь період її хвороби, включаючи санаторно-курортне лікування.

3.4. Якщо дитина продовжує хворіти видається довідка за встановленою формою...

3.5. Якщо в сім'ї хворіють двоє або більше дітей одночасно, то для догляду за ними видається один листок непрацездатності. У разі виникнення захворювання у дітей в різний час листок непрацездатності та довідка про догляд за хворою дитиною

видається в кожному конкретному випадку окремо.

3.6. Якщо в період звільнення від роботи згідно з довідкою про догляд за хворою дитиною захворіла друга дитина або виникло нове (не пов'язане з попереднім) захворювання у першій дитині, то довідка закривається і видається новий листок непрацездатності.

3.8. Після виписки дитини із стаціонару в гострому періоді захворювання листок непрацездатності видається або продовжується до одужання дитини, але в межах установленого терміну з урахуванням днів листка непрацездатності, що був виданий для догляду за дитиною до стаціонарного лікування.

3.9. У разі стаціонарного лікування дітей віком до 6 років одному із працюючих членів сім'ї або іншій працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною, видається листок непрацездатності на весь період перебування в стаціонарі разом з дитиною. У разі стаціонарного лікування важкохворих дітей старшого віку (6-14 років) листок непрацездатності видається на період, коли, за висновком ЛКК, дитина потребує індивідуального догляду.

3.10. У разі стаціонарного лікування дітей віком до 14 років, інфікованих вірусом імунодефіциту людини (СНІД) або хворих на онкологічні та онкогематологічні захворювання та постраждалих від наслідків аварії на ЧАЕС, листок непрацездатності видається на весь період перебування дитини в стаціонарі...

3.13. Листок непрацездатності видається працюючій особі, яка здійснює догляд за дитиною віком до 3 років, дитиною-інвалідом віком до 18 років, у випадку пологів або хвороби матері на період, коли вона за медичними висновками лікаря не може здійснювати догляд за дитиною.

3.15. Листок непрацездатності не видається для догляду: за хронічним хворим у період ремісії; хворою дитиною в період відпусток; за здоровою дитиною на період карантину; за хворим старшим 14 років при стаціонарному лікуванні.

4. Порядок направлення на медико-соціальну експертну комісію

4.1. Направлення хворого для огляду до МСЕК здійснюють ЛКК при наявності стійкого чи необоротного характеру захворювання, коли хворий був звільнений від роботи протягом чотирьох місяців безперервно з дня настання тимчасової непрацездатності чи протягом п'яти місяців у зв'язку з одним і тим самим захворюванням або його ускладненнями за останні дванадцять місяців, а при захворюванні на туберкульоз - протягом десяти місяців з дня настання непрацездатності.

4.2. На МСЕК направляються інваліди для переогляду в зв'язку із змінами в стані здоров'я, працюючі інваліди - для зміни трудової рекомендації чи внесення доповнень до індивідуальної програми реабілітації інваліда тощо.

4.3. У разі визнання хворого інвалідом листок непрацездатності закривається днем надходження документів хворого на МСЕК, дата встановлення інвалідності обов'язково вказується у листку непрацездатності.

4.4. Особам, не визнаним інвалідами: у разі визнання їх працездатними термін тимчасової непрацездатності закінчується датою огляду в МСЕК; у разі визнання їх непрацездатними листок непрацездатності продовжується ЛКК ...

4.5. При відмові хворого від направлення до МСЕК або несвоєчасному прибутті його на експертизу без поважної причини, факт відмови або нез'явлення засвідчується відповідною позначкою про це в листку непрацездатності... Відмова не є підставою для виписки хворого на роботу.

5. Порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність при карантині.

На період тимчасового відсторонення від роботи осіб, робота яких пов'язана з обслуговуванням населення, які були в контакті з інфекційними хворими або є бактеріоносіями, у разі неможливості здійснення тимчасового переведення за їх згодою на іншу роботу, не пов'язану з ризиком поширення інфекційних хвороб, листок непрацездатності видається інфекціоністом або лікуючим лікарем згідно з висновком лікаря-епідеміолога територіальної СЕС.

6. Порядок видачі листка непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами

6.1. Листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається за місцем спостереження за вагітною з 30 тижнів вагітності водночас на 126 календарних днів (70 календарних днів до передбачуваного дня пологів і 56 - після).

6.2. У разі передчасних або багатоплідних пологів, виникнення ускладнень під час пологів або в післяпологовому періоді... додатково видається листок непрацездатності на 14 календарних днів.

6.3. Жінкам, які належать до I-IV категорій постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС, видається листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами з 27 тижнів вагітності тривалістю 180 календарних днів (90 днів на період допологової відпустки і 90 - на період післяпологової відпустки).

6.4. Якщо вагітна не спостерігалась з приводу вагітності до дня пологів, листок непрацездатності видається з дня пологів на період тривалості післяпологової відпустки...

6.5. При передчасних пологах до 30 тижнів вагітності листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами видається на 140 календарних днів у разі народження живої дитини, а у випадку мертвородження при таких пологах - на 70 календарних днів.

6.6. Жінкам, які не підлягають загальнообов'язковому державному соціальному страхуванню, видається довідка форми № 147/о...

6.7. У зв'язку з операцією штучного переривання вагітності на бажання жінки (в тому числі міні-аборти) листок непрацездатності видається на 3 дні з урахуванням дня операції. У разі виникнення ускладнень - на весь період тимчасової непрацездатності.

6.8. У випадках переривання вагітності з інших причин, у тому числі за медичними або соціальними показаннями, листок непрацездатності видається з дня госпіталізації жінки на весь період непрацездатності.

6.11. Особам, які усиновили дитину або взяли дитину під опіку, лікарем жіночої консультації на підставі свідоцтва про народження дитини та рішення суду про її усиовлення або встановлення опіки видається листок непрацездатності на період з дня усиовлення тривалістю 56 календарних днів (70 календарних днів у разі одночасного усиовлення двох і більше дітей, 90 календарних днів - для жінок, віднесених до I-IV категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи...

6.12. Під час перебування жінки у відпустці для догляду за дитиною листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю та пологами видається на загальних підставах.

7. Порядок видачі листка непрацездатності на період санаторно-курортного лікування

7.1. Листок непрацездатності на період санаторно-курортного лікування видається на термін лікування та проїзду до санаторно-курортного закладу і назад, але з урахуванням тривалості щорічної відпустки.

8. Контроль та відповідальність за порушення Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян

8.3. За порушення порядку видачі та заповнення документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, лікарі несуть відповідальність згідно з законодавством України.

Завантаження лікарем і зберігання в закладі охорони здоров'я	ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N (відповідне підкреслити)		Серія N..... (прізвище лікаря)	КОРІНЦЬ
	(прізвище, ім'я, по батьові непрацездатного) (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)		N медичної карти (Підпис одержувача)	
Виданий 20..... р. (число, місяць)				
ЗАПОВНЮЄТЬСЯ ЛІКАРЕМ ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ	Л І Н І Я В І Д Р І З У			
	ЛИСТОК НЕПРАЦЕЗДАТНОСТІ ПЕРВИННИЙ, ПРОДОВЖЕННЯ ЛИСТКА N (відповідне підкреслити)		Серія..... N..... Печатка закладу охорони здоров'я	
	(назва і місцезнаходження закладу охорони здоров'я) Виданий 20..... р. (число, місяць)		Чол. Жін. відповідне підкреслити	
	(прізвище, ім'я, по батьові непрацездатного) (місце роботи: назва підприємства, установи, організації)		Вік (покази років)	Шифр МКХ-10.....
	Діагноз первинний:		Діагноз заключний:	
	Причина непрацездатності: захворювання загальне – 1, професійне та його наслідки – 2, наслідок аварії на ЧАЕС – 3, нещасний випадок на виробництві та його наслідки – 4, невірні травми – 5, контакт з хворими на інфекційні захворювання та бактеріоносійство – 6, санаторно-курортне лікування – 7, вагітність та пологи – 8, ортопедичне протезування – 9, догляд (вік)..... – 10.			
	РЕЖИМ:		Відмітки про порушення режиму: Підпис лікаря.....	
	Перебував у стаціонарі з..... 20..... р. по..... 20..... р.		Направлений у МСЕК..... 20..... р. Підпис голови ЛКК.....	
	Перевести тимчасово на іншу роботу з..... 20..... р. по..... 20..... р. Підпис голови ЛКК..... М. П.		Оглянутий у МСЕК..... 20..... р. Висновок МСЕК.....	
	Видачу листка непрацездатності дозволяю: Підпис головного лікаря..... М. П.		Підпис голови МСЕК..... М. П.	
З В І Л Ь Н Е Н Н Я В І Д Р О Б О Т И				
З якого числа (число, місяць, рік)	До якого числа включно (словом число і місяць)	Посада і прізвище лікаря	Підпис та печатка лікаря	
3				
3				
3				
3				
СТАТИ ДО РОБОТИ (словом число і місяць) ПРОДОВЖУЄ ХВОРИТИ		} посада, прізвище підпис лікаря	Печатка закладу охорони здоров'я	
Видано новий листок непрацездатності (продовження) N.....				

ПРИМІТКА:

Завантаження табельника або уповноваженою особою	(назва підприємства, установи, організації) Структурний підрозділ..... Посада..... Таб. N..... Робота постійна, тимчасова, сезонна (потрібне підкреслити). Не працював з "....." 20... р. до "....." 20... р. Неробочі дні за період непрацездатності (числа) До роботи став з "....." 20..... р. Підпис і прізвище табельника або уповноваженої особи..... Дата.....				
	Застрахована особа віднесена: до осіб, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС або доглядають хвору дитину віком до 14 років, яка потерпіла від Чорнобильської катастрофи, ветеран війни (потрібне підкреслити). Страховий стаж на день настання непрацездатності: до 5 років, від 5 до 8, від 8 і більше років (потрібне підкреслити). (посада, підпис і прізвище працівника відділу кадрів або уповноваженої особи)				
Завантаження відповідним кадрів або уповноваженою особою	ПРИЗНАЧЕНА ДОПОМОГА:				
	3 тимчасової непрацездатності в розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів 3 вагітності та пологів у розмірі.....% за..... робочих (календарних) днів Допомога не надається з причини: Акт про нещасний випадок на виробництві, акт розслідування нещасного випадку на виробництві або професійного захворювання від..... 20... р. N..... (посада, підпис і прізвище уповноваженої особи)				
Завантаження бухгалтерією (розрахунковою частиною) підприємства, установи, організації	ДОВІДКА ПРО ЗАРОБІТНУ ПЛАТУ				
	Місячний оклад..... грн. Денна тарифна ставка..... грн.				
	Місяці	Кількість робочих днів (годин)	Сума фактичної заробітної плати, з якої нараховуються страхові внески	Середньоденна (середньогодинна) заробітна плата	
Усього:					
При переведенні під час хвороби на іншу роботу з "....." 20..... р. до "....." 20..... р. заробітна плата за..... днів становить.....					
НАЛЕЖИТЬ ДО ВИПЛАТИ					
З якого часу і до якого	За скільки днів (годин)	Розмір допомоги в % до заробітної плати	Денна (годинна) допомога в грн. і коп.	Усього нараховано	Усього, з урахуванням заробітної плати при переведенні на іншу роботу
..... (усього нараховано — сума слівом)					
Включено до платіжної відомості за..... місяць 20..... р. Печатка Прізвище і підпис керівника..... Підпис головного (старшого) бухгалтера.....					

		ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2012 року № 110				ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ Міністерства охорони здоров'я України 14 лютого 2012 року № 110	
Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 095/о		Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 095/о	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України		Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України	
Код за ЄДРПОУ		№		Код за ЄДРПОУ		№	
ДОВІДКА № _____ про тимчасову непрацездатність студента навчального закладу I-IV рівнів акредитації, про хворобу, карантин і інші причини відсутності дитини, яка відвідує загальноосвітній навчальний заклад, дошкільний навчальний заклад				КОНТРОЛЬНИЙ ТАЛОН до довідки № _____			
Дата видачі " _____ " _____ 20 _____ року				Дата видачі " _____ " _____ 20 _____ року			
1. Студенту, учню, дитині, що відвідує дошкільний навчальний заклад (необхідне підкреслити) (найменування навчального закладу)				1. Прізвище, ім'я, по батькові хворого			
2. Прізвище, ім'я, по батькові хворого				2. Найменування навчального закладу			
3. Дата народження (рік, місяць, число, для дітей до 1 року – день)				3. Діагноз (зазначається за згодою пацієнта)			
4. Діагноз захворювання (зазначається за згодою пацієнта), інші причини відсутності				4. Звільнений(на) від занять (роботи), відвідувань дошкільного навчального закладу з _____ по _____ 20 _____ року			
5. Наявність контакту з інфекційним хворим (так, ні)				Звільнення продовжено з _____ по _____ 20 _____ року з _____ по _____ 20 _____ року			
(підкреслити, вписати)				Прізвище лікаря, який видав довідку			
6. Звільнений(на) від занять, відвідувань дошкільного навчального закладу з _____ по _____ 20 _____ року з _____ по _____ 20 _____ року				М.П. _____ Підпис лікаря			
М.П. _____ Підпис лікаря				М.П. _____ Підпис лікаря			
				<i>Примітка. Контрольні талони служать для обліку виданих довідок.</i>			

Витяг з Інструкції про встановлення груп інвалідності Наказ МОЗ України від 05.09.2011 N 561

I. Загальні положення

- *анатомічний дефект* – незворотна морфологічна вада, стійкий необоротний наслідок травм, оперативних втручань, вад розвитку (спотворень), що обмежують життєдіяльність в одній із категорій; кваліфікація – рівень підготовленості, майстерності, ступінь готовності до виконання праці за визначеною спеціальністю чи посадою, що визначається розрядом, класом чи іншими атестаційними категоріями;
- *професія* – рід трудової діяльності людини, яка володіє комплексом спеціальних знань, практичних навичок, одержаних шляхом спеціальної освіти, навчання чи досвіду, які дають можливість здійснювати роботу в певній сфері виробництва;
- *спеціальність* – сукупність набутих шляхом спеціальної підготовки та досвіду роботи знань, умінь і навичок, необхідних для виконання певного виду трудової діяльності в межах даної професії;
- *реабілітаційний потенціал* – комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик людини, а також факторів соціального середовища, що дозволяють реалізувати її потенційні можливості до реабілітації;
- *реабілітаційний прогноз* – передбачувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу та передбачуваний рівень інтеграції інвалідів у суспільство, який визначається не тільки рівнем і змістом реабілітаційного потенціалу, а й реальними можливостями застосування для його реалізації сучасних реабілітаційних технологій, засобів і методів;
- *спеціально створені умови* – комплекс заходів, що забезпечують необхідні для інваліда умови та режим праці: значно скорочений робочий день з наданням рекомендованих видів праці, індивідуальні норми вироблення, введення додаткових перерв у процесі виконання роботи, суворе дотримання санітарно-гігієнічних норм, систематичне медичне спостереження, можливість повністю або частково працювати вдома та інші особливості в умовах праці. Працевлаштування інвалідів у спеціально створених умовах здійснюється на спеціальних робочих місцях, у спеціальних цехах, спеціальних дільницях, на спеціалізованих підприємствах, що призначені для праці інвалідів, в умовах роботи вдома.

1.8. Хворого, якого направляють на МСЕК уперше, представляє голова лікарсько-консультаційної комісії

1.14. Комісія проводить огляд тимчасово непрацездатної особи, що звернулася для встановлення інвалідності, протягом семи днів з дня надходження документів на МСЕК. Якщо комісія не прийняла рішення про продовження строку тимчасової непрацездатності, листок непрацездатності закривається датою проведення огляду, але не пізніше дати встановлення особі групи інвалідності.

1.15. Якщо строк перегляду особи пропущено з поважних причин, інвалідність поновлюється МСЕК з дня її зупинення, але не більше ніж за три роки.

II. Класифікація основних видів порушення функцій, основних критеріїв життєдіяльності та ступенів їх вираженості

2.1. До основних видів порушення функцій організму людини, які визначаються медико-соціальною експертизою, належать:

- порушення психічних функцій (сприйняття, уваги, пам'яті, мислення, мови, емоцій, волі);
- порушення сенсорних функцій (зору, слуху, нюху, дотику, больової, температурної та інших видів чутливості);
- порушення статодинамічних функцій (голови, тулуба, кінцівок, рухливих функцій, статички, координації руху);
- порушення функцій кровообігу, дихання, травлення, виділення, обміну речовин та енергії, внутрішньої секреції, імунітету;
- мовні порушення (не обумовлені психічними розладами), порушення голосоутворення, форми мови;
- порушення, які викликають спотворення (деформація обличчя, голови, тулуба, кінцівок, які призводять до зовнішнього спотворення, аномальні дефекти травного, сечовидільного, дихального трактів, порушення розмірів тулуба).

2.2. Критерії життєдіяльності людини: здатність до самообслуговування, пересування, орієнтації, контролю своєї поведінки, спілкування, навчання, виконання трудової діяльності.

Здатність до пересування – можливість ефективно пересуватися у своєму оточенні (ходити, бігати, долати перепони, користуватися особистим та громадським транспортом).

Параметри оцінки – характер ходьби, темп пересування, відстань, яку долає хворий, здатність самостійно користуватися транспортом, потреба у допомозі інших осіб при пересуванні.

Здатність до самообслуговування – можливість ефективно виконувати соціально-побутові функції і задовольняти потреби без допомоги інших осіб.

Параметри оцінки – інтервал часу, через який виникає потреба в допомозі: епізодична допомога (рідше одного разу на місяць), регулярна (декілька разів на місяць), постійна допомога (декілька разів на тиждень – регульована або декілька разів на день – нерегульована допомога).

Здатність до орієнтації – можливість самостійно орієнтуватися у просторі та часі, мати уяву про навколишні предмети. Основними системами орієнтації є зір та слух (за умови нормального стану психічної діяльності та мови).

Параметри оцінки – можливість розрізняти зорові образи людей та предметів на відстані, що збільшується, і в різних умовах (наявність або відсутність перешкод, знайомство з обстановкою), розрізняти звуки та усну мову (слухова орієнтація) за відсутності або наявності перешкод і ступеня компенсації порушення слухового сприйняття усної мови іншими способами (письмо, невербальні форми); необхідність використання технічних засобів для орієнтації та допомоги інших осіб у різних видах повсякденної діяльності (у побуті, навчанні, на виробництві).

Здатність до спілкування (комунікативна здатність) – можливість устанавлювати контакти з іншими людьми та підтримувати суспільні взаємозв'язки (порушення спілкування, пов'язані з розладом психічної діяльності, тут не розглядаються).

Основним засобом комунікації є усна мова, допоміжним – читання, письмо, невербальна мова (жестова, знакова).

Параметри оцінки – характеристика кола осіб, з якими можлива підтримка контактів, а також потреба у допомозі інших осіб у процесі навчання та трудової діяльності.

Здатність контролювати свою поведінку – можливість поводитись відповідно до морально-етичних і правових норм суспільного середовища.

Параметри оцінки – здатність усвідомлювати себе і дотримуватися установлених суспільних норм, ідентифікувати людей та об'єкти і розуміти стосунки між ними, правильно сприймати, інтерпретувати і адекватно реагувати на традиційну і незвичну ситуації, дотримуватися особистої безпеки, особистої охайності.

Здатність до навчання – можливість сприймати, засвоювати та накопичувати знання, формувати навички і уміння (побутові, культурні, професійні та інші) у цілеспрямованому процесі навчання. Можливість професійного навчання – здатність до оволодіння теоретичними знаннями і практичними навичками та умінням конкретної професії.

Параметри оцінки – можливість навчатися у звичайних або спеціально створених умовах (спеціальний навчальний заклад або група, навчання в домашніх умовах тощо); обсяг програми, строки і режим навчання; можливість освоєння професій різного кваліфікаційного рівня або тільки окремих видів робіт; необхідність використання спеціальних засобів із залученням допомоги інших (крім викладача) осіб.

Здатність до трудової діяльності – сукупність фізичних та духовних можливостей людини, яка визначається станом здоров'я, що дозволяє їй займатися різного виду трудовою діяльністю. Професійна працездатність – здатність людини якісно виконувати роботу, що передбачена конкретною професією, яка дозволяє реалізувати трудову зайнятість у певній сфері виробництва відповідно до вимог змісту і обсягу виробничого навантаження, встановленого режиму роботи та умов виробничого середовища.

Параметри оцінки – збереження або втрата професійної здатності, можливість трудової діяльності за іншою професією, яка за кваліфікацією дорівнює попередній, оцінка допустимого обсягу роботи у своїй професії і посаді, можливість трудової зайнятості в звичайних або спеціально створених умовах.

Порушення професійної працездатності – найчастіша причина соціальної недостатності, яка може виникати первинно, коли інші категорії життєдіяльності не порушені, або вторинно на основі обмеження життєдіяльності. Здатність до праці за конкретною професією у інвалідів з обмеженням інших критеріїв життєдіяльності може бути збережена повністю або частково чи відновлена засобами професійної реабілітації, після чого інваліди можуть працювати у звичайних або спеціально створених умовах з повною чи неповною тривалістю робочого часу.

Висновок про нездатність до трудової діяльності готується лише у разі згоди інваліда (крім випадків, коли інваліда визнано недієздатним).

Ступінь обмеження життєдіяльності – величина відхилення від норми діяльності людини. Ступінь обмеження життєдіяльності характеризується одним або поєднанням декількох зазначених найважливіших його критеріїв. Виділяють три ступені обмеження життєдіяльності: помірно виражене, виражене, значне.

Помірно виражене обмеження життєдіяльності зумовлено порушеннями функцій органів і систем організму, що призводять до помірного обмеження можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Виразене обмеження життєдіяльності обумовлюється порушенням функцій органів та систем організму, що полягає у вираженому порушенні можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності.

Значне обмеження життєдіяльності виникає внаслідок значних порушень функцій органів чи систем організму, що призводить до неможливості або значного порушення здатності чи можливості навчання, спілкування, орієнтації, контролю за своєю поведінкою, пересування, самообслуговування, участі у трудовій діяльності, та супроводжується необхідністю в сторонньому догляді (сторонній допомозі).

Особі, що визнана інвалідом, залежно від ступеня розладу функцій органів і систем організму та обмеження її життєдіяльності встановлюється I, II або III група інвалідності. I група інвалідності поділяється на підгрупи А і Б залежно від ступеня втрати здоров'я інваліда та обсягу потреби в постійному сторонньому догляді, допомозі або нагляді.

2.4. При підвищенні груп інвалідності внаслідок загального захворювання, нещасного випадку на виробництві, професійного захворювання, поранення, контузії, каліцтва та іншого захворювання, в разі виникнення важкого загального захворювання причина інвалідності встановлюється на вибір хворого. Якщо однією з причин інвалідності є інвалідність з дитинства, МСЕК у висновку про огляд інваліда вказує дві причини інвалідності.

III. Перелік захворювань, дефектів, необоротних морфологічних станів, порушень функцій органів та систем організму, при яких група інвалідності встановлюється без строку перегляду

Група інвалідності IA встановлюється при таких захворюваннях:

- Кукси обох верхніх кінцівок - на рівні плеча; кукси двох нижніх кінцівок - на рівні стегна
- Злоякісні новоутворення (з метастазами і рецидивами).
- Психічні розлади зі стійкими, значно вираженими психопатологічними синдромами
- Хвороби центральної та периферичної нервової системи з прогресуючим перебігом та наслідки травм нервової системи із незворотними, значно вираженими порушеннями рухових, мовних та зорових функцій
- Різко виражена контрактура або анкілоз крупних суглобів верхніх і нижніх кінцівок
- Поснадання сліпоти на обидва ока із загальною соматичною патологією.

Група інвалідності IB встановлюється при таких захворюваннях:

- Двобічний анофтальм (відсутність очей, вроджені рудиментарні очні яблука).
- Сліпота на обидва ока в результаті стійких незворотних змін.
- Кукси обох нижніх кінцівок на рівні нижньої третини стегон і вище.
- Хвороби центральної та периферичної нервової системи з прогресуючим перебігом і наслідки травм з незворотними, значно вираженими порушеннями рухових, мовних та зорових функцій
- Захворювання нирок, які лікуються програмним гемодіалізом.
- Захворювання серцево-судинної системи, які призвели до недостатності кровообігу ІВ-ІІІ ступенів
- Хвороби органів дихання з прогресивним перебігом, що супроводжуються стійкою легеневою недостатністю ІІІ ступеня,
- Психічні захворювання: люцидна кататонія, слабоумство внаслідок епілепсії з частими епілептичними нападами.
- Двобічна відсутність чотирьох, трьох пальців кистей, включаючи перший; кукси верхніх кінцівок на рівні передпліччя

3.3. **Група інвалідності II** встановлюється при таких захворюваннях:

- Цироз печінки з гепатоспленомегалією і портальною гіпертензією ІІІ ступеня.
- Відсутність однієї легені і хронічна легенева недостатність ІІ ступеня внаслідок патологічних змін другої легені.
- Стійкий повний птоз на обох очах після всіх видів відновного лікування та необоротні зміни органа
- Параліч нижньої кінцівки, виражений верхній або нижній парепарез, виражений геміпарез.
- Виражений верхній або нижній парепарез, виражений геміпарез.
- Значні дефекти черепа (60 кв.см і більше), які не заміщені аутокісткою.
- Екзартикуляція верхньої кінцівки в плечовому суглобі, екзартикуляція стегна.
- Коротка кукса стегна при неможливості протезування.
- Кукса обох гомілок.
- Хибна кукса нижньої кінцівки або обох стоп на рівні суглоба Шопара при відсутності можливості протезування.
- Анкілоз або різко виражена контрактура кульшового суглоба з помірним порушенням функції другого суглоба.
- Калова (сечова) нориця, неприродний задній прохід при неефективності, протипоказань до оперативного втручання.
- Кукса стегна при помірному порушенні рухових чи статичних функцій іншої нижньої кінцівки
- Кукса верхньої або нижньої кінцівки, поєднана або з глухотою на обидва вуха, або відсутністю зору на одне око,
- Параліч або виражений парез однієї кінцівки, поєднаний або з глухотою на обидва вуха, або відсутністю зору на одне око
- Після трансплантації внутрішніх органів при сприятливому перебігу після 5 років спостереження.
- Стан після ендпротезування двох суглобів (кульшових, колінних) у різних поєднаннях.
- Інвалідність внаслідок психічного захворювання, яка триває більше десяти років.

Група інвалідності III встановлюється при таких захворюваннях:

- Відсутність одного ока.
- Стійкий повний птоз на одному оці після проведення усіх видів відновного лікування.
- Сліпота на одне око.
- Двобічна глухота.
- Стійка трахеостома.
- Стеноз гортані ІІ-ІІІ ступенів внаслідок травматичного або інфекційного ураження нервово-м'язового апарату гортані
- Стійка афонія органічного генезу.
- Дефект щелепи чи твердого піднебіння, якщо протезування не забезпечує жування.
- Спотворюючі обличчя рубці та дефекти, які не піддаються хірургічно-косметологічній корекції.
- Гіпофізарний нанізм.
- Остеохондропатія, остеохондродистрофія при зрості менше 150 см.
- Помірна сенсорна афазія.
- Параліч китиці.
- Параліч або виражений парез верхньої або нижньої кінцівки
- Чужорідне тіло в речовині головного мозку
- Значний дефект кісток черепа
- Відсутність китиці і вищий рівень ампутації верхньої кінцівки.
- Хибний суглоб плеча або обох кісток передпліччя.
- Відсутність усіх фаланг чотирьох пальців китиці, за винятком першого.
- Відсутність трьох пальців китиці, включаючи перший; анкілоз чи виражена контрактура тих самих пальців
- Відсутність першого та другого пальців з відповідними п'ястковими кістками.
- Відсутність перших пальців обох китиць.
- Відсутність трьох пальців китиці з відповідними п'ястковими кістками.
- Кукса стегна чи гомілки.
- Кукса стопи на рівні суглоба Лісфранка або на вищому рівні.
- Двобічна кукса стопи з резекцією голівок плюсневих кісток за Шарпом.
- Різко виражена контрактура чи анкілоз двох скокових суглобів; різко виражена контрактура чи анкілоз скокового суглоба
- Різко виражена контрактура чи анкілоз кульшового або колінного суглоба.
- Вроджений чи набутий вивих одного кульшового суглоба із значним порушенням функції.
- Деформація грудної клітки внаслідок резекції чотирьох і більше ребер при наявності дихальної недостатності І ступеня
- Хибний суглоб стегна чи обох кісток гомілки або великої гомілкової кістки при неефективності реабілітаційних заходів
- Нестійкий колінний чи кульшовий суглоб з вираженим порушенням функції кінцівки.
- Укорочення нижньої кінцівки на 7 см і більше.
- Ендпротез колінного чи кульшового суглоба або діафіза великих трубчастих кісток.
- Сколіоз ІІІ ступеня, кіфосколіоз ІІІ ступеня з наявністю дихальної недостатності або сколіоз чи кіфосколіоз ІV ступеня.
- Анкілоз або різко виражена контрактура ліктьового суглоба у функціонально невідповідному положенні.
- Контрактура передпліччя в положенні повної пронації.
- Ішемічна контрактура передпліччя Фолькмана з вираженим функціональним порушенням китиці.
- Екстирпація шлунка, тотальна колопроктомія, панкреатоектомія з наявністю цукрового діабету.
- Тотальна тиреоїдектомія з субкомпенсованим або некомпенсованим гіпотиреозом при адекватному лікуванні.
- Чужорідне тіло в серцевому м'язі чи у перикарді внаслідок травми (поранення), штучний клапан серця,
- Відсутність однієї нирки.
- Відсутність однієї легені.
- Однобічна мастектомія внаслідок злоякісного новоутворення.

Форма НПІ

Форма Н-1

ЗАТВЕРДЖУЮ

(посада роботодавця або керівника органу, який призначив комісію)

(підпис)

(ініціали та прізвище)

_____ 20__ р.

М. П.

АКТ N _____

ПРО НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК НА ПІДПРИЄМСТВІ, НЕ ПОВ'ЯЗАНИЙ З ВИРОБНИЦТВОМ

(прізвище, ім'я та по батькові потерпілого)

(місце проживання потерпілого)

1. Дата і час настання нещасного випадку

(число, місяць, рік)

(год, хв)

2. Найменування підприємства, працівником якого є потерпілий

Місцезнаходження підприємства:

Автономна Республіка Крим,
область

район

населений пункт

Форма власності

Орган, до сфери управління якого належить підприємство

Реєстраційні відомості підприємства (страхувальника) у Фонді соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань:

реєстраційний номер страхувальника

дата реєстрації

найменування основного виду діяльності

та його код згідно з КВЕД

встановлений клас професійного ризику виробництва

Найменування і місцезнаходження підприємства, де стався нещасний випадок

Цех, дільниця, місце, де стався нещасний випадок

3. Відомості про потерпілого:

стать: чоловіча, жіноча

число, місяць, рік народження

професія (посада)

розряд (клас)

стаж роботи загальний

ЗАТВЕРДЖУЮ

(посада роботодавця або керівника, який призначив комісію)

(підпис)

(ініціали та прізвище)

_____ 20__ р.

М. П.

АКТ N _____

ПРО НЕЩАСНИЙ ВИПАДОК, ПОВ'ЯЗАНИЙ З ВИРОБНИЦТВОМ

(прізвище, ім'я та по батькові потерпілого)

(місце проживання потерпілого)

1. Дата і час настання нещасного випадку

(число, місяць, рік)

(год, хв)

2. Найменування підприємства, працівником якого є потерпілий:

Місцезнаходження підприємства, працівником якого є потерпілий:

Автономна Республіка Крим,
область

район

населений пункт

Форма власності

Орган, до сфери управління якого належить підприємство

Реєстраційні відомості підприємства (страхувальника) у Фонді соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань:

реєстраційний номер страхувальника

дата реєстрації

найменування основного виду діяльності

та його код згідно з КВЕД

встановлений клас професійного ризику виробництва

Найменування і місцезнаходження підприємства, де стався нещасний випадок

Цех, дільниця, місце, де стався нещасний випадок

3. Відомості про потерпілого:

стать: чоловіча, жіноча

число, місяць, рік народження

професія (посада)

розряд (клас)

стаж роботи загальний

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
	Форма первинної облікової документації № 157-1/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я
України
30.07.2012 № 577

ВИПИСКА з акта огляду медико-соціальної експертної комісіїю до довідки серії _____ № _____ <small>(надсилається за місцем призначення пенсії чи місцезнаходженням пенсійної справи)</small>
--

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма Код за ЄДРПОУ
--

МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ
Форма первинної облікової документації № 158/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України

1. _____ <small>(місцезнаходження МСЕК)</small>
2. _____ <small>(профіль МСЕК)</small>
3. _____ <small>(прізвище, ім'я, по батькові інваліда)</small>
4. Дата народження _____ 5. Місце проживання _____ <small>(число, місяць, рік)</small>

ДОВІДКА про результати визначення у застрахованої особи ступеня втрати професійної працездатності у відсотках <small>(видається страхувальнику)</small>
Серія _____ № _____

6. Дата огляду інваліда _____ 7. Огляд _____ <small>(число, місяць, рік) (первинний, повторний)</small>
8. Група інвалідності _____ <small>(словами)</small>
9. Причина інвалідності _____
10. Інвалідність встановлена до _____ 20__ року
11. Дата чергового переогляду _____ <small>(число, місяць, рік)</small>

1. _____ <small>(місцезнаходження МСЕК)</small>
2. _____ <small>(профіль МСЕК)</small>
3. _____ <small>(прізвище, ім'я, по батькові застрахованої особи)</small>

Висновки медико-соціальних експертних комісій про умови і характер праці інвалідів є обов'язковими для адміністрації підприємств, установ і організацій.

----- лінія відрізу -----

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
--

ДОВІДКА про результати визначення у застрахованої особи ступеня втрати професійної працездатності у відсотках <small>(видається застрахованій особі)</small>
Серія _____ № _____

ДОВІДКА до акта огляду медико-соціальної експертної комісіїю <small>(видається інваліду)</small>
3. Серія _____ № _____
4. _____ <small>(прізвище, ім'я, по батькові інваліда)</small>
5. Дата народження _____ 6. Дата огляду _____ <small>(число, місяць, рік) (число, місяць, рік)</small>
7. Огляд інваліда _____ <small>(первинний, повторний)</small>
8. Група інвалідності _____ <small>(словами)</small>
9. Причина інвалідності _____
10. Інвалідність встановлена на строк до _____ 20__ року
11. Дата чергового переогляду _____ <small>(число, місяць, рік)</small>

1. _____ <small>(місцезнаходження МСЕК)</small>
2. _____ <small>(профіль МСЕК)</small>
3. _____ <small>(прізвище, ім'я, по батькові застрахованої особи)</small>
4. Дата огляду _____ <small>(число, місяць, рік)</small>

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я
України
30.07.2012 № 577

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ
08.10.2007 № 623

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ Форма первинної облікової документації № 159/о ЗАТВЕРДЖЕНО Наказ МОЗ України №			
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма					
Код за ЄДРПОУ					
СТАТИСТИЧНИЙ ТАЛОН ЕКСПЕРТНОГО ОБСТЕЖЕННЯ № 1					
1. _____ (прізвище, ім'я, по батькові хворого)	2. Код				
3. Дата народження (число, місяць, рік)	4. Стать: чоловіча - 1, жіноча - 2 <input type="checkbox"/>				
5. Місце проживання _____ область _____ район _____ вул. _____ буд. № _____ кв. № _____		6. Соціальна категорія _____ 7. Професія за фахом _____			
8. Освіта _____ 9. Працює/не працює (підкреслити)		10. Мета огляду _____			
11. Направлений (ким): _____ (найменування закладу охорони здоров'я)					
12. Діагноз хворого при направленні на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) (шифр за МКХ-10) _____): основний: _____ ускладнення: _____					
13. Код МСЕК _____ 14. Комісія _____ (профіль МСЕК)		15. Дата огляду (число, місяць, рік)			
16. Шифр	17. Мета огляду	18. Огляд	19. Попередня група інвалідності	20. Встановлена група інвалідності	21. Строк інвалідності
22. Місце огляду: _____					
23. Експертне рішення МСЕК: _____					
24. Листок непрацездатності (продовжено, закрито): _____					
25. Втрата професійної працездатності (%) _____					
26. Причина інвалідності _____					
27. Потребує лікування: _____ 28. Працевлаштування _____					
29. Рекомендації: 1. З працевлаштування _____					
2. З профнавчання _____					
3. Щодо технічних засобів реабілітації _____					
Голова МСЕК _____ (підпис) _____ (п. і. б.)					

Форма
індивідуальної програми реабілітації інваліда,
що видається лікарсько-консультативними комісіями
лікувально-профілактичних закладів

Індивідуальна програма реабілітації інваліда є обов'язковою для виконання органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, реабілітаційними установами, підприємствами, установами, організаціями, у яких працює або перебуває інвалід дитина-інвалід, незалежно від їх відомчої підпорядкованості, типу і форми власності (стаття 23 Закону України „Про реабілітацію інвалідів в Україні“)

Індивідуальна програма реабілітації інваліда № _____
(вікова категорія від 0 до 18 років)

Дата заповнення _____ ЛКК _____
(найменування лікувально-профілактичного закладу)

- Прізвище, ім'я, по батькові дитини-інваліда _____
- Дата народження _____ 3. Стать _____
- Місце проживання _____ тел. _____
- Освіта: немає; дошкільна освіта; початкова загальна освіта; базова загальна середня освіта; повна загальна середня освіта; професійно-технічна освіта; неповна вища освіта; базова вища освіта; повна вища освіта (підкреслити)
- Професія _____
- Працює (спеціальність, посада) _____

Ситуаційні задачі для обговорення

Проведіть експертизу втрати працездатності пацієнтів, визначте необхідні документи та порядок їх заповнення.

Пацієнтка Т., 40 років, робітниця паперового комбінату, 10.09 бригадою екстреної медичної допомоги була госпіталізована до кардіологічного відділення міської лікарні №3 з діагнозом «Нестабільна стенокардія. Інфаркт міокарда», де знаходилась по 16.09. Після цього хвора була переведена до Інституту серцево-судинної хірургії, де було проведено аорто-коронарне шунтування. До лікарні №3 хвора повернулась 28.09, де після лікування була надана путівка до реабілітаційного відділення кардіологічного санаторію «Жовтень» з 15.10 по 7.11. Після перебування в санаторії продовжувала лікування в поліклініці №2. 8.01 хвору направили на медико-соціальну комісію (МСЕК). Висновок МСЕК: Визнати інвалідом II групи.

Пацієнтка К., 49 років, вчителька, з діагнозом «Стенокардія напруження» лікувалась у поліклініці №5 з 10.06. 30.06 з діагнозом «Миготлива аритмія пароксизмальна форма» бригадою екстреної медичної допомоги госпіталізована до кардіологічного відділення лікарні міста, де 1.07 їй було проведено шунтування. Хворій після лікування надана путівка до реабілітаційного відділення кардіологічного санаторію «Жовтень» з 16.07 по 9.08. Після перебування в санаторії хвора продовжувала лікуватися в поліклініці №5 по 8.09. За згодою пацієнтка була виписана до роботи.

Пацієнт С., 52 роки, працює будівельником. 31.08 бригадою екстреної медичної допомоги був госпіталізований до неврологічного відділення міської лікарні №2 з діагнозом «Гостре порушення мозкового кровообігу». В стаціонарі було встановлено діагноз «Крововилив внутрішньомозковий». Хворий перебував в стаціонарі по 30.09, після чого було рекомендовано лікування в реабілітаційному відділенні поліклініки. В поліклініці №3 хворий лікувався по 12.11, після чого його направили на медико-соціальну комісію (МСЕК). Висновок МСЕК: Визнати інвалідом II групи.

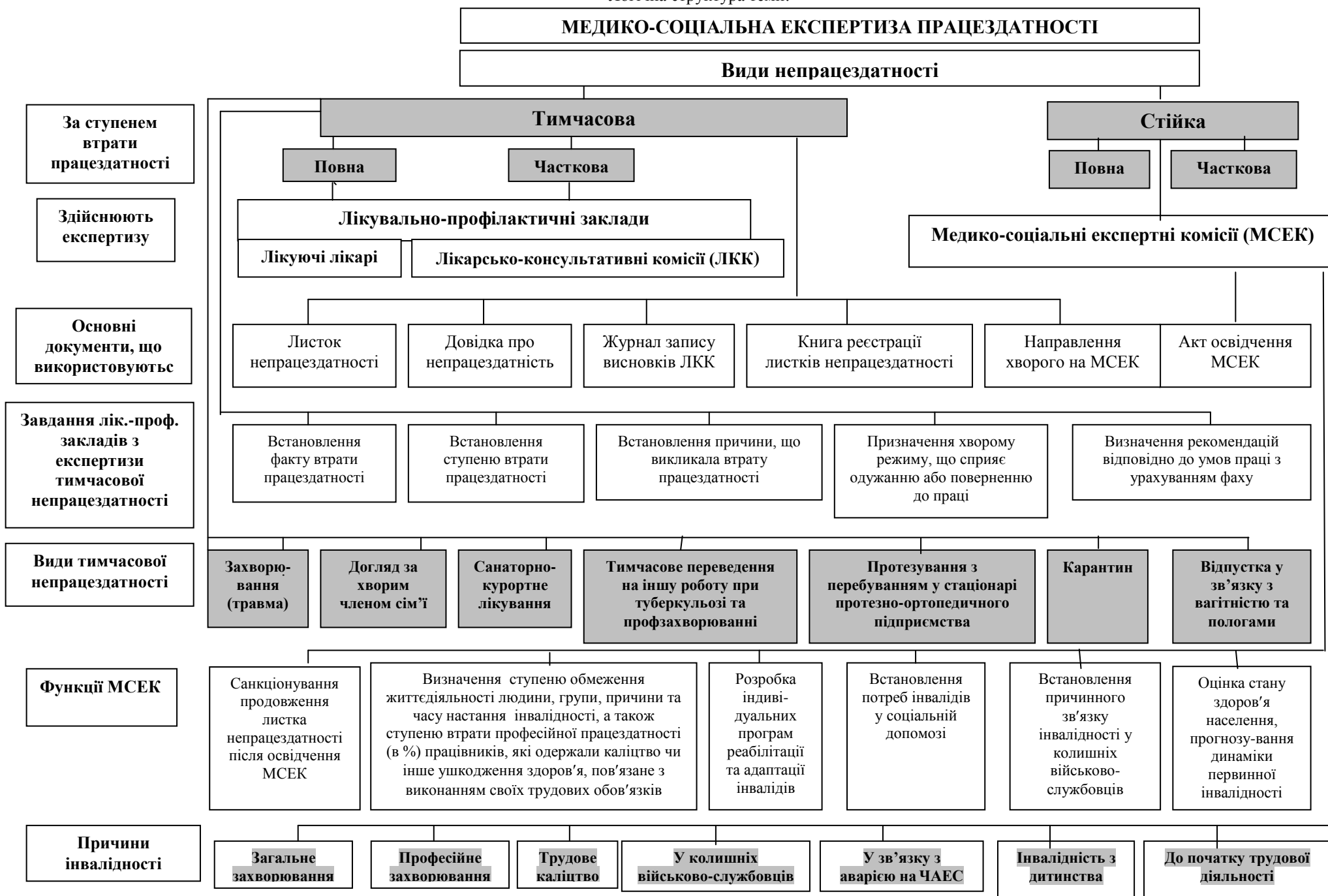
Державна типова програма реабілітації інвалідів (Постанова КМ від 8.12.06 р. N 1686)*

*Програма передбачає диференціацію послуг в залежності від характеру патології (з ураженням опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи; з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю з ураженням органів слуху, зору; з ураженням внутрішніх органів; з онкологічними захворюваннями) та в залежності від вікової категорії інвалідів (від 0 до 18 років, від 18 до 55 (для жінок) та до 60 (для чоловіків) років; від 55 (для жінок) та від 60 (для чоловіків) років).

ПЕРЕЛІК послуг, що надаються інвалідам з різною патологією для різних вікових груп

Вид реабілітації	Послуги з реабілітації, що надаються			Надавачі
	інвалідам з психічними захворюваннями та розумовою відсталістю (вікова категорія від 0 до 18 років)	інвалідам з ураженням органів зору (вікова категорія від 18 до 55 (для жінок) та до 60 (для чоловіків) років)	інвалідам з онкологічними захворюваннями (вікова категорія від 55 (для жінок) та від 60 (для чоловіків) років)	
Медична реабілітація	відновна терапія, психіатрична допомога, санаторно-курортне лікування, профілактичні заходи	відновна терапія, профілактичні заходи, санаторно-курортне лікування	відновна терапія, профілактичні заходи, медичне спостереження, реконструктивна хірургія, санаторно-курортне лікування	спеціалізовані відділення, клініки інститутів, інші лікувально-профілактичні заклади, санаторно-курортні заклади
Психолого-педагогічна реабілітація	консультування, психодіагностика, психологічна та педагогічна корекція, <i>освітні послуги</i> (колективна форма навчання, в т.ч. інтегроване та інклюзивне навчання, індивідуальна та дистанційна форма навчання)	консультування, психодіагностика, психологічна та педагогічна корекція і патронаж; <i>освітні послуги</i> (колективна форма навчання, в т.ч. інтегроване та інклюзивне навчання, індивідуальна та дистанційна форма навчання)	-	центри практичної психології та соціальної роботи, навчальні заклади всіх типів психолого-медико-педагогічні консультації, реабілітаційні установи, навчальні заклади всіх типів, установи соціального обслуговування
Фізична реабілітація	консультування, ерготерапія, лікувальна фізкультура	консультування, кінезотерапія, лікувальна фізкультура та масаж	консультування, кінезотерапія, лікувальний масаж, лікувальна фізкультура	органи медико-соціальної експертизи, лікувально-профілактичні заклади, центри соціально-психологічної реабілітації, реабілітаційні установи
Професійна реабілітація	професійна орієнтація, професійний відбір, професійна освіта	експертиза потенційних професійних здібностей, професійна орієнтація, професійний відбір, професійна освіта, професійна підготовка, перепідготовка та підвищення кваліфікації	-	школи (школи-інтернати), реабілітаційні установи, навчальні заклади
Трудова реабілітація	пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та особливих потреб інваліда, <i>раціональне працевлаштування</i> (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)	пристосування та створення робочого місця з урахуванням безпеки та фізичних можливостей інваліда, <i>раціональне працевлаштування</i> (поновлення трудової діяльності інваліда за колишньою або за новою професією)	-	підприємства, установи, організації, служба зайнятості, Фонд соціального захисту інвалідів, служба зайнятості, установи соціального обслуговування
Фізкультурно-спортивна реабілітація	навчання заняттям з фізичної культури, оздоровлення у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів, навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту, заняття спортом	навчання заняттям з фізичної культури, оздоровлення у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації інвалідів, навчально-тренувальні заняття з фізичної культури і спорту, заняття спортом	-	органи у справах сім'ї, молоді і спорту, навчальні заклади всіх типів, спортивні школи інвалідів
Соціальна та побутова реабілітація	пристосування меблів, встановлення обладнання для адаптації житлових приміщень, навчання основних соціальних навичок, соціально-побутовий патронаж, працетерапія	навчання основних соціальних навичок. соціально-побутовий патронаж, працетерапія	навчання основних соціальних навичок. соціально-побутовий патронаж, працетерапія	органи праці та соціального захисту населення, установи соціального обслуговування, центри соціально-психологічної реабілітації, реабілітаційні установи
Забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації	спеціальні засоби для орієнтування, спілкування та обміну інформацією, спеціальне фізкультурно-спортивне обладнання і спорядження, спортивний інвентар	спеціальні магнітофони, електронні записні книжки з брайлівським і мовним виводом, телевізійні збільшувальні прилади, книги, прилад для письма, папір зі шрифтом Брайля, тифломагнітоли, читаючі машини, тростини тактильні	допоміжні побутові пристрої, протезно-ортопедичні вироби, спеціальний одяг	органи праці та соціального захисту населення, протезно-ортопедичні підприємства, заклади охорони здоров'я, УкрНДІ протезування
Забезпечення виробами медичного призначення	За необхідністю	очні протези (тимчасові або індивідуальні), окуляри, контактні лінзи, лупи, світлофільтри, акустичні окуляри, тростини, епіпротези, орбітальний імплантат для операції енуклеації ока		Сечоприймачі Калоприймачі Заклади охорони здоров'я

Логічна структура теми:



Тема 8: МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ.

Мета заняття

Дати визначення окремих понять, які характеризують якість медичної допомоги; розкрити характеристики якості з позиції учасників процесу його забезпечення. Розкрити основні положення доказової медицини та стандартизації в системі охорони здоров'я. Вивчити систему контролю якості та ефективності медичної допомоги в сучасних економічних умовах, засвоїти методику визначення коефіцієнта досягнення результату (КДР), рівня якості лікування (РЯЛ) і інтегрального коефіцієнта інтенсивності (КІ).

Обґрунтування мети: Для оцінки ефективності діяльності закладів охорони здоров'я слід враховувати як показники обсягу їх роботи, так і показники якості медичної допомоги. В сучасних економічних умовах забезпечення високої якості медичної допомоги та належних кінцевих результатів діяльності окремих лікарів, підрозділів і лікувально-профілактичних закладів в цілому виходить на перший план. Це пов'язано з тим, що їх діяльність впливає на стан здоров'я населення та більш ефективно використання кадрових і матеріально-технічних ресурсів галузі. Показники якості медичної допомоги можуть використовуватись для підвищення рівня надання медичної допомоги, диференційованої оцінки праці медичного персоналу та закладів охорони здоров'я, матеріального стимулювання, а також при проведенні акредитації та ліцензування лікувально-профілактичних закладів. Засвоєння методики визначення показників якості лікування дасть змогу розробляти заходи щодо усунення недоліків у медичному забезпеченні населення.

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- сутність оцінки якості медичної допомоги;
- можливості окремих методик оцінки якості медичної допомоги.

вміти:

- визначати та оцінювати рівень якості лікування (РЯ);
- визначати та оцінювати коефіцієнт досягнення результату (КДР);
- обчислювати та оцінювати інтегральний коефіцієнт ефективності (КІ).

Питання для вхідного контролю знань

1. Поняття якості медичної допомоги.
2. Основні характеристики якості медичної допомоги.
3. Характеристики якості медичної допомоги з позицій учасників її забезпечення.
4. Доказова медицина як наукова база медичної практики.
5. Сутність стандартизації медичної допомоги.
6. Об'єкти стандартизації медичної допомоги.
7. Класифікація медичних стандартів.
8. Стандарти, клінічні настанови (рекомендації, клінічні протоколи (алгоритми).
9. Провідні тенденції процесів стандартизації в охороні здоров'я.
10. Сутність оцінки якості медичної допомоги в сучасних економічних умовах.
11. Система контролю якості медичної допомоги, її ступені.
12. Складові частини моделі кінцевих результатів (МКР).
13. Методичні підходи до відбору показників, які доцільно застосовувати для оцінки результативності та дефектів у діяльності різних закладів охорони здоров'я.
14. Методика визначення коефіцієнта досягнення результатів (КДР) і його оцінка.
15. Методика визначення рівня якості лікування (РЯЛ) і його оцінка.
16. Методика визначення інтегрального коефіцієнта інтенсивності (КІ) та його оцінка.
17. Поняття про управління якістю медичної допомоги.
18. Процес безперервного підвищення якості медичної допомоги.
19. Оцінка якості медичної допомоги. Внутрішній та зовнішній контроль якості.
20. Поняття про ліцензування як форму позавідомчого контролю якості медичної допомоги.
21. Поняття про акредитацію.
22. Поняття про сертифікацію.
23. Експертна оцінка якості медичної допомоги. Індикатори якості, їх класифікація.
24. Міжнародний досвід щодо системи оцінки якості медичної допомоги.

Перелік основних показників оцінки якості медичної допомоги

- рівень якості лікування кожного хворого, який лікувався в даного лікаря (РЯ);
- рівень якості лікування, проведеного конкретним лікарем (РЯЛ);
- коефіцієнт досягнення результатів (КДР);
- інтегральний коефіцієнт ефективності (КІ)

Методика визначення рівня якості лікування (РЯЛ), проведеного окремими лікарями

При проведенні оцінки рівня якості лікування експерт використовує оціночні шкали, враховуючи діагностичні та лікувально-оздоровчі заходи, а також стан здоров'я пацієнтів після проведення лікування.

Після визначення рівня якості лікування стосовно кожного з пацієнтів (РЯ), по відношенню до яких здійснювалась експертна оцінка, обчислюють рівень якості лікування, проведеного конкретним лікарем (РЯЛ).

$$\text{РЯЛ} = \frac{\text{РЯ}_1 + \text{РЯ}_2 + \dots + \text{РЯ}_n}{n}$$

де РЯ – рівень якості лікування кожного хворого, який лікувався в даного лікаря; n – число хворих.

Методика визначення коефіцієнту досягнення результатів (КДР)

Типовий приклад

Результати роботи поліклініки за звітний рік і модель кінцевих результатів (МКР).

Показники роботи	Фактичний показник за звітний рік	Запланований рівень показника (нормативу)	Оцінка в балах		
			нормативу	відхилення	
				знак	на одиницю вимірювання
<i>Показники результативності</i>					
Частота первинного виходу на інвалідність	53 на 10 тис. населення	55,0 на 10 тис. населення	4	-	1,0
Виявлення хворих на туберкульоз органів дихання при профілактичних оглядах	46% усіх виявлених	50,0% від усіх вперше виявлених	5	+	0,5
<i>Показник дефектів</i>					
Пізнє виявлення хворих на туберкульоз з вини медичних працівників	3 на 100 тис. населення	0	0	-	0,5

Для першого показника нормативне значення 55,0 оцінюється в 4 бали. Відхилення на 1 одиницю оцінюється в 1 бал. При цьому знак “-” вказує на бажану зміну показника, тобто значення його має зменшуватися. Значення другого показника повинно збільшуватися.

Показник результативності (ПР) визначають за формулою:

$\text{ПР} = \text{бал} \pm (\text{фактичний рівень} - \text{рівень моделі}) \times \text{одиницю вимірювання}$

$$\text{ПР}_1 = 4 - (53 - 55,0) \times 1 = 6 \text{ балів};$$

$$\text{ПР}_2 = 5 + (46 - 50) \times 0,5 = 3 \text{ бали.}$$

При частоті пізнього виявлення хворих на туберкульоз з вини медперсоналу 3 на 100 тис.нас. ПД = 0,5 × 3 = 1,5 бали.

Коефіцієнт досягнення результату (КДР) визначається відношенням різниці між реально досягнутою сумою балів показників результативності та сумою балів дефектів до суми нормативних значень (НЗ) усіх показників результативності в балах:

$$\text{КДР} = \frac{(\text{ПР}_1 + \text{ПР}_2 + \dots + \text{ПР}_n) - (\text{ПД}_1 + \text{ПД}_2 + \dots + \text{ПД}_n)}{\text{НЗ}_1 + \text{НЗ}_2 + \dots + \text{НЗ}_n}$$

де ПР – показники результативності; ПД – показники дефектів, НЗ – нормативні значення показників результативності.

$$\text{КДР} = \frac{6 + 3 - 1,5}{4 + 5} = 0,83$$

Методика визначення інтегрального коефіцієнта ефективності (Кі)

Кі визначається за формулою:

$$\text{Кі} = \text{Км} \times \text{Кс} \times \text{Кв}^*,$$

де Км – коефіцієнт медичної ефективності – відношення числа досягнутих медичних результатів до загального число випадків, що оцінювались;

Кс - коефіцієнт соціальної ефективності – відношення випадків задоволеності до загального число випадків, що оцінювались пацієнтами;

Кв – коефіцієнт співвідношення витрат – відношення нормативних витрат до фактичних витрат у випадках надання медичної допомоги, що оцінювались.

*Якщо виникають ускладнення, можна обмежитись отриманням Кі, який включає тільки 2 коефіцієнти, наприклад Км × Кс, при цьому Км і Кс можна спочатку визначити не у відношенні до кожного медичного працівника, а до підрозділу в цілому.

Типовий приклад.

Із 100 хворих, які закінчили лікування у лікаря Т., намічений результат був досягнутий у 80 осіб. За результатами анкетування 50 хворих, 45 були задоволені медичною допомогою.

Визначення коефіцієнту медичної ефективності: $\text{Км} = 80 : 100 = 0,8$

Визначення коефіцієнту соціальної ефективності: $\text{Кс} = 45 : 50 = 0,9$

Визначення інтегрального коефіцієнту ефективності: $\text{Кі} = 0,8 \times 0,9 = 0,72$

Оцінка отриманого Кі проводиться виходячи з “еталонного” показника, до якого мають прагнути усі медичні працівники Кі = 1 або середнього показника для території, по відношенню до якого і оцінюється рівень медичної допомоги, яка надається даним медичним працівником;

ІНДИКАТОР ЯКОСТІ (ІЯ) - ретроспективно вимірюваний елемент оцінки медичної допомоги, відносно якого є докази або узгоджена думка, що його зміни пов'язані з якістю допомоги.

- ІЯ слугує основним інструментом управління та поліпшення якості медичної допомоги для проведення моніторингу діяльності закладів охорони здоров'я і є обов'язковим компонентом медико-технологічних документів стандартизації медичної допомоги (клінічних настанов, стандартів медичної допомоги тощо)
- Застосування ІЯ дає змогу перевірити відповідність реально наданої медичної допомоги існуючим стандартам стосовно їх повноти, ефективності та адекватності
- ІЯ можуть бути використані при експертизі і оцінці якості медичної допомоги відповідно до встановлених процедур: при внутрішньому контролі якості з боку заступника головного лікаря по лікувальній частині; зовнішньому контролі з боку страхових медичних організацій, органів управління охороною здоров'я; на етапі самооцінки і зовнішньої оцінки медичних організацій при проведенні акредитації і т. д.

ОСНОВНІ КОМПОНЕНТИ ІНДИКАТОРІВ ЯКОСТІ

<p>якість структури</p> <ul style="list-style-type: none"> • організація роботи персоналу, медичних працівників, • матеріально-технічні ресурси, • кадри, їх кваліфікація, • інформаційне забезпечення, у т. ч. клінічними протоколами, • фінансове забезпечення <p>Аналіз структурних показників якості медичних послуг проводиться на підставі спеціально розроблених методик, що включають як дослідження ресурсів медичних установ, так і проведення інтерв'ю з медичним персоналом.</p> <p><i>Наприклад,</i> частка дитячих хірургів, які володіють оперативними втручаннями з ендоскопічним доступом, %</p>	<p>якість процесу</p> <ul style="list-style-type: none"> • дотримання стандартів медичної допомоги (діагностики, лікування, реабілітації) • правильність вибору медичної технології <p>Інформація про якість процесу може бути зібрана трьома основними способами: спостереженням за діяльністю медичного персоналу, із звітної інформації медичних установ і з облікових медичних форм</p> <p><i>Наприклад,</i> оперативні втручання на органах грудної клітини та черевної порожнини з лапароскопічним доступом, %</p>	<p>якість кінцевого результату</p> <ul style="list-style-type: none"> • економічна і соціальна ефективність, • медико-демографічні показники, • задоволеність пацієнтів отриманими послугами • якість життя. <p>Якість результату може бути оцінена на підставі ступеня досягнення поставлених цілей. Необхідні для цього медичні і економічні індикатори результативності можуть бути отримані із звітної інформації установ охорони здоров'я. Одним з критеріїв соціальної ефективності послуг охорони здоров'я є задоволеність пацієнтів, яка оцінюється за допомогою соціологічних досліджень.</p> <p><i>Наприклад,</i> післяопераційна летальність, %</p>
<p>ВАЖЛИВІСТЬ ІНДИКАТОРА</p>	<p>НАУКОВА ОСНОВА ІНДИКАТОРА</p>	<p>СТРУКТУРА ІНДИКАТОРА</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Значимість для зацікавлених сторін • Вимір важливого для здоров'я аспекту • Можливість аналізу в підгрупах для виявлення рівного доступу до медичної допомоги • Є можливості для очікуваного ефекту • Результати вимірів можуть бути основою для зміни в системі 	<ul style="list-style-type: none"> • Є надійні докази, які підтверджують зв'язок індикатора з якістю медичної допомоги, а при їх відсутності – дані надійних практик або узгодженої думки розробників • Можливість аналізу і стандартизації за різними вихідними признаками • Легкість інтерпретації – індикатор повинен говорити сам за себе 	<ul style="list-style-type: none"> • Найменування індикатора • Порогове значення • Методика вимірювання (обчислення) • Заходи впливу • Джерело інформації
<p>Визначення порогового значення</p>	<p>Вимоги до методики вимірювання</p>	<p>Джерела інформації</p>
<p>Порогове значення визначається на основі даних надійних досліджень, кращих практик або узгодженої думки розробників</p> <p><i>Наприклад:</i> - лікарняна летальність при виразковому ентероколіті - 10% і менше - ускладнення некротичного ентероколіту перфорацією кишківника - 20% і менше</p>	<p>В системі вимірювання має бути стандартне визначення чисельника та знаменника індикатора</p> <p><i>Наприклад:</i> Ускладнення некротичного ентероколіту перфорацією кишківника Кількість дітей з установленим діагнозом некротичного ентероколіту, перебіг якого <u>ускладнився перфорацією кишківника x100</u> кількість дітей з установленим діагнозом некротичного ентероколіту</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Облікові форми медичної документації • Звітні форми закладу • Дані клінічного аудиту • Дані соціологічних досліджень

Типовий приклад індикатора якості

Індикатор	Порогове значення	Методика вимірювання	Джерело інформації	Фактори впливу
Люмбальна пункція	85% і більше	Кількість дітей з імовірним діагнозом менінгіту, яким в першу добу після установлення імовірного діагнозу зроблена люмбальна пункція x 100 загальна кількість дітей з імовірним діагнозом менінгіту	Медична карта стаціонарного хворого, ф. 003/о	Оволодіння лікарями технологією люмбальної пункції

ІНДИКАТОРИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

(Наказ МОЗ України № 743 від 02.11.2011, Наказ МОЗ України № 417 від 5.07.2011)

Первинна медична допомога	Вторинна медична допомога	Третинна медична допомога	Екстрена медична допомога	Амбулаторна акушерсько-гінекологічна допомога
<ul style="list-style-type: none"> • Інвалідність, що вперше встановлена • Кількість випадків малякової смертності • Виявлення візуальних форм онкозахворювань в занедбаних стадіях • Виявлення випадків туберкульозу в занедбаних стадіях • Повнота охоплення профілактичними щепленнями (окремо дифтерія, гепатит В, краснуха) • Повнота охоплення диспансерним наглядом хворих з окремими захворюваннями 	<p>Лікарні інтенсивного лікування <i>Стаціонарний сектор:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • летальність в стаціонарі • післяопераційна летальність при операціях на органах черевної порожнини • випадки материнської смертності • перинатальна смертність • рання неонатальна смертність • <i>Амбулаторний сектор</i> (консультативно-діагностичні центри): • задоволеність наданням медичної допомоги в консультативно-діагностичних центрах (за даними соціологічних досліджень); • частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень). <p>Лікарні планового лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> • частота переведених хворих в стаціонари інтенсивної терапії (дорослих та дітей з захворюваннями терапевтичного профілю; жінок з захворюваннями жіночих статевих органів) • задоволеність наданням медичної допомоги (за даними соціологічних досліджень); • частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень). <p>Лікарні відновного лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> • питома вага пролікованих (хворих, або постраждалих, або інвалідів) реабілітованих повністю • питома вага пролікованих (хворих, або постраждалих, або інвалідів), реабілітованих частково • частота скарг на медичне обслуговування (за даними соціологічних досліджень). <p>Хоспіси (паліативна допомога):</p> <ul style="list-style-type: none"> • відсоток пацієнтів, яким було забезпечено контроль над болем (за даними соціологічних досліджень). 	<p>Стаціонарний сектор:</p> <ul style="list-style-type: none"> • летальність в стаціонарі (хворих дорослих та дітей по вузьких спеціальностях терапевтичного профілю, нефрологічних та гематологічних хворих; хворих з опіками, в урологічному стаціонарі. в нейрохірургічному стаціонарі, в кардіохірургічному стаціонарі; • летальність хворих та недоношених новонароджених • задоволеність наданням медичної допомоги в лікарнях для надання високоспеціалізованої медичної допомоги третинного рівня (за даними соціологічних досліджень). <p>Амбулаторний сектор:</p> <ul style="list-style-type: none"> • задоволеність наданням медичної допомоги в консультативно-діагностичних центрах (за даними соціологічних досліджень); • частота скарг на медичну допомогу (за даними соціологічних досліджень). 	<ul style="list-style-type: none"> • Кількість померлих до приїзду бригади швидкої медичної допомоги • Кількість померлих в процесі транспортування хворого/постраждалого бригадою швидкої медичної допомоги • Добова летальність в стаціонарі хворого/постраждалого, доставленого бригадою швидкої медичної допомоги 	<ul style="list-style-type: none"> • Наявність сучасного медичного обладнання для надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги • Наявність лікарів для надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги • Забезпечення навчання медичного персоналу сучасним медико-організаційним технологіям • Своєчасність постановки на облік вагітних, % • Охоплення вагітних УЗД • Охоплення вагітних обстеженням на ВІЛ/СНІД • Охоплення вагітних обстеженням на HBsAg • Частота антенатальної загибелі плоду • Охоплення жінок скринінгом на рак шийки матки • Виявлення онкозахворювань в I-II стадіях: <ul style="list-style-type: none"> - рак молочної залози - рак шийки матки - рак тіла матки - рак яєчників • Летальність до 1 року: <ul style="list-style-type: none"> - рак молочної залози - рак шийки матки - рак тіла матки - рак яєчників

Типові приклади для виконання завдань**Анкета для вивчення думки пацієнтів щодо якості медичних послуг у стоматологічній поліклініці**

Ми гарантуємо анонімність Ваших відповідей. Будь ласка, приділіть Ваш час та Вашу увагу відповідям на запитання нашої анкети. Для нас дуже важливо дізнатися саме Вашу оцінку (як позитивну, так і негативну) про наші послуги та працю наших співробітників. Ваші відповіді допоможуть оцінити та покращити нашу роботу таким чином, щоб вона відповідала Вашим вимогам та потребам.

Інструкція по заповненню анкети: Будь ласка, уважно ознайомтесь з кожним питанням і варіантами відповіді та дайте відповідь на ВСІ запитання.

Загальні відомості про Вас: Стать: Чоловіча Жіноча. Вік: повних років _____

Скільки часу Ви користуєтесь послугами нашого закладу?

Перший раз Менше року Від 1 до 5-ти років

Наступні питання спрямовані на відображення Вашого задоволення / незадоволення за наступними параметрами:

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| 1 - Дуже невдоволений | 5 - В якійсь мірі задоволений |
| 2 - Невдоволений | 6 - Задоволений |
| 3 - Невдоволений в деякій мірі | 7 - Дуже задоволений |
| 4 - Нейтральне відношення | 0 - Відповіді не маю |

ПОСЛУГИ ТА ЗАСОБИ ЇХ НАДАННЯ: Зручність роботи лікарняного закладу	1 2 3 4 5 6 7 0
Зручність запису на прийом до лікаря	1 2 3 4 5 6 7 0
Чистота та затишок в лікувальному закладі	1 2 3 4 5 6 7 0
Користь від присутніх в приміщенні клініки вивісок	1 2 3 4 5 6 7 0
Якість медичного обладнання	1 2 3 4 5 6 7 0
Достатня кількість медичного обладнання	1 2 3 4 5 6 7 0
Об'єм запропонованих послуг	1 2 3 4 5 6 7 0
Наявність інформаційних / освітніх посібників для пацієнтів	1 2 3 4 5 6 7 0
МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ: Ввічливість та професіоналізм персоналу, що працює в реєстратурі	1 2 3 4 5 6 7 0
Можливість вільного вибору спеціаліста	1 2 3 4 5 6 7 0
Кількість часу, яку використовує черговий лікар на огляд пацієнта	1 2 3 4 5 6 7 0
Доступність лікарських пояснень щодо Вашого діагнозу та плану лікування	1 2 3 4 5 6 7 0
Поради лікаря або медсестри щодо профілактики захворювання або його загострення в майбутньому	1 2 3 4 5 6 7 0
Знання та майстерність медсестер медичного закладу	1 2 3 4 5 6 7 0
Знання та майстерність лікарів медичного закладу	1 2 3 4 5 6 7 0
Охайність та зовнішній вигляд персоналу	1 2 3 4 5 6 7 0
Дотримання конфіденційності під час огляду / процедур	1 2 3 4 5 6 7 0
Нерозголошення Вашої особистої інформації медичним персоналом	1 2 3 4 5 6 7 0
ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА: Чи задоволені Ви в цілому якістю медичного обслуговування в цьому медичному закладі?	
1 медичне обслуговування в цьому лікарняному закладі краще, чим в інших медичних закладах	
2 подібне до обслуговування в інших медичних закладах	
3 гірше, ніж в інших медичних закладах	
4 не знаю	

Дякуємо Вам за участь в анкетуванні

Карта експертної оцінки історії хвороби

Лікуючий лікар _____ Черговий лікар _____ Історія хвороби № _____

Пацієнт _____ Дата _____

- Скарги: зібрані достатньо (2); недостатньо (1); не відповідають діагнозу (0)
- Анамнез morbi: зібрані достатньо (2); недостатньо (1); не відповідають діагнозу (0)
- Анамнез vitae: зібрані достатньо (2); недостатньо (1); не відповідають діагнозу (0)
- Об'єктивний статус: описано достатньо (2); недостатньо (1); не відповідає скаргам, анамнезу, діагнозу (0)
- Дані антропометрії (t, Ps, ЧД, АД, –за показниками): достатньо (2); недостатньо (1); не відповідають діагнозу, не описано (0)
- Адекватність оцінки ступеню важкості стану хворого: адекватна стану, достатньо обґрунтована (2); недостатньо обґрунтована (1); не відповідають діагнозу, реальному стану (0)
- Діагноз/синдром: встановлений вірно, відповідає скаргам, анамнезу, об'єктивному статусу (2); не відповідає скаргам, анамнезу, об'єктивному статусу (1); не відповідає повністю (0).
- Оформлена інформована згода на лікування/госпіталізацію або відмова від нього: так (2); некоректно оформлена (1); відсутня (0)
- Відповідність призначеного лікування встановленому діагнозу (препарати, дози): так (2); недостатньо (1); не відповідає діагнозу (0).
- Адекватність вибору місця лікування (вдома, госпіталізація): так(2); ні (0).
- Наявність призначення кількох препаратів однакової фармакологічної дії: Так (0), ні (2)
- Доцільність використання лабораторних та інструментальних методів дослідження: так(2); не всі (1); ні (0).
- Врахування потреби в консультації вузьких спеціалістів: так(2); не всі (1); ні (0).
- Відповідність виписаних рекомендацій встановленому діагнозу: повністю (2); частково (1); не відповідають (0).
- У випадку госпіталізації – розбіжність діагнозів : відсутня (2), часткова (1), повна (0).

Всього балів _____ Отже, на підставі вищевказаних даних якість надання стаціонарної медичної допомоги потрібно вважати: високою; середньою; низькою

Дата проведення експертизи _____ Експертну оцінку проводив /ла _____ з результатами ознайомлений/на _____

Логічна структура теми: **МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЕКСПЕРТНИХ ОЦІНОК ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	СТАНДАРТИЗАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я	СТАНДАРТ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	ОБ'ЄКТИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я
<p>- це належне проведення всіх заходів, які є безпечними, прийнятними з точки зору коштів, що використовуються в даному суспільстві, та впливають на смертність, захворюваність, інвалідність.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • адекватність; • технологічне виконання; • доступність; • наступність і безперервність; • дієвість; • результативність; • ефективність; • безпечність; • постійне удосконалення та поліпшення; • особистісні відносини; • інфраструктура та комфорт; • вибір; • законність; • справедливність 	<p>– це діяльність, спрямована на досягнення оптимального ступеня впорядкування в охороні здоров'я шляхом розробки та встановлення вимог, норм, правил, характеристик умов, продукції, технологій, робіт, послуг, що застосовуються в охороні здоров'я.</p>	<p>– реально досяжний і нормативно затверджений на певний період рівень медичної допомоги; це документ, розроблений на основі консенсусу та затверджений визнаним органом, у якому встановлюються для загального і багатократного використання правила, загальні принципи або характеристики, що стосуються різних видів діяльності або їх результатів.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • організаційні технології; • медичні послуги; • технології виконання медичних послуг; • технічне забезпечення виконання медичних послуг; • кваліфікація медичного, фармацевтичного, допоміжного персоналу; • економічні аспекти охорони здоров'я; • виробництво, умови реалізації, якість лікарських засобів і медичної техніки; • обліково-звітна документація, що використовується в системі охорони здоров'я та медичного страхування; • інформаційні технології.
КЛАСИФІКАЦІЯ МЕДИЧНИХ СТАНДАРТІВ				
<p>За обов'язковістю виконання:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рекомендаційні стандарти; • законодавчі стандарти. <p>За видами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • стандарти на ресурси охорони здоров'я; • організаційні стандарти; • технологічні стандарти; • стандарти програм медичної допомоги; • комплексні стандарти. <p>За рівнем в загальній ієрархії та галузю застосування:</p> <ul style="list-style-type: none"> • національні стандарти; • міжнародні стандарти. 	КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	СИСТЕМА ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	БЕЗПЕРЕРВНЕ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	
Основу стандарту якості медичної допомоги складають: <ul style="list-style-type: none"> • обсяг обстеження хворого • обсяг лікувально-реабілітаційних заходів • стан хворого при виписці 	<p>- це положення, які систематично допрацьовуються з метою допомоги лікарю та пацієнту при прийнятті рішень, що стосуються медичної допомоги при певному захворюванні та при певних обставинах.</p>	<p>Відомчий (внутрішній) контроль - визначення ступеня відповідності діяльності та конкретних результатів роботи лікувально-профілактичного закладу загальноприйнятим стандартам з подальшою корекцією механізму забезпечення якості медичних послуг</p> <p>Оцінка проводиться на основі системи показників (<i>індикаторів якості</i>), які використовуються в охороні здоров'я. Індикатор – це точно визначена вимірювана змінна величина, пов'язана з трьома провідними напрямками роботи по забезпеченню якості медичної допомоги – <i>структурою, процесом або результатом</i>.</p>	<p><i>передбачає</i> комплексний, інтегрований і динамічний підхід до підвищення якості, спрямований на поліпшення результатів роботи системи в цілому шляхом постійної модифікації та вдосконалення самої системи, а не шляхом виявлення та покарання працівників, практика чи результати роботи яких не відповідають встановленим нормам.</p> <p><i>базується на принципах:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • чітке визначення цілей підвищення якості • встановлення, поширення та застосування найкращих результатів (найкраща практика) • постійна професійна самооцінка та саморегулювання участь у програмах пацієнтів. 	
	КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ		<p>Позавідомчий (зовнішній) контроль – це контроль за діяльністю установ охорони здоров'я та фізичних осіб, що надають медичну допомогу, це забезпечення права громадян на отримання медичної допомоги належної якості.</p> <p>Ліцензування - це процес оцінки відповідності лікувально-профілактичної установи мінімуму вимог щодо структури та ресурсів, які можуть забезпечити безпечне надання медичної допомоги.</p> <p>Акредитація – це офіційне визнання статусу закладу охорони здоров'я, наявності в ньому умов для надання певного рівня медико-санітарної допомоги, підтвердження його відповідності встановленим критеріям і гарантії високої якості професійної діяльності</p>	

Тема 9: МЕТОДИКА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ. УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ.

Мета заняття

Ознайомитися з видами управлінських рішень, етапами процесу прийняття управлінських рішень в охороні здоров'я. Навчитися характеризувати кожен з етапів прийняття управлінського рішення, визначати стилі керівництва.

Обґрунтування мети. Прийняття рішення – складний та відповідальний процес управлінської діяльності, який використовується керівниками всіх рівнів системи охорони здоров'я. Кваліфіковане прийняття управлінського рішення сприяє підвищенню ефективності діяльності закладу, забезпечує раціональне використання ресурсів та дотримання оптимального організаційного клімату в робочому колективі. Щоденна робота керівника неможлива без використання знань та навичок щодо прийняття рішень.

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- складові та характеристики процесу прийняття управлінського рішення,
- фактори які впливають на ефективність прийняття управлінського рішення.
- стилі керівництва,

вміти:

- визначати етап процесу прийняття управлінського рішення,
- характеризувати особливості, значення та роль керівника на кожному з етапів прийняття управлінського рішення.

Питання для вхідного контролю знань:

1. Визначення поняття управління.
2. Історія менеджменту. Школи управління.
3. Суб'єкт та об'єкт управління.
4. Закони науки управління
5. Принципи управління.
6. Методи управління.
7. Функції управління.
8. Культура управління.
9. Техніка управління.
10. Етапи процесу управління.
11. Типи управління.
12. Чинники, що визначають якість процесу управління.
13. Стилi керівництва.
14. Керівник і лiдер.
15. Компетентність керівника.
16. Соціальні прошарки колективу.
17. Спiлкування. Типи спiвбесiдників.
18. Людські якості, які визначають значення працівника.
19. Особливості системи охорони здоров'я.
20. Особливості управління в охороні здоров'я.
21. Етапи процесу прийняття управлінського рішення.
22. Зворотній зв'язок та типи контролю прийняття управлінського рішення.
23. Роль керівника медичного закладу формуванні умов щодо ефективної реалізації рішень, які прийняті.
24. Інформаційно-аналітичне забезпечення процесу управління.

Прийняття рішення в управлінні охороною здоров'я – процес щодо розробки, аналізу, впровадження та контролю альтернативних способів досягнення мети.

Кожен керівник щодня приймає чимало управлінських рішень, якість управління таким чином визначається професіоналізмом керівника та його особистісними якостями, а також зовнішніми (законодавча база галузі, рівень фінансування) та внутрішніми (складність питання, наявність достатнього часу, повнота та своєчасність інформації тощо) факторами.

Слід пам'ятати, що прийняття рішення це складний процес, який складається з послідовності відповідних дій. Іноді, на практиці, останній етап попереднього рішення можна трактувати як перший етап реалізації наступного рішення. Керівник медичного закладу може приймати управлінське рішення *індивідуально* або використовувати можливості *групових (колективних) методів* прийняття рішення.

За змістом управлінські рішення в охороні здоров'я можуть бути:

1. *Соціальні* (влаштування молодих спеціалістів, підвищення кваліфікації персоналу, покращення охорони здоров'я медичного персоналу тощо).
2. *Медичні* (реконструкція мережі закладів, перепрофілювання ліжок, організація нових видів медичного обслуговування, підвищення його якості тощо).
3. *Організаційні* (регламентація роботи, розподіл функцій та обов'язків, інформаційне забезпечення тощо).
4. *Ресурсні* (питання фінансування та оптимального використання матеріальних ресурсів).
5. *Господарські* (будівництво, ремонти, реконструкції, організація харчування, прання білизни тощо).
6. *Контролюючі* (забезпечення оперативності впровадження рішень, контроль виконання, оцінка результатів та підготовка планів).

Характеристика стилів прийняття управлінського рішення.

- 1. Авторитарний** - особистісне рішення керівника. Керівник володіє значними владними повноваженнями, щоб нав'язувати власну думку всім підлеглим. Максимальна увага зосереджена на досягненні робочих завдань, особистісні потреби робітників не розглядаються. Заперечення та зауваження підлеглих не розглядаються. Має місце відкрите негативне ставлення до критики на адресу керівника.
- 2. Ліберальний (нейтральний)** – характеризується повною відсутністю участі керівника в управлінні колективом. Він рідко береться за виконання складних питань, чекає на розпорядження «зверху». Контроль з боку такого керівника – несистемний, з низьким рівнем вимогливості, завдання членів груп можуть бути розмиті.
- 3. Демократичний (колегіальний)** – орієнтація на прийняття рішень командою, враховується потреба у задоволенні соціальних та духовних потреб робітників. В управлінні персоналом превалює наставництво, рекомендації, поради. Поведінка керівника є вимогливою, але справедливою. Створюється сприятливий психологічний клімат у колективі, який базується на неформальних відносинах.
- 4. Адаптивний (ситуаційний)** – доцільне поєднання позитивних рис різних стилів. Передбачає гнучку зміну індивідуального природного стилю керівника залежно від обставин. Стосунки в колективі коливаються від підпорядкування до співпраці та кооперації партнерів, які рівною мірою зацікавлені у досягненні високих результатів.

Етапи прийняття та реалізації управлінського рішення:

1. З'ясування ситуації (якість етапу залежить від якості та повноти інформації, якою користується керівник медичного закладу. Налагоджена комунікаційна система та стабільний психологічний клімат сприяють точності збору інформації).
2. Визначення мети вирішення наявної проблеми (Чого ми хочемо досягти?).
3. Обґрунтування завдань (завдання обираються з врахуванням конкретної ситуації, можливостей медичного закладу, його структури, функцій, стратегії, наявних комунікативних зв'язків, психологічного клімату тощо).
4. Виявлення причин та формулювання проблеми.
5. Розробка альтернатив (пропонуються два чи більше варіанти вирішення наявної проблеми).
6. Оцінювання альтернатив (На етапах 5 та 6 враховуються критерії вибору альтернатив: законність, справедливість, етичність, попередження конфліктів, відповідність до стратегій розвитку організації, відповідність фінансуванню та часу реалізації.)
7. Прийняття остаточного рішення.
8. Підготовка рішення до впровадження (Хто буде робити? Яким чином? За який час? За які гроші? тощо)
9. Забезпечення реалізації рішення (наказ по закладу, розпорядження, вказівка, план заходів, інформаційне повідомлення тощо).
10. Контроль виконання.

Методи управління	Вид мотивації	Зміст мотивації	% до підсумку
Економічні	матеріальна	винагорода за результати праці	50-60
Соціально-психологічні	соціальна	соціальний статус (кар'єра)	30-35
Адміністративні	владна	страх покарання з боку керівництва	10-15

Управлінське рішення - це соціальний акт, створений на основі аналізу і оцінки ситуації, прийнятий та оформлений у визначеному порядку, має директивне загальнообов'язкове значення, містить мету і завдання та обґрунтування способів їх досягнення, організує практичну діяльність суб'єктів і об'єктів управління.

Види управлінських рішень

За формою	За метою і часом
<i>Письмові:</i> програма, наказ, план <i>Усні:</i> вказівка, прохання, зауваження, побажання	<i>Стратегічне</i> (довготривале) <i>Ситуаційне</i> (середньої тривалості) <i>Оперативне</i> (короткотривале)

Оформлення управлінських рішень

Структура програми	Структура наказу	Структура комплексного плану закладу охорони здоров'я (для виконання наказу)
<i>Розділ 1. Цільовий:</i> мета, підцілі, завдання, вихідні дані, наукове обґрунтування програми. <i>Розділ 2. Структурний:</i> заходи із забезпечення здійснення програми по окремих структурних елементах системи управління. <i>Розділ 3. Ресурсний:</i> містить обґрунтування необхідних для здійснення програми кадрових, матеріально-технічних та фінансових ресурсів. <i>Розділ 4. Плановий:</i> включає основні дані програми у вигляді систем планових показників а заходів, виконавців окремих заходів, термінів виконання, відміток про виконання.	<i>Назва:</i> із визначенням тільки однієї мети <i>Констатуюча частина:</i> проблема, що призвела до необхідності наказу <i>Аналітична частина:</i> аналіз причин проблеми <i>Наказова (розпорядницька) частина:</i> що, хто, коли має робити, контроль виконання <i>Додатки:</i> додаткова інформація, що допомагає зрозуміти наказ.	<i>Розділ 1. Потужність закладу:</i> заходи із зміцнення <u>матеріально-технічної бази</u> , капітальний чи поточний ремонт, будівництво тощо. <i>Розділ 2. Медичні кадри:</i> заходи із виховання та <u>підвищення кваліфікації</u> персоналу. <i>Розділ 3. Діяльність закладу:</i> заходи щодо <u>поліпшення показників</u> амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної та параклінічних служб за основними напрямками їх <u>діяльності</u> , у тому числі заходи із виконання програм та наказів. <i>Розділ 4. Фінанси:</i> кошторис закладу за всіма видами видатків. <i>Примітка:</i> План оформляється у вигляді <u>таблиці</u>

Види управлінської інформації

За змістом:	За джерелами отримання:
про <u>здоров'я</u> особи і суспільства; про довкілля і <u>чинники</u> , що впливають на здоров'я; про <u>діяльність системи</u> охорони здоров'я.	<u>директивна</u> - законні та підзаконні нормативно-правові документи; <u>наукова</u> і <u>передового досвіду</u> ; з <u>власних</u> джерел - внутрішня документація: <i>організаційна</i> (статуту, положення, посадові інструкції); <i>розпоряджувальна</i> (накази, рішення, плани); <i>довідково-інформаційна</i> (аналізи роботи); <i>кадрова</i> (заяви, накази, особисті справи); <i>поточна</i> (оперативна, оперативно-облікова, облікова, звітна)

Особливості діяльності японського та американського менеджменту (по У. Оучі, 1984)

ЯПОНСЬКА МОДЕЛЬ (теорія Z)

довічний найм
поступова, повільна оцінка і просування
неспціалізована діяльність
неформальні, тонкі механізми контролю
колективне прийняття рішень
колективна відповідальність і підвищена увага до підлеглого

АМЕРИКАНСЬКА МОДЕЛЬ (теорія X і Y)

короткотерміновий найм
швидка оцінка і просування
спціалізована діяльність
формальні, кількісні механізми контролю
індивідуальне прийняття рішень
індивідуальна відповідальність, "людському фактору"
приділяється другорядне значення

Стратегії вирішення конфліктів

Суперництво. При такій стратегії дії керівника спрямовані на те, щоб наполягти на своєму шляхом відкритої боротьби за свої інтереси, застосування влади, примусу, використання інших засобів тиску на опонента (у тому числі і психологічних). Людина, що дотримується такої стратегії, сприймає ситуацію як питання перемоги або поразки, займає жорстко фіксовані позиції і проявляє непримиренність у разі опору партнера.

Співпраця. При такій стратегії дії спрямовані на пошук рішення, що повністю задовольняє як свої інтереси, так і інтереси і побажання іншого в ході відкритого і відвертого обміну думками про проблему, про те, як вона представляється всіма учасниками конфлікту. Людина, що дотримується цієї стратегії, стоїть за сумісне обговорення розбіжностей для вироблення загального рішення.

Компромiс. При такій стратегії дії спрямовані на те, щоб врегулювати розбіжності, поступаючись у чомусь в обмін на поступки іншої сторони, на пошук і вироблення в ході переговорів проміжних рішень, що влаштовують обидві сторони, при яких ніхто особливо не втрачає, але і не виграє.

Уникнення. При виборі цієї стратегії дії спрямовані на те, щоб вийти з ситуації не поступаючись, але і не наполягаючи на своєму, утримуючись від суперечок та дискусій. Людина, що дотримується такої стратегії, прагне не брати на себе відповідальність за рішення, не зосереджуватись на розбіжностях, заперечує саму наявність конфлікту, вважає його безглуздом.

Пристаосування. Дії, які робляться при такій стратегії, спрямовані на збереження або відновлення сприятливих відносин та забезпечення задоволеності іншого шляхом згладжування розбіжностей, навіть у збиток своїм інтересам. Людина, що дотримується такої стратегії, прагне звернути увагу партнера на те, в чому обидва згодні, замість того, щоб обговорювати спірні питання, всіляко підкреслює свою згоду з вимогами, що пред'являються, претензіями і звинуваченнями, прагне підтримати іншого, не зачепити його відчуттів.

Ситуаційна задача для обговорення

Секретар головного лікаря – життєрадісна, відкрита, чутлива жінка, 45 років. Вона вже 7 років працює на посаді, користується довірою головного лікаря, завідувачів відділень, легко навчається, має здібності знайти підхід до «проблемних» відвідувачів. Цього року вона не мала можливості взяти повну відпустку літом. Про це забули, тому її рішення взяти невикористані дні відпуски у грудні були сприйняті з дивуванням (Щось трапилось?). На другий день відпустки секретарю зателефонувала одна з медичних сестер та повідомила, що в Інтернеті, на сайті з пошуку роботи розміщено оголошення на заміщення вакантної посади секретаря головного лікаря. Наявність об'яви секретар перевірила особисто та була дуже ображена рішенням головного лікаря. Після виходу з відпуски секретар головного лікаря відчула різку зміну відношення до себе всіх працівників лікарні, особливо головного лікаря та одного з завідувачів відділення, який скоріше всього займався розміщенням об'яви. З'ясувати причини таких змін не вдалося, а знаходитися в ізолюваному стані вже другий місяць жінка не може.

Оцініть правильність дій керівництва закладу. Як поліпшити ситуацію?

Як має вчинити головний лікар і його секретар?

Психологічні тести

Щодня кожен з нас стикається з різними людьми, котрі якось включені в наше життя, нехай навіть трохи. Світ став би набагато кращим, досконалим, якби люди ставилися один до одного доброзичливіше, з великою повагою, були б ширішими. За допомогою тестів Ви зможете краще розібратися в собі і зрозуміти:

- До чого Ви більш схильні - керувати або підкорятися;
- наскільки добре вмієте ладити з людьми, що оточують Вас;
- наскільки Ви мотивовані в професійній діяльності;
- які способи поведінки найбільш притаманні Вам у конфліктних ситуаціях.

1. Тест «Керувати чи підкорятися?»

Оберіть одну з відповідей на питання.

№	Питання	Питання		
		А	Б	В
1	Дружба для Вас:	співпраця	підтримка	альтруїзм
2	Справжній художник (артист) повинен перш за все володіти:	талантом	рішучістю	підготовкою
3	На вечірці Ви частіше відчуваєте себе:	півником	курокою	курчам
4	З якою геометричною фігурою Ви себе асоціюєте:	циліндром	кулею	кубом
5	Коли Вам подобається жінка (чоловік) Ви:	робите перший крок	чекаєте, поки він (вона) зроблять перший крок	робите дрібні кроки
6	Ви стикаєтеся з несподіванкою (не тільки сидячи за кермом):	гальмуєте	додаєте швидкість	губитеся
7	Якщо Вам доводиться говорити на публіці, Ви відчуваєте, що:	всі Вас слухають	всі Вас критикують	бентежитесь
8	У експедицію краще брати товаришів:	міцних	розумних	досвідчених
9	Скажемо правду: Попелюшка була:	нещасна дівчина	хитрюга-кар'єристка	буркотун
10	Як би Ви визначили своє життя:	партія в шахи	матч боксу	гра в покер

2. Тест «Чи вмієте Ви ладнати з людьми?»

Оберіть одну з відповідей для кожної ситуації.

№	Питання	Варіант відповіді		
		А	Б	В
1	На вечірці Вас познайомили з людиною, яка Вам відразу чимось не сподобалась. Ви:	будете намагатися знайти тему для розмови, що представляє взаємний інтерес	уникатимете цієї людини	використаєте першу ж можливість, щоб поставити його на місце
2	Вам пропонують виконати роботу, до якої Ви не підготовлені. Ваші дії:	визнаєте свою некомпетентність і попросите навчити, як це робиться	відмовитеся навіть спробувати	постараетесь блефувати, обвести всіх навколо пальця
3	Вас явно обрахували в ресторані. Ви:	попросите офіціанта ще раз перевірити рахунок	мовчки сплатите рахунок	прямо скажете офіціантові, що він Вас обрахував
4	Коли Ви стикаєтеся з людиною, яка має важкий фізичний дефект, є інвалідом, калікою. Ви:	поводитиметеся з ним так само, як і з будь-якою іншою людиною	всіляко прагнутимете бути особливо люб'язним і попереджувальним	будете намагатися уникнути контакту з ним
5	Ваш друг купив костюм, який, на вашу думку, йому не пасує. Він питає Вашої думки. Ви скажете:	"Я думаю, що ти будеш задоволений цим костюмом"	"Прекрасна погода сьогодні, чи не так?"	"Цей костюм виглядає жахливо"
6	Маючи справу з касиркою, продавщицею або офіціантом, Ви:	завичай посміхаєтеся і говорите їм що-небудь приємне	відповідаєте люб'язністю тільки на їх люб'язність	відноситеся до них формально
7	Ви можете відверто визнати, що Ви:	цікавитесь більшістю навколишніх людей	затишно відчуваєте себе у вузькому колі друзів	спілкуючись з людьми, відчуваєте нудьгу
8	Коли зустрічаєте людей іншої національності, раси або релігійних вірувань, Ви:	відноситеся до них так само, як до всіх інших людей	переживаєте таємне почуття побоювання	переконані, що Ваш спосіб життя набагато кращий
9	Якщо після проведеного де-небудь пікніка на природі або на дачній ділянці Ви виявили, що поблизу немає смітцевого бака, Ви:	заберете сміття з собою	будете намагатися де-небудь на місці його приховати	залишите все, не прибравши за собою
10	Ви стоїте в черзі в магазині і нікуди не поспішаєте, проте людина, що стоїть за Вами, явно кудись спізнюється. Ви:	запропонуєте йому пройти раніше Вас	зробите покупку першим, оскільки Ваша черга раніше	постараетесь навмисне довше вибирати покупку, щоб він трохи проховол

3. Тест «Мотивація професійної діяльності»

Прочитайте наведені мотиви професійної діяльності і дайте оцінку їх значущості для Вас за п'ятибальною шкалою.

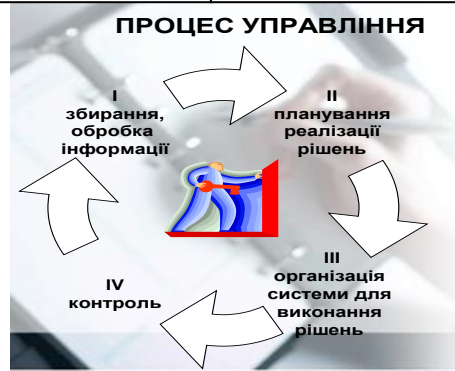
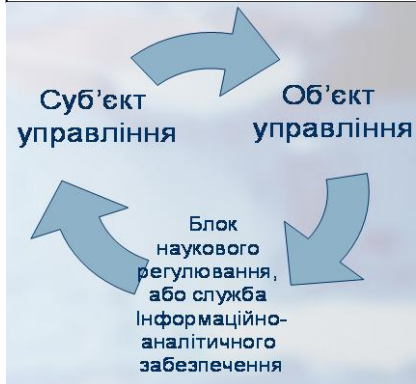
№	Мотив	1	2	3	4	5
		у дуже незначній мірі	у незначній мірі	у не великій але і не малій мірі	у значній мірі	у дуже значній мірі
1	Грошовий заробіток					
2	Прагнення до просування по службі					
3	Прагнення уникнути критики з боку керівника або колег					
4	Прагнення уникнути можливих покарань або неприємностей					
5	Потреба у досягненні соціального престижу і пошани з боку інших					
6	Задоволення від самого процесу і результату роботи					
7	Можливість якомога повнішої самореалізації саме в даному виді діяльності					

4. Тест «Стратегія виходу з конфлікту»

Вам пропонується на вибір два твердження. Оберіть те з них, яке більш відповідає Вашим поглядам.

№	Твердження А	Твердження Б
1	Іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за рішення спірного питання	я прагну звернути увагу на те, в чому ми обидва згодні, чим обговорювати те, в чому ми розходимося
2	Я прагну знайти компромісне рішення	я намагаюся залагодити суперечку з урахуванням всіх інтересів іншої людини і моїх власних
3	Зазвичай я наполегливо прагну добитися свого	іноді я жертвую своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини
4	Я прагну знайти компромісне рішення	я прагну не зачепити відчуттів іншої людини
5	Залагоджуючи спірну ситуацію, я весь час намагаюся знайти підтримку у іншого	я прагну робити все, щоб уникнути хворобливої напруженості
6	Я намагаюся уникнути неприємностей для себе	я прагну добитися свого
7	Я прагну відкласти рішення спірного питання з тим, щоб з часом вирішити його остаточно	я вважаю за можливе в чомусь поступитися, щоб добитися чогось іншого, важливішого
8	Зазвичай я наполегливо прагну добитися свого	я насамперед прагну визначити те, в чому полягають всі спірні інтереси і питання
9	Думаю, що не завжди варто хвилюватися із-за якихось розбіжностей	я докладаю зусилля, щоб добитися свого
10	Я твердо прагну добитися свого	я намагаюся знайти компромісне рішення
11	Насамперед я прагну ясно визначити те, в чому полягають всі спірні інтереси і питання	я прагну заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини
12	Часто я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки	я даю можливість іншому в чомусь залишитися при своїй думці
13	Я пропоную середню позицію	я наполягаю, щоб все було зроблено так, як я хочу
14	Я повідомляю іншому свою точку зору і питаю про його погляди	я намагаюся показати іншому логіку і перевагу моїх поглядів
15	Я намагаюся заспокоїти іншого і зберегти наші відносини	я прагну зробити все необхідне, щоб уникнути напруги
16	Я прагну не зачепити відчуттів іншого	я зазвичай намагаюся переконати іншого в перевагах моєї позиції
17	Зазвичай я наполегливо прагну добитися свого	я прагну зробити все, щоб уникнути даремної напруженості
18	Якщо це зробить іншого щасливим, я дам йому можливість наполягти на своєму	я дам іншому можливість залишитися при своїй думці, якщо він піде мені назустріч
19	Насамперед я намагаюся визначити те, в чому полягають всі спірні інтереси і питання	я прагну відкласти спірні питання з тим, щоб з часом вирішити їх остаточно
20	Я намагаюся негайно подолати наші розбіжності	я прагну знайти якнайкраще поєднання вигод і втрат для нас обох
21	Ведучи переговори, я прагну бути уважним до іншого	я завжди схильюся до прямого обговорення проблеми
22	Я намагаюся знайти позицію, яка знаходиться посередині між моєю і іншої людини	я відстоюю свою позицію
23	Як правило, я стурбований тим, щоб задовольнити бажання кожного з нас	іноді я надаю можливість іншим узяти на себе відповідальність за рішення спірного питання
24	Якщо позиція іншого здається йому дуже важливою, я прагну піти йому назустріч	я прагну переконати іншого піти на компроміс
25	Я намагаюся переконати іншого в своїй правоті	ведучи переговори, я прагну бути уважним до аргументів іншого
26	Я зазвичай пропоную середню позицію	я майже завжди прагну задовольнити інтереси кожного з нас
27	Часто прагну уникнути суперечок	якщо це зробить іншу людину щасливою, я дам йому можливість наполягти на своєму
28	Зазвичай я наполегливо прагну добитися свого	залагоджуючи ситуацію, я зазвичай прагну знайти підтримку у іншого
29	Я пропоную середню позицію	думаю, що не завжди слід хвилюватися із-за виникаючих труднощів
30	Я прагну не зачепити відчуттів іншого	я завжди займаю таку позицію в спорі, щоб ми спільно змогли добитися успіху

Логічна структура теми: **МЕТОДИКА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ. УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ**



Системний підхід в управлінні

■ Система – це сукупність компонентів, взаємодія яких між собою і зовнішнім середовищем породжує нові властивості системи, не характерні для її складових.

Слон – це спис

Слон – це стіна

Слон – це змія



Образна характеристика типів співрозмовників

Теми та плани лекцій

1. Системи охорони здоров'я (2 год.)

1. Визначення поняття «система охорона здоров'я».
2. Види та характеристика систем охорони здоров'я.
3. Історичні етапи розвитку систем охорони здоров'я.
4. Особливості різних систем охорони здоров'я.
5. Фінансування систем охорони здоров'я.
6. Кадрові ресурси систем охорони здоров'я. Управління системою
7. Модель системи здоров'я України. Основні риси, переваги та недоліки.
8. Шляхи реформування системи охорони здоров'я в Україні.

2. Види медичної допомоги. Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги міському та сільському населенню.

Сімейна медицина та її значення в системі медичної допомоги населенню (2 год.)

1. Галузь охорони здоров'я. Заклади охорони здоров'я та органи управління.
2. Кадровий потенціал медичної галузі. Забезпеченість медичною допомогою населення.
3. Принципи надання медичної допомоги населенню. Класифікація видів медичної допомоги.
4. Проблеми організації амбулаторно-поліклінічної, стаціонарної, швидкої/екстреної допомоги.
5. Роль різних лікувально-профілактичних закладів та їх взаємодія в наданні первинної, вторинної та третинної допомоги.
6. Роль амбулаторно-поліклінічних закладів у медичному забезпеченні міського та сільського населення. Профілактична робота поліклінік і амбулаторій. Диспансерний метод, його принципи, етапи диспансеризації.
7. Сутність поняття «первинна медична допомога» (ПМД). Принципи організації ПМД на засадах сімейної медицини. Роль сімейного лікаря/лікаря загальної практики в забезпеченні медичних потреб міського та сільського населення.
8. Моделі роботи сімейного лікаря, їх сутність, проблеми вибору конкретних моделей.
9. Проблеми та перспективи розвитку сімейної медицини в Україні.

3. Організація стаціонарної медичної допомоги міському та сільському населенню (2 год.)

1. Історія створення лікарень.
2. Мережа лікарняних закладів. Ліжковий фонд. Забезпеченість ліжками.
3. Обсяги стаціонарної допомоги. Рівень госпіталізації. Характеристика госпіталізованих.
4. Функції та завдання сучасної лікарні. Види та потужність лікарень.
5. Багатoproфільні та спеціалізовані лікарні. Завдання стаціонарів.
6. Структурні підрозділи стаціонару та їх функції. Порядок направлення хворих до стаціонару.
7. Чинники, що впливають на раціональне використання ліжкового фонду та ефективність роботи стаціонару.
8. Зміст і організація роботи лікаря-ординатора та завідувача відділення.
9. Стаціонаророзамінні форми надання медичної допомоги.
10. Реформування стаціонарної допомоги. Госпітальні округи. Захист прав і безпека пацієнтів.

4. Організація акушерсько-гінекологічної та допомоги дитячому населенню. Репродуктивне здоров'я (2 год.)

1. Місце і роль системи охорони материнства та дитинства у відтворенні поколінь.
2. Законодавство з охорони материнства та дитинства. Гендерне рівноправ'я.
3. Особливості здоров'я жінок. Репродуктивне здоров'я, динаміка його основних показників.
4. Лікувально-профілактичні заклади з надання акушерсько-гінекологічної допомоги, особливості їх формування в умовах міської та сільської місцевостей.
5. Перинатальний центр. Жіноча консультація. Пологовий будинок.
6. Етапи медичної допомоги дітям. Характеристика здоров'я дитячого населення: демографічні показники, захворюваність, інвалідність та фізичний розвиток. Комплексна оцінка здоров'я дітей.
7. Заклади, що надають медичну допомогу дітям. Структура і функції дитячої поліклініки та лікарні.
8. Організація спеціалізованої медичної допомоги дітям. Організація медичної допомоги в дошкільних закладах, школах.
9. Будинки дитини, стан здоров'я їх контингенту.
10. Перспективи розвитку медичного забезпечення дітей. Лікарня, доброзичлива до дитини. Клініка, дружня до молоді.

5. Організація медико-соціального забезпечення населення літнього віку. Паліативна та хоспісна допомога (2 год.)

1. Історія геронтології та гериатрії.
2. Вікова класифікація населення. Медико-соціальне значення постаріння населення.
3. Вплив постаріння на демографічне навантаження, захворюваність та потребу в медичному забезпеченні населення.
4. Особливості стану здоров'я людей літнього віку, методика визначення та оцінка показників.
5. Система організації гериатричної допомоги в Україні (амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні, стаціонаророзамінні заклади).
6. Потреба в гериатричній допомозі, завдання та перспективи її розвитку.
7. Лікар-гериатр: функції та завдання. Гериатрична освіта.
8. Взаємодія закладів гериатричної допомоги зі структурами сімейної медицини
9. Паліативна допомога. Хоспіси.

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ для виконання ІРС (індивідуальної роботи студента)

1. Спеціалізовані диспансери в Україні: діяльність та перспективи розвитку.
2. Розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги в Україні: оцінка ефективності.
3. Сучасний розвиток сімейної медицини в Україні.
4. Реформи системи хорони здоров'я в Україні та світі.
5. Перинатальні центри – нова форма охорони здоров'я матері та дитини. Причини та наслідки впровадження.
6. Проблема безпліддя в Україні. Центри репродуктивного здоров'я. Проблема екстракорпорального запліднення.
7. Будинки дитини як заклади медико-соціального захисту: проблеми та перспективи розвитку.
8. Організація медичної допомоги робітникам підприємств. Медико-санітарна частина.
9. Служба екстреної медичної допомоги в Україні в період реформування. Оцінка ефективності змін.
10. Експертиза стійкої втрати працездатності. МСЕК (медико-соціальна експертна комісія): проблеми діяльності та шляхи вирішення.
11. Спеціалізовані заклади для осіб похилого віку (геріатрична служба): сьогодення та перспективи розвитку.
12. Розвиток паліативної допомоги в Україні. Хоспіси: проблеми та перспективи розвитку.
13. Розвиток страхової медицини в Україні. Історія та сучасність.
14. Діяльність Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) – останні події.
15. Оцінка якості надання медичної допомоги в Україні: стандарти якості, клінічні протоколи.
16. Управління (менеджмент) в системі охорони здоров'я в Україні: проблеми та перспективи розвитку.
17. Санітарно-епідеміологічна ситуація в Україні. Сучасні проблеми реорганізації санітарно-епідеміологічної служби.
18. Санаторно-курортна служба в Україні: мережа закладів, їх діяльність та перспективи розвитку.
19. Фінансування системи охорони здоров'я в Україні та за кордоном: проблеми, реформування.
20. Медична освіта в Україні. Система підвищення кваліфікації лікарів: заклади, атестація, категорії.
21. Кадрове забезпечення системи охорони здоров'я в Україні.
22. Фармацевтична галузь в Україні: мережа закладів, діяльність та перспективи розвитку.
23. Лікувально-профілактичні заклади особливого типу в Україні. Лепрозорій.
24. Медична наука в Україні: мережа науково-дослідних закладів, наукові ступені в медицині, Національна Академія медичних наук України.
25. Електронна система охорони здоров'я – відповіді на сучасні вимоги суспільства щодо ефективного управління галуззю.

Рекомендації щодо виконання самостійної роботи студента (СРС)

Використовуючи знання, отримані з дисципліни, дані літератури, Інтернет-ресурси пропонується скласти *реферат* на одну запропонованих тем (письмово або у друкованій формі, в обсязі не менше 10 сторінок з малюнками, таблицями). Перелік тем рефератів додається. Реферат за структурою має бути наближений до структури наукової статті, тобто містити: план, мету дослідження, основні результати дослідження, висновки, список літератури. Обов'язковою вимогою до реферату є наведення прикладів використання статистичних методів виключно в медицині.

Оцінювання навчальної діяльності

Оцінка практичного заняття - «3» - 8 балів, «4» - 10 балів, «5» - 12 балів

Допуск до модуля – 72 бали (8 балів x 9 тем).

Оцінка ПМК - «3» - 50-59 балів, «4» - 60-69 балів, «5» - 70-80 балів

Оцінка СРС – від 1 до 12 балів (в залежності від якості виконання)

Оцінка модуля - «3» - 122-139 балів, «4» - 140-169 балів, «5» - 170-200 балів

Оцінка дисципліни (розраховується як середня арифметична результатів 3-х модулів)

«3» - 122-139 балів, «4» - 140-169 балів, «5» - 170-200 балів

Перелік питань для підготовки студентів до підсумкового модульного контролю

МОДУЛЬ 3. ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

1. Основні принципи охорони здоров'я в Україні. Правові засади охорони здоров'я.
2. Системи охорони здоров'я.
3. Організаційні принципи медичної допомоги.
4. Види медичної допомоги та заклади, що її надають.
5. Визначення поняття «первинна медична допомога» (ПМД). Основні принципи ПМД на засадах сімейної медицини. Центри первинної медико-санітарної допомоги.
6. Характеристика існуючих організаційних моделей роботи сімейних лікарів. Можливі організаційні моделі сімейної медицини в Україні.
7. Завдання та зміст роботи сімейного лікаря, співпраця з різними закладами охорони здоров'я, із соціальними службами.
8. Роль центрів первинної медико-санітарної допомоги у медичному забезпеченні населення.
9. Функції поліклінік і амбулаторій, їх лікувальна та профілактична робота.
10. Завдання та сутність диспансерного методу. Етапи диспансеризації.
11. Облік роботи амбулаторно-поліклінічних закладів
12. Види стаціонарів. Функції сучасної лікарні, її складових частин.
13. Заходи щодо раціонального використання ліжкового фонду. Роль наступності між позалікарняними та лікарняними закладами.
14. Значення стаціонрозамінної допомоги, її організаційні форми. Функції та структура денного стаціону.
15. Облік роботи стаціонарів, методика визначення та аналіз показників їх діяльності.
16. Особливості медичного забезпечення сільського населення; чинники, що на нього впливають. Етапність надання медичної допомоги. Заклади, що належать до кожного етапу.
17. Сільська лікарська дільниця, її функції, структура. Завдання, перспективи подальшого розвитку. Обсяг медичної допомоги на цьому етапі.
18. Центральна районна лікарня (ЦРЛ) як центр спеціалізованої допомоги сільському населенню. Завдання, структура, напрямки удосконалення діяльності.
19. Обласна лікарня. Структура, обсяг і особливості надання поліклінічної та стаціонарної допомоги населенню області.
20. Організація єдиної системи екстреної медичної допомоги (ЕМД), її заклади. Організація швидкої медичної допомоги в сільській місцевості.
21. Центри екстреної медичної допомоги та медицини катастроф
22. Станція швидкої медичної допомоги, основні завдання та функції ЕМД.
23. Лікарня швидкої медичної допомоги. Структура, штати, завдання та основні функції.
24. Медицина катастроф, роль служби швидкої медичної допомоги в ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій.
25. Охорона материнства та дитинства. Значення соціально-економічних, соціально-психологічних, медико-соціальних заходів, спрямованих на покращання здоров'я жінок і дітей.
26. Законодавство з охорони материнства та дитинства. Гендерне рівноправ'я.
27. Особливості здоров'я жінок. Репродуктивне здоров'я, динаміка його основних показників.
28. Лікувально-профілактичні заклади з надання акушерсько-гінекологічної допомоги, особливості їх формування в умовах міської та сільської місцевостей.
29. Завдання та зміст роботи жіночої консультації, її структурні підрозділи. Функції різних медичних закладів стосовно антенатальної охорони плоду.
30. Експертна оцінка організаційних елементів медичного забезпечення вагітних і жінок з гінекологічними захворюваннями.
31. Завдання, зміст роботи стаціону пологового будинку, особливості його структури, взаємодія з жіночими консультаціями, дитячими поліклініками, будинками дитини.
32. Методика обчислення та аналіз показників роботи пологового будинку за звітом про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям.
33. Організація медичної допомоги дітям, особливості забезпечення спеціалізованої допомоги в умовах переходу до сімейної медицини.

34. Завдання та зміст роботи дитячої поліклініки, її структурні підрозділи. Профілактична та протиепідемічна робота дитячої поліклініки.
35. Зміст і організація роботи дільничного педіатра.
36. Сутність диспансерного спостереження за здоров'ям дітей, експертна оцінка його повноти.
37. Організація медичної допомоги в дошкільних закладах, школах.
38. Сутність медико-соціальної експертизи тимчасової та стійкої втрати працездатності.
39. Види тимчасової непрацездатності, особливості проведення експертизи при окремих видах непрацездатності.
40. Завдання лікуючих лікарів при проведенні експертизи тимчасової втрати працездатності.
41. Лікарсько-консультативна комісія (ЛКК): функції, склад, організація роботи.
42. Значення листка непрацездатності як облікового, юридичного та фінансового документу.
43. Організація експертизи стійкої втрати працездатності. Види інвалідності.
44. Медико-соціальні експертні комісії (МСЕК), їх види (за адміністративно-територіальною ознакою, за профілями). Функції МСЕК.
45. Відповідальність лікарів лікувально-профілактичних та інших закладів щодо медичної експертизи.
46. Складові частини якості: структурна якість; якість технологій; якість результатів. Показники якості та ефективності медичної допомоги.
47. Стандарти медичних технологій. Застосування клінічних протоколів.
48. Методика визначення рівня якості лікування, моделей кінцевих результатів, інтегрального коефіцієнта ефективності.
49. Значення санепідслужби в забезпеченні санітарного та епідемічного благополуччя населення.
50. Організаційна структура санепідслужби.
51. Напрямки діяльності санепідслужби.
52. Методи роботи лікарів-гігієністів і епідеміологів. Сутність запобіжного та поточного державного санітарно-епідеміологічного нагляду.
53. Повноваження головних державних санітарних лікарів та інших посадових осіб державної санепідслужби. Види відповідальності за порушення санітарного законодавства.
54. Обов'язки санепідслужби та лікувально-профілактичних закладів щодо здійснення протиепідемічних заходів.
55. Сутність науки управління, її предмет. Принципи управління. Складові частини процесу управління.
56. Перспективи розвитку медичного обслуговування населення літнього віку у світі та Україні.
57. Організація медико-соціальної допомоги населенню літнього віку в Україні.
58. Організація паліативної допомоги.
59. Поняття «медичне страхування». Особливості реалізації обов'язкового та добровільного медичного страхування. Проблеми впровадження страхової медицини в Україні.
60. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). Мета та історія створення, завдання. Значення діяльності ВООЗ для країн світу та України.

Рекомендована література

1. Громадське здоров'я / за ред. В.Ф.Москаленка. – Вінниця, «Нова книга», 2012. – 560 с.
2. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я (для студентів стоматологічних факультетів вищих медичних навчальних закладів України IV рівня акредитації / за заг. ред. Москаленка В.Ф. – Київ, Книга плюс, 2010. – 328 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В.Вороненка, В.Ф.Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
4. Програмні тестові питання з соціальної медицини та охорони здоров'я / За ред. Ю.В.Вороненка – К.: 2001.
5. Посібник із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / За ред. Ю.В.Вороненка. – Київ: “Здоров'я”, 2002. – 359 с.
6. Біостатистика / За заг. ред. В.Ф.Москаленка. – К.: Книга плюс; 2009. – 184 с.

Додаткова література

1. Альбом А., Норелл С. Введение в современную эпидемиологию. – Таллинн, 1996. – 122 с.
2. Власов В.В. Введение в доказательную медицину. – М.: Медиа Сфера, 2001. – 392 с.
3. Герасимов А.Н. Медицинская статистика. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2007. – 480 с.

4. Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
 5. Зайцев В.М., Лифляндский В.Г., Маринкин В.И. Прикладная медицинская статистика. – СПб.: ООО «Издательство ФОЛИАНТ», 2003. – 432 с.
 6. Лехан В.М., Вороненко Ю.В. та ін. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань (для ВМНЗ III - IV рівнів акредитації). – Дніпропетровськ, Київ, 2004.
 7. Общая теория статистики: Учебник / Под ред. чл.-корр. РАН И.И. Елисеевой. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Финансы и Статистика, 2000. – 480 с.
 8. Основи епідеміології: Вступ до прикладної епідеміології та біостатистики / наук. ред. пер. Солоненко І. – К.: Основи, 1997. – 501 с.
 9. Основи доказової медицини / за редакцією М.П. Скакун. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 244 с.
 10. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: Медиа Сфера, 2002. – 312 с.
 11. Теория статистики: Учебник / Под ред. проф. Р.А. Шмойловой. – 3-е изд., перераб. – М.: Финансы и статистика, 2001. – 560 с.
 12. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. – М.: Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
 13. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012. Курс на благополучие. – ВОЗ, 2013. – 190 с.
 14. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2013 г. – ВОЗ, 2013. – 206 с. (режим доступа: www.who.int/whr/2013/report/ru).
 15. Европейская база данных «Здоровье для всех». (режим доступа: www.euro.who.int/ru/home).
 16. Епідеміологічні методи вивчення неінфекційних захворювань // В.М. Лехан, Ю.В. Вороненко, О.П. Максименко та ін. – Д.: АРТ-ПРЕС, 2004.- 184 с.
 17. Здоровье 2020 – основы европейской политики и стратегии для XXI века. – ВОЗ, 2013. – 232 с.
 18. Методи соціальної медицини / під ред. О.М. Очерedyкo, О.Г. Процек. – Вінниця: Тезис, 2007. – 410 с.
 19. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Іншакова Г.В. Право на охорону здоров'я у нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня. – Контраст, 2006. – 296 с.
 20. Населення України. Демографічний щорічник. – К.: Держкомстат України. (режим доступа: www.ukrstat.gov.ua).
 21. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник // В.А. Медик, В.К. Юрьев. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.
 22. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования // Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.
 23. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря). // В.М. Лехан, А.В. Іпатов, Е.В. Борвінко та ін. – Д.: АРТ-ПРЕС, 2002. – 370 с.
 24. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина/ за ред. В.М. Князевича. – К., 2010. – 404с.
 25. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я в Україні: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення. – К. : НІСД, 2012. – 96 с.
 26. Сімейна медицина /За ред. проф. В.Б. Гошинського, проф. Є.М. Стародуба – ТДМУ, Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – 810 с.
 27. Сімейна медицина. Книга I «Організаційні основи сімейної медицини /За ред. В.Ф. Москаленка, О.М. Гиріної. Підручник. – К.: «Медицина», 2007. – 392 с.
 28. Современные подходы к управлению качеством медицинской помощи на различных иерархических уровнях / Под ред. О.П. Щепина. – М., 2012. – 164 с.
 29. Стародубов В.И., Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 619 с.
- Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2012 р. – К., 2013 – 464 с.