

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

РОБОЧИЙ ЗОШИТ

Методичні рекомендації
для самостійної роботи студентів 5-го курсу

Дисципліна: Соціальна медицина, організація охорони здоров'я

Напрямок: Медицина

Спеціальність: 7.12010001 «Лікувальна справа»
7.12010002 «Педіатрія»
7.12010003 «Медико-профілактична справа»

Київ-2015

Автори: Грузєва Т.С., Гречишкіна Н.В., Литвинова Л.О., Замкевич В.Б.

Затверджено на засіданні кафедри 04.11. 2015 р., протокол № 6/15

Розглянуто та затверджено: ЦМК з _____ дисциплін
Від _____ 2015 р., протокол № _____

Робочий зошит для самостійної роботи студента розроблено відповідно до Робочої програми вивчення навчальної дисципліни «Соціальна медицина, організація охорони здоров'я (в т.ч. Біостатистика)» на 5 курсі медичних факультетів, ФЗСУ та медико-психологічного факультету.

Робочий зошит має на меті допомогти студентові у підготовці до практичних занять, особливо по темах, що віднесені на самостійне опанування.

Згідно до робочої програми на опанування кожної теми передбачені години для самостійної роботи: по 0,5 години на кожну тему практичного заняття, по 1-й годині – на тему для самостійної роботи, 1,5 години - на підготовку до ПМК.

Зошит структурований по темах практичних занять (включно із *темами для самостійної роботи студента*) в рамках модулів. Методична розробка до кожної теми містить, мету, основні поняття теми, рекомендовану літературу для підготовки, питання для теоретичного опрацювання індивідуальні практичні завдання з типовим прикладом (для тем, що опрацьовуються самостійно) та логічні структури теми.

Робочий зошит також містить плани лекцій та перелік теоретичних питань для підготовки до ПМК. Крім того студенту додатково пропонується виконати самостійну роботу (СРС) на одну із запропонованих тем (перелік тем СРС додається), для чого за програмою відведено 1 годину. Виконання цієї роботи оцінюється окремо, оцінка включається до поточного контролю.

Готуючись до кожного практичного заняття студент, використовуючи робочий зошит, повинен опанувати теоретичні питання. *Теми для самостійної роботи* вимагають до того ж виконання практичного завдання вдома.

На практичних заняттях студент виконує практичне завдання згідно до теми заняття, користуючись методичними розробками кафедри до кожного практичного заняття.

Контроль теоретичних питань та виконання практичних завдань щодо *тем для самостійної роботи* викладач здійснює на занятті шляхом усного опитування, тестування (крім питань з основної теми заняття до тестового контролю включено питання з теми, що вивчалася студентом самостійно) та перевірки завдання, що студент виконав вдома. Оцінка за практичне заняття, що включає *тему для самостійної роботи*, є спільною і виставляється з огляду на результати тестування та виконання практичних завдань на занятті та вдома.

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**

ЗМІСТ

№ теми	Теми практичних занять	Теми самостійної роботи	Стор. робочого зошита	Стор. підручника**
МОДУЛЬ №3 «ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»				
1	Зміст і організація роботи сімейного лікаря та закладів сімейної медицини.	Організація медичної допомоги населенню. Види медичної допомоги. Номенклатура закладів охорони здоров'я.	4-5 6-8	315-323 309-314
2	Організація та зміст роботи стаціонарів різних рівнів, облік і аналіз їх діяльності. Стаціонарозамінні форми надання медичної допомоги.	Організація та зміст роботи амбулаторно-поліклінічних закладів різних рівнів, облік і аналіз їх діяльності.	9-10 11-15	338-347 323-338
3	Організація медичної допомоги сільському населенню.	-	16-17	348-361
4	Організація та зміст роботи закладів, що надають акушерсько-гінекологічну допомогу.	Заклади санітарно-епідеміологічної служби, зміст їх діяльності.	18-19 20-24	397-422 202-231
5	Організація та зміст роботи дитячих поліклінік і лікарень, облік та аналіз їх діяльності.	Організація медичного забезпечення потерпілих від аварії на Чорнобильській АЕС	25-26 27-29	422-442 388-395
6	Аналіз діяльності служби екстреної (швидкої) медичної допомоги.	Аналіз чинників впливу на діяльність закладів охорони здоров'я.	30-31 32-36	362-371 Розділи 7, 10, 11, 12
7	Методика експертизи тимчасової втрати працездатності, порядок її здійснення.	Організація експертизи стійкої втрати працездатності.	37-43	472-488 488-497
8	Методика проведення експертних оцінок якості медичної допомоги населення.	Правові засади охорони здоров'я.	44-45 46-48	444-471 44-69
9	Методика прийняття управлінських рішень. Управління персоналом.	Менеджмент та лідерство в охороні здоров'я.	49-51	498-518
10	Підсумковий модульний контроль	Виконання СРС*		
Плани лекцій			52	
Перелік тем для СРС			53	
Перелік теоретичних питань для підготовки до ПМК			53-54	

* за бажанням студента

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

МОДУЛЬ №3 «ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

Тема1: 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 методику 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.

Основні поняття теми: первинна медична допомога, сімейна медицина, сімейний лікар

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;
- методику 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 передаудиторної підготовки:

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. Які існують особливості медичної допомоги на першому, другому і третьому рівнях її надання?
5. Проблеми, які виникають при переході обслуговування від традиційної (дільничний терапевт) системи до реформованої (лікар загальної практики – сімейний лікар).
6. Моделі організації роботи лікаря загальної практики – сімейного лікаря – порівняльна характеристика.
7. Основні зобов'язання і права лікаря загальної практики – сімейної медицини.
8. Основні зобов'язання і права медичної сестри загальної практики – сімейної медицини.
9. Амбулаторія сімейної медицини, завдання, структурні підрозділи.
10. Відділення загальної практики – сімейної медицини, завдання, структурні підрозділи.
11. Центр первинної медичної допомоги, структура, функції.
12. Клініко-діагностичний центр: функції та завдання.
13. Групова лікарська практика. Які переваги в порівнянні з індивідуальною практикою?
14. Облікова та звітна документація у закладах сімейної медицини.
15. Основні показники діяльності закладів загальної практики – сімейної медицини.

Додаткова література:

1. Сімейна медицина / За ред. проф. В.Б.Гоцинського, проф. Є.М.Стародуба – ТДМУ Тернопіль: Укрмедкнига. – 2005. – 810 с.
2. Латишев Є.С. Формування системи сімейної медицини в Україні. – К., 2005. – 176 с.
3. Сімейна медицина: Підручник Книга 1 Організаційні основи сімейної медицини/ За ред. В.Ф.Москаленка, О.М.Гіріної – Медицина. – 2007. – 392 с.

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



Тема самостійної роботи
ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ. ВИДИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ.
НОМЕНКЛАТУРА ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Мета:

Ознайомитися з системою охорони здоров'я в Україні, її галузями, принципами, основними складовими (зкладами та органами управління, матеріально-технічними та кадровими ресурсами). Вивчити основні засади організації надання медичної допомоги населенню, основи визначення потреби населення у медичній допомозі з урахуванням медико-демографічних особливостей, захворюваності населення та принципи формування мережі закладів охорони здоров'я,

Обґрунтування мети. В організації надання медичної допомоги, як в цілому, так і по окремим видам існують значні відмінності у різних країнах світу. Є такі відмінності і в Україні, що і потрібно засвоїти кожному медичному працівникові. Знання організації медичної допомоги дозволяє підвищити якість її надання, а також поліпшити показники здоров'я населення, врахувати можливості оптимізації мережі закладів охорони здоров'я.

Основні поняття теми: системи охорони здоров'я, види медичної допомоги, номенклатура закладів охорони здоров'я, акредитація, ліцензування, страхова медицина, фінансування охорони здоров'я, кадрові медичні ресурси.

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- галузі та принципи охорони здоров'я.
- номенклатуру закладів охорони здоров'я, типи та види медичних закладів;
- класифікацію видів медичної допомоги.

вміти:

- визначати вид медичної допомоги та заклад, в якому вона може надаватися;
- визначати показники забезпеченості населення медичною допомогою, давати їм оцінку.

Питання для передаудиторної підготовки:

1. Визначення поняття «Система охорони здоров'я», її цінності, цілі та умови успішності.
2. Типи систем охорони здоров'я.
3. Державна (національна) система охорони здоров'я (М.Семашка та У.Беверіджа).
4. Страхова система охорони здоров'я (О.Бісмарка).
5. Ліберальна (приватна) система охорони здоров'я.
6. Складові моделі охорони здоров'я.
7. Галузі охорони здоров'я.
8. Принципи охорони здоров'я.
9. Фінансування охорони здоров'я.
10. Управління охороною здоров'я.
11. Органи охорони здоров'я.
12. Номенклатура закладів охорони здоров'я.
13. Мережа закладів охорони здоров'я.
14. Поняття про акредитацію та ліцензування закладів охорони здоров'я.
15. Кадрові ресурси охорони здоров'я.
16. Забезпеченість населення медичною допомогою: основні показники, методика їх розрахунку.
17. Визначення поняття «Медична допомога». Принципи розвитку медичної допомоги.
18. Класифікація видів медичної допомоги за особливостями її надання.
19. Класифікація видів медичної допомоги за складністю.
20. Характеристика первинної медичної допомоги.
21. Характеристика вторинної медичної допомоги.
22. Характеристика третинної медичної допомоги.
23. Реформування охорони здоров'я в Україні – основні риси.
24. Впровадження страхової медицини в Україні.

Додаткова література:

1. Лехан В., Рудой В., Нолт Э. Системы здравоохранения в переходном периоде. Украина. – Копенгаген.: 2004. – 143 с.
2. Лехан В.М., Рудий В.М. Основні шляхи подальшого розвитку системи охорони здоров'я в Україні: спільний звіт / За ред. В.М.Лехан, В.М. Рудого. – К.: Вид-во Раєвського, 2005. – 159 с.

Завдання для самостійної роботи.

По одній з областей України розрахуйте показники забезпеченості населення області лікарями, середнім медичним персоналом та ліжками за поточний рік, оцініть динаміку цих показників, порівняйте їх з відповідними загальноукраїнськими показниками. Зробіть висновки, дайте рекомендації щодо поліпшення медичного забезпечення області.

№ п/п	Область	Чисельність населення	Кількість лікарів	Кількість середнього медичного персоналу	Кількість ліжок	Забезпеченість населення* (на 10 тис.нас.)		
						лікарями	середнім медичним персоналом	ліжками
						поточний рік	поточний рік	поточний рік
1	Вінницька	1 611 177	6 104	15 796	11530	38,7	103,6	83,2
2	Волинська	1 038 575	3 638	10 631	8159	35,5	106,1	80,5
3	Дніпропетровська	3 289 122	11 957	26 372	27088	39,4	93,5	103,9
4	Житомирська	1 263 281	4 258	12 901	9180	37,6	108,2	75,8
5	Закарпатська	1 254 017	4 559	10 567	8693	35,0	93,8	80,8
6	Запорізька	1 775 044	6 634	15 104	14798	39,4	102,2	93,6
7	Київська	1 719 699	6 147	14 389	13535	29,1	87,9	90,6
8	Кіровоградська	981 150	3 095	9 270	8412	31,1	101,9	90,1
9	Львівська	2 520 066	11 657	24 881	22111	42,1	100,5	93,8
10	Миколаївська	1 167 657	3 446	8 791	9217	30,0	82,2	82,1
11	Одеська	2 385 433	8 856	18 640	17741	39,4	90,9	88,5
12	Полтавська	1 450 367	5 534	13 355	11578	38,4	105,0	85,3
13	Рівненська	1 157 791	4 209	12 085	9068	33,9	106,5	82,5
14	Сумська	1 130 765	3 857	11 260	9736	32,7	103,6	87,1
15	Харківська	2 721 606	10 702	21 240	20718	40,5	93,1	82,4
Україна (2003 рік)						38,2	98,6	88,5
Україна (поточний рік)						34,3	80,9	71,8

*у закладах системи МОЗ України (без санепідзакладів), без лікарів НДІ та закладів підготовки кадрів

Логічна структура теми самостійної роботи:

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ. ВИДИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ. НОМЕНКЛАТУРА ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я	<p style="text-align: center;">Основні принципи охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямком у діяльності суспільства та держави; ▪ дотримання прав громадянина на охорону здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій; ▪ гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритетних загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими чи індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення; ▪ рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у галузі охорони здоров'я; ▪ відповідність рівню соціально-економічного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна та фінансова забезпеченість; ▪ орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень світового досвіду; ▪ профілактичний характер, комплексний, соціальний, екологічний і медичний підходи до охорони здоров'я; ▪ багатокладність системи охорони здоров'я та багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією; ▪ децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів і самостійності працівників охорони здоров'я. 										
<p>- це соціальна функція суспільства та медицини з охорони і зміцнення здоров'я.</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td data-bbox="360 611 1059 804"> <p style="text-align: center;">Моделі систем охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • Державна (національна) система охорони здоров'я (М.Семашка та У.Беверіджа). • Страхова система охорони здоров'я (О.Бісмарка). • Ліберальна (приватна) система охорони здоров'я. </td> <td data-bbox="1081 611 1391 1094"> <p style="text-align: center;">Складові моделі системи охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • мережа • технології • інформація • акредитація • управління • стандарти • матеріально-технічні ресурси • кадрові ресурси • фінансові ресурси </td> <td data-bbox="1413 611 2159 754"> <p>Органи охорони здоров'я - установи, які забезпечують управління охороною здоров'я. Трирівнева структура управління: Міністерство охорони здоров'я, регіональні (обласні) міські/районні (місцеві) органи управління.</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="360 828 1059 1094"> <p style="text-align: center;">Галузі охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лікувально-профілактична справа • санітарно-профілактична справа • охорона здоров'я матері та дитини • медична наука • медичні кадри • матеріально-технічне забезпечення та аптечна справа </td> <td data-bbox="1413 778 2159 922"> <p>Заклади охорони здоров'я - підприємства, установи і організації, які не тільки надають медичну допомогу, але і забезпечують різноманітні потреби населення у галузі охорони здоров'я.</p> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="98 762 338 1066"> <p>- це сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою діяльності яких є поліпшення здоров'я населення.</p> </td> <td data-bbox="1413 946 2159 1166"> <p style="text-align: center;">Типи закладів охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • лікувально-профілактичні • санітарно-профілактичні заклади • фармацевтичні (аптечні) заклади • інші заклади • заклади медико-соціального захисту </td> </tr> </table>		<p style="text-align: center;">Моделі систем охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • Державна (національна) система охорони здоров'я (М.Семашка та У.Беверіджа). • Страхова система охорони здоров'я (О.Бісмарка). • Ліберальна (приватна) система охорони здоров'я. 	<p style="text-align: center;">Складові моделі системи охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • мережа • технології • інформація • акредитація • управління • стандарти • матеріально-технічні ресурси • кадрові ресурси • фінансові ресурси 	<p>Органи охорони здоров'я - установи, які забезпечують управління охороною здоров'я. Трирівнева структура управління: Міністерство охорони здоров'я, регіональні (обласні) міські/районні (місцеві) органи управління.</p>	<p style="text-align: center;">Галузі охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лікувально-профілактична справа • санітарно-профілактична справа • охорона здоров'я матері та дитини • медична наука • медичні кадри • матеріально-технічне забезпечення та аптечна справа 		<p>Заклади охорони здоров'я - підприємства, установи і організації, які не тільки надають медичну допомогу, але і забезпечують різноманітні потреби населення у галузі охорони здоров'я.</p>	<p>- це сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою діяльності яких є поліпшення здоров'я населення.</p>		<p style="text-align: center;">Типи закладів охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • лікувально-профілактичні • санітарно-профілактичні заклади • фармацевтичні (аптечні) заклади • інші заклади • заклади медико-соціального захисту
<p style="text-align: center;">Моделі систем охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • Державна (національна) система охорони здоров'я (М.Семашка та У.Беверіджа). • Страхова система охорони здоров'я (О.Бісмарка). • Ліберальна (приватна) система охорони здоров'я. 	<p style="text-align: center;">Складові моделі системи охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • мережа • технології • інформація • акредитація • управління • стандарти • матеріально-технічні ресурси • кадрові ресурси • фінансові ресурси 	<p>Органи охорони здоров'я - установи, які забезпечують управління охороною здоров'я. Трирівнева структура управління: Міністерство охорони здоров'я, регіональні (обласні) міські/районні (місцеві) органи управління.</p>									
<p style="text-align: center;">Галузі охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лікувально-профілактична справа • санітарно-профілактична справа • охорона здоров'я матері та дитини • медична наука • медичні кадри • матеріально-технічне забезпечення та аптечна справа 		<p>Заклади охорони здоров'я - підприємства, установи і організації, які не тільки надають медичну допомогу, але і забезпечують різноманітні потреби населення у галузі охорони здоров'я.</p>									
<p>- це сукупність усіх організацій, інституцій і ресурсів, головною метою діяльності яких є поліпшення здоров'я населення.</p>		<p style="text-align: center;">Типи закладів охорони здоров'я</p> <ul style="list-style-type: none"> • лікувально-профілактичні • санітарно-профілактичні заклади • фармацевтичні (аптечні) заклади • інші заклади • заклади медико-соціального захисту 									
<p>МЕДИЧНА ДОПОМОГА</p> <p>- це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворювань, ранню діагностику, медичну допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та інвалідів з метою продовження їх активного довголіття.</p>	<p style="text-align: center;">Нормативно права база охорони здоров'я Конституція України, ст. 49 (1996 р.) Основи законодавства України про охорону здоров'я (1992 р.)</p>										
<table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">Види медичної допомоги</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">за особливостями її надання</th> <th style="text-align: center;">за складністю</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • амбулаторно-поліклінічна • стаціонарна • екстрена </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • первинна • вторинна (спеціалізована) • третинна (взуськоспеціалізована, висококваліфікована) </td> </tr> </tbody> </table>			Види медичної допомоги		за особливостями її надання	за складністю	<ul style="list-style-type: none"> • амбулаторно-поліклінічна • стаціонарна • екстрена 	<ul style="list-style-type: none"> • первинна • вторинна (спеціалізована) • третинна (взуськоспеціалізована, висококваліфікована) 			
Види медичної допомоги											
за особливостями її надання	за складністю										
<ul style="list-style-type: none"> • амбулаторно-поліклінічна • стаціонарна • екстрена 	<ul style="list-style-type: none"> • первинна • вторинна (спеціалізована) • третинна (взуськоспеціалізована, висококваліфікована) 										
<p>Ліцензування - це процес оцінки відповідності лікувально-профілактичної установи мінімуму вимог щодо структури та ресурсів, які можуть забезпечити безпечно надання медичної допомоги.</p>											
<p>Акредитація - це система зовнішньої професійної перевірки медичних установ щодо відповідності їх діяльності визначеним спеціалістами стандартам організаційних, правових, клінічних технологій і вимог, виконання яких забезпечує високий рівень діяльності всього закладу</p>											

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.

Основні поняття теми: стаціонарна допомога, лікарня, показники діяльності лікарні, стаціонарозамінна допомога, госпітальній округ.

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.

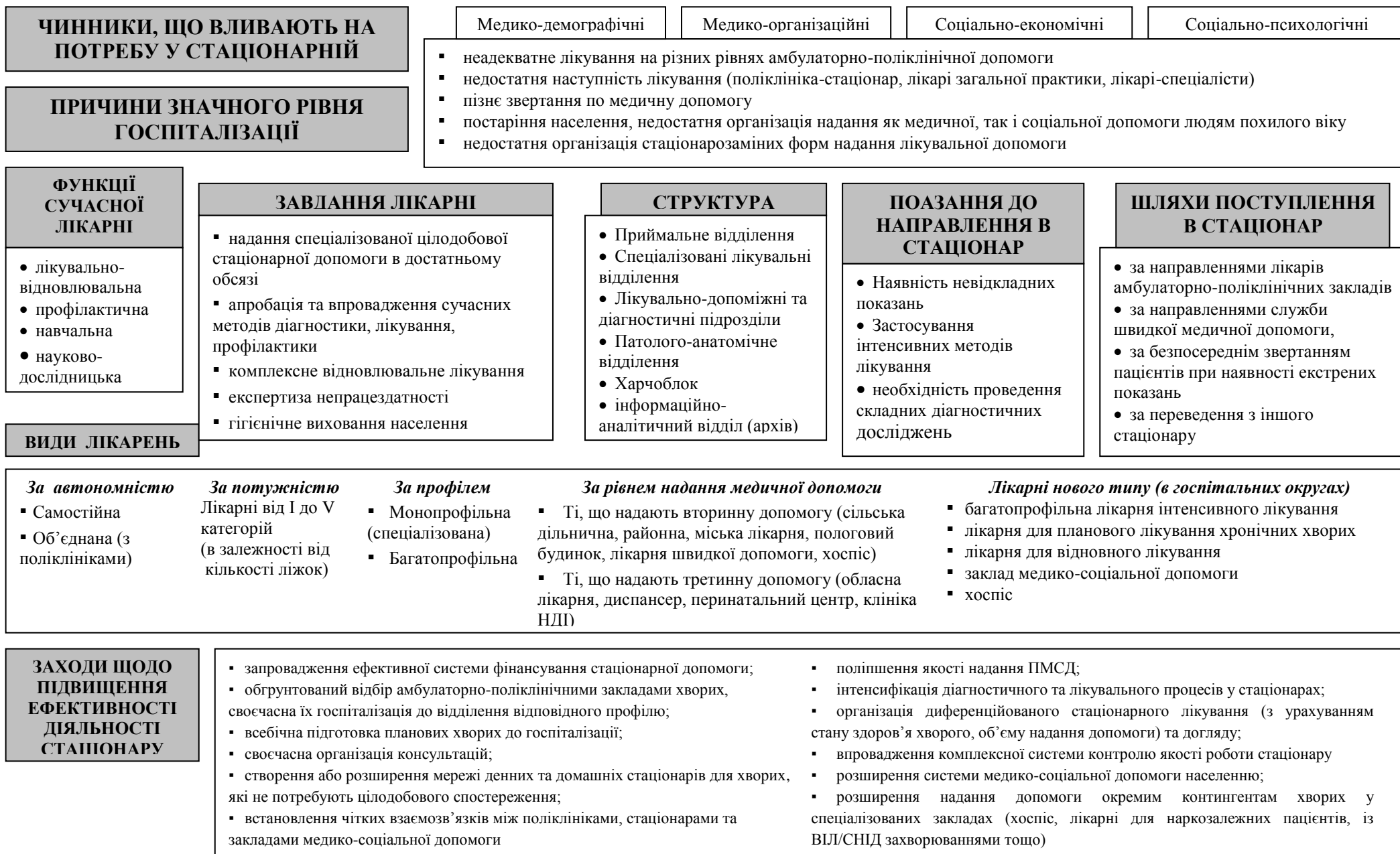
Питання для передаудиторної підготовки:

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 по раціональному використанню 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.

Додаткова література:

1. Панорама охорони здоров'я населення України / Підаєв А.В., Возіанов О.Ф., Москаленко В.Ф. та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – 390 с.
2. Бойко Ю.П., Комаров Г.А., Меламед Л.А. Концептуальные подходы к реформированию систем охраны здоровья в мире // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – №2. – С.5-14.

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



Тема самостійної роботи

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ РІЗНИХ РІВНІВ, ОБЛІК І АНАЛІЗ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ.

Мета заняття

Ознайомитися з основними засадами організації надання амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню, вивчити основи формування мережі амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я, як провідної ланки у забезпеченні та зміцненні стану здоров'я населення, у наданні доступної і якісної медичної допомоги.

Обґрунтування мети: Амбулаторна служба є основою у збереженні та зміцненні стану здоров'я населення, забезпеченості гарантованого обсягу медичної допомоги, із врахуванням розмежування рівнів надання, вона надається на всіх рівнях. Тому знання організації роботи амбулаторно-поліклінічних закладів охорони здоров'я і їх медичного персоналу дозволяє підвищити якість лікувальної, протиепідемічної та профілактичної роботи (в т.ч. диспансеризації), а також поліпшити показники здоров'я населення, врахувати можливості оптимізації діяльності мережі амбулаторно-поліклінічних закладів.

Основні поняття теми: амбулаторно-поліклінічна допомога, поліклініка, диспансеризація, медичні огляди, реабілітація, денний стаціонар, дільничний терапевт, диспансер

Навчально-цільові задачі:

Студенти повинні:

Знати

- завдання, структуру, зміст і організацію роботи окремих підрозділів поліклініки;
- розділи роботи дільничного терапевта (лікаря загальної практики);
- види, організацію проведення та значення профілактичних оглядів населення;
- сутність диспансеризації населення, її етапи та оцінку ефективності;

Вміти

- заповнювати основні облікові документи;
- обчислювати та аналізувати окремі показники діяльності поліклініки;
- розробляти заходи подальшого вдосконалення організації амбулаторної служби по наданню медичної допомоги населенню.

Питання для передаудиторної підготовки:

1. Класифікація видів медичної допомоги за особливостями її надання. Місце та значення амбулаторної допомоги.
2. Класифікація видів медичної допомоги за складністю. Первинна медична допомога.
3. Розділи роботи поліклініки, її роль у медичному забезпеченні населення в сучасних умовах.
4. Структурні підрозділи поліклініки. Долікарський кабінет.
5. Реєстратури, функції, значення в організації діяльності поліклініки.
6. Кабінет інфекційних захворювань. Основні завдання.
7. Переваги та недоліки дільничного принципу обслуговування населення.
8. Завдання та зміст роботи дільничного терапевта.
9. Відділення профілактики: основні завдання.
10. Види профілактичних оглядів, їх періодичність, обсяг.
11. Методи відбору контингентів для диспансерного спостереження. Медичні та соціальні показання до диспансеризації.
12. Завдання диспансеризації та сутність диспансерного методу. Етапи диспансеризації.
13. Групи здоров'я. Індекс здоров'я.
14. Показники ефективності диспансеризації.
15. Види реабілітації. Методи та засоби відновлювального лікування.
16. Відділення відновлювального лікування. Основні завдання.
17. Значення та організаційні форми стаціонарозамінюючої допомоги. Стаціонар на дому.
18. Денний стаціонар: структура, завдання, показання до госпіталізації.
19. Пункт невідкладної допомоги поліклініки: основні функції.
20. Організаційно-методичний кабінет поліклініки: основні завдання.
21. Основні показники діяльності поліклініки, методика їх обчислення.
22. Основна облікова документація поліклініки, зміст і порядок її заповнення.
23. Зміст талону амбулаторного пацієнта (ф. № 025-7/о), технологія його заповнення.
24. Перспективи розвитку амбулаторної медичної допомоги в світлі реформування охорони здоров'я.

Додаткова література:

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекцій по общественному здоровью и здравоохранению: Часть I. Общественное здравоохранение. М.: «Медицина», 2003. – 368 с.
2. Москаленко В.Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. – К. ВД «Авіцена», 2011. – 256 с.

Завдання для самостійної роботи:

За даними ситуаційних задач згідно до Інструкції заповнити талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/о).

1. Хворий Іваненко О.О., народився 5.05.45, мешкає по в.Степанівський, 65, кв.6, звернувся вперше в цьому році 15.01 до лікаря-терапевта з певними скаргами, був обстежений, відвідував лікаря 17.01; 20.01; 25.01; 30.01; 4.02. Лікар встановив діагноз: виразкова хвороба 12-палої кишки, призначив амбулаторне лікування, звільнив хворого від роботи з 15.01 по 4.02. Номер медичної карти амбулаторного хворого 09214.
2. Хвора Максименко Л.П., народилась 13.08.37, пенсіонерка, мешкає по в.Степовій, 8, кв.30, 10.03 викликала лікаря-терапевта додому з приводу підвищення температури, болю в горлі. Лікар встановив діагноз: гострий тонзиліт, призначив лікування, відвідав вдруге хвору вдома 13.03. На прийом до лікаря в поліклініку хвора прийшла 17.03; їй було рекомендовано лікування в фізіотерапевтичному відділенні; видане направлення на обстеження. На прийом до лікаря до 1.04 хвора не з'явилась. Номер медичної карти амбулаторного хворого 03630.
3. Хвора Смирнова І.І., народилась 25.01.50, мешкає по в.Салютній, 68, кв.60, страждає на стенокардію напруження. Вона звернулася 14.04 до лікаря-терапевта у зв'язку з погіршенням стану здоров'я. З аналогічного приводу зверталась до поліклініки 25.01 цього року. 14.04 їй було призначено лікування та виданий листок непрацездатності. Хвора відвідала лікаря 16.04 та 18.04, стан здоров'я покращився. Вона була направлена на консультацію до невропатолога. Номер медичної карти амбулаторного хворого 17534.
4. Хвора Сомова І.Л., народилась 5.04.50, працююча, мешкає на в.Салютній, 14, кв.6). Вона звернулася 17.04. (вперше в цьому році) до лікаря-кардіолога з приводу мітрального стенозу. Цей діагноз встановлено три роки тому. Лікар провів корекцію медикаментозного лікування. Номер медичної карти амбулаторного хворого 17639.
5. Хворий Карпенко А.О., ліквідатор аварії на ЧАЕС, народився 19.02.60, мешкає по в. Салютній, 12, кв.30. 22.01 він викликав лікаря-терапевта у зв'язку з гострим трахеїтом. Лікар призначив лікування, видав листок непрацездатності, відвідав хворого 24.01 26.01. 27.01 хворий був госпіталізований. Номер медичної карти амбулаторного хворого 16115.
6. Хворий Олексієнко С.І., народився 15.06.1932 р., учасник війни, мешкає по в. Вокзальній, 3, кв.10; знаходиться під диспансерним спостереженням з приводу бронхіальної астми. Він прийшов 10.06 (вперше в цьому році) на прийом до лікаря-терапевта за запрошенням медичної сестри. Він був обстежений згідно з планом диспансерного спостереження, а в зв'язку з погіршенням стану здоров'я був переведений для спостереження лікарем-пульмонологом. Номер медичної карти амбулаторного хворого 06020.
7. Хвора Коваленко М.І., народилась 21.03. 1952 р., працююча, мешкає по вул. Будівельній 21, кв. 16 (дільниця 6), знаходиться під диспансерним спостереженням з приводу інсулінозалежного цукрового діабету в лікаря-ендокринолога (код 21, порядковий номер 20). Вона вперше в поточному році прийшла на прийом до цього лікаря 12.02. на диспансерний огляд. Хвора була направлена на консультацію до невропатолога, 19.08 знову була обстежена ендокринологом, який рекомендував їй відповідне лікування та призначив дату наступного відвідування. Номер медичної карти амбулаторного хворого 10936.
8. Робітник-ливарник Сергієнко П.І., народився 19.10.60, мешкає по в.Светлова, 16, кв. 6. 14.03. відвідав поліклініку з метою періодичного профогляду. Після відповідного обстеження був оглянутий терапевтом. Захворювань не виявлено. Номер медичної карти амбулаторного хворого 03245.
9. Хворий Соколов Ю.П., інженер, народився 23.09.58, мешкає по в.Підвальной, 6, кв.19, страждає декілька років жовчно-кам'яною хворобою, був прооперований у стаціонарі за направленням поліклініки. Після виписки зі стаціонару звернувся 20.11. у поліклініку до лікаря-хірурга (код 08, порядковий номер 11), котрий проводив подальше лікування та спостереження. Хворий відвідував хірурга 22.11; 25.11; 30.11; 2.12; 6.12; 11.12; 18.12; 24.12; листок непрацездатності був виданий в поліклініці з 20.11. по 24.12. Номер медичної карти амбулаторного хворого 05129.
10. Хвора Степанова А.К., маляр, народилась 19.12.39, мешкає по вул. Дмитрівській, 67, кв. 2. Вона звернулася вперше в поточному році до лікаря-терапевта при загостренні хронічного холециститу та була направлена до денного стаціонару поліклініки, де лікувалась з 8.01 по 19.01 (за виключенням вихідних днів). Лікування проводив той самий лікар. На строк лікування був виданий листок непрацездатності. Номер медичної карти амбулаторного пацієнта 07836.
11. Хворий Бойченко І.М., ліквідатор аварії на ЧАЕС, народився 12.06.53 р., службовець, мешкає по в.Ярославській, 10, кв.18. Хворіє на мітральний стеноз. Вперше в поточному році звернувся до поліклініки 18.03 за довідкою для санаторно-курортного лікування. Хворому були проведені необхідні дослідження. Лікар-терапевт видав довідку. Номер медичної карти амбулаторного хворого 04373.
12. Робітниця цеху антибіотиків Петренко С.Т., евакуйована з м. Чорнобиль, народилась 21.03.54 р., мешкає по в.Степовій, 7, кв. 48. 4.02 відвідала медико-санітарну частину з приводу періодичного профогляду. Під час огляду дерматолог виявив atopічний дерматит. Номер медичної карти амбулаторного хворого 03790.
13. Хворий Щербак І.П., слюсар, народився 17.10.78, мешкає по в.Середній, 5, кв.10. 10.03 відвідав терапевта поліклініки з приводу гострого ларингіту. Лікар призначив лікування, видав листок непрацездатності, відвідав хворого вдома 12.03. та продовжив листок непрацездатності по 15.03. Хворий відвідав поліклініку 15.03, його виписали на роботу. Номер медичної карти амбулаторного хворого 10925.
14. Хворий Петров Г.К., механік, народився 10.05. 79 р., мешкає по вул. Львівський, 10, кв. 7 (дільниця 20). З переломом кісток гомілки, отриманим при дорожньо-транспортній пригоді, звернувся до хірурга (код 08, порядковий номер 12) 6.02. Хірург відвідав хворого вдома 8.02. В зв'язку з ускладненням 9.02 був госпіталізований. Номер медичної карти амбулаторного хворого 12117.
15. Хворий Марченко П.Г., кухар, народився 10.12.82, мешкає по в.Тіністій, 2, кв.10. 10.04 відвідав дільничного терапевта, вперше в житті йому було встановлено діагноз: гострий гастрит і видано листок непрацездатності. Відвідав лікаря повторно 12.04 і 15.04. У вересні (20.09.) було встановлено діагноз: виразкова хвороба шлунку, з якою його було направлено до стаціонару. Номер медичної карти амбулаторного хворого 13005.

Інструкція щодо заповнення форми первинної облікової документації

№ 025-6/о «Талон амбулаторного пацієнта»

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

Заповнюється у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню. Форма № 025-6/о заповнюється замість форми первинної облікової документації № 025-2/о «Талон заключних (уточнених) діагнозів». Форма № 025-6/о не заповнюється на первинному рівні надання медичної допомоги, де обов'язково ведеться форма № 025-2/о. У випадку заповнення закладом охорони здоров'я форми № 025-6/о форма № 025-2/о та форма первинної облікової документації № 025-4/о «Талон на прийом до лікаря» не заповнюються. Форму № 025-6/о заповнюють на кожний випадок поліклінічного обслуговування.

Випадком поліклінічного обслуговування вважається сукупність відвідувань на кожне звернення пацієнта.

Форма № 025-6/о призначена для реєстрації *всіх випадків захворюваності, окрім* гострих інфекційних захворювань, які враховуються на підставі форми № 058/о «Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання...» та захворюваності спеціалізованих закладів (психоневрологічних, протитуберкульозних, онкологічних), у яких облік проводиться на підставі форм первинної облікової документації: № 089/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу...», № 089-1/о «Повідомлення про випадок захворювання на сифіліс...»; № 089-2/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом трихофітії...»; № 090/о «Повідомлення про хворого з уперше в житті встановленим діагнозом раку ...», № 030-1/о «Контрольна карта диспансерного нагляду за хворим на розлади психіки...», № 030-6/о «Реєстраційна карта хворого на злоякісне новоутворення».

Вияток становлять гострі респіраторні вірусні інфекції та грип, на які ця форма заповнюється обов'язково.

У пунктах 1 і 20 проставляються прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який розпочав та закінчив лікування.

У пункті 2 зазначається номер медичної карти амбулаторного хворого.

У пункт 3 вписуються прізвище, ім'я та по батькові пацієнта.

У пункті 4 зазначається стать пацієнта.

У пункт 5 вписуються число, місяць і рік народження пацієнта.

У пункті 6 зазначається місце постійного проживання пацієнта.

У пункті 9 в клітинці відмічається **мета обслуговування** (лікувально-діагностична – 1; консультативна – 2; диспансерний нагляд – 3; профілактичний огляд – 4; медико-соціальна – 5; інша – 6).

У пункті 10 зазначається випадок обслуговування – **первинний чи повторний**. Первинним випадком поліклінічного обслуговування вважається перший у цьому календарному році випадок обслуговування з цією метою (*випадок обслуговування, пов'язаний із гострим захворюванням, завжди враховується як первинний*). В осіб, які звернулись із приводу хронічних захворювань, можуть бути як первинні, так і повторні випадки обслуговування (захворювання записується одне, а випадків обслуговування може бути декілька). При визначенні первинності чи повторності випадку обслуговування необхідно брати до уваги мету відвідування пацієнтом поліклініки.

У пункті 11 записуються **дати відвідувань** у поліклініці і вдома та їх загальна кількість.

У пункті 12 зазначаються **основний заключний діагноз та супутні захворювання**. Вказується характер основного захворювання: гостре захворювання – 1; вперше в житті зареєстроване хронічне – 2; відоме раніше хронічне – 3; загострення хронічного – 8.

У пункт 12 необхідно вписувати також захворювання та стани, обумовлені побічною реакцією (дією) лікарських препаратів, які можуть бути основним або супутнім діагнозом.

При записуванні діагнозів необхідно дотримуватись таких правил:

основним діагнозом вважається діагноз, який став причиною цього звернення пацієнта; основний діагноз записується при останньому відвідуванні пацієнта за цим зверненням; якщо діагноз при профілактичному огляді не встановлений, необхідно вписати «здоровий» (0000); якщо при зверненні за лікуванням гостре захворювання комбінується з хронічним, то основним захворюванням, яке було причиною звернення, необхідно рахувати гостре захворювання.

У пункті 13 окремо виділені травми за їх видами: пов'язані з виробництвом (підпункти 1–4) та не пов'язані з виробництвом (підпункти 5–10).

У пункті 14 вказуються оперативні втручання, які виконані хворому на амбулаторному прийомі.

Пункт 15 заповнюється у випадку, коли хворий перебуває на диспансерному обліку з приводу того чи іншого захворювання із зазначенням дати взяття на облік та дати зняття з обліку.

У пункті 16 вказується наявність вперше встановленої інвалідності у пацієнта (групи I, II, III).

У пункті 17 зазначаються дати видачі та закриття документу щодо тимчасової непрацездатності.

Пункт 18 відображає результати лікування (одужання – 1; поліпшення – 2; без змін – 3; госпіталізація в стаціонар – 4 тощо).

У пункті 19 вказується випадок обслуговування (закінчений, не закінчений). **Закінченим вважається такий випадок, коли пацієнт обстежений, йому призначено і проведено необхідне лікування, хворий одужав або стан хворого настільки поліпшився, що не потребує звернення до лікаря, тобто мета звернення завершена**. Талони без відмітки про закінченість випадку зберігаються в кабінеті лікаря протягом 21 дня. За цей період необхідно зробити все, щоб випадок обслуговування став закінченим: повторно викликати хворого, організувати консультацію, госпіталізацію тощо.

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

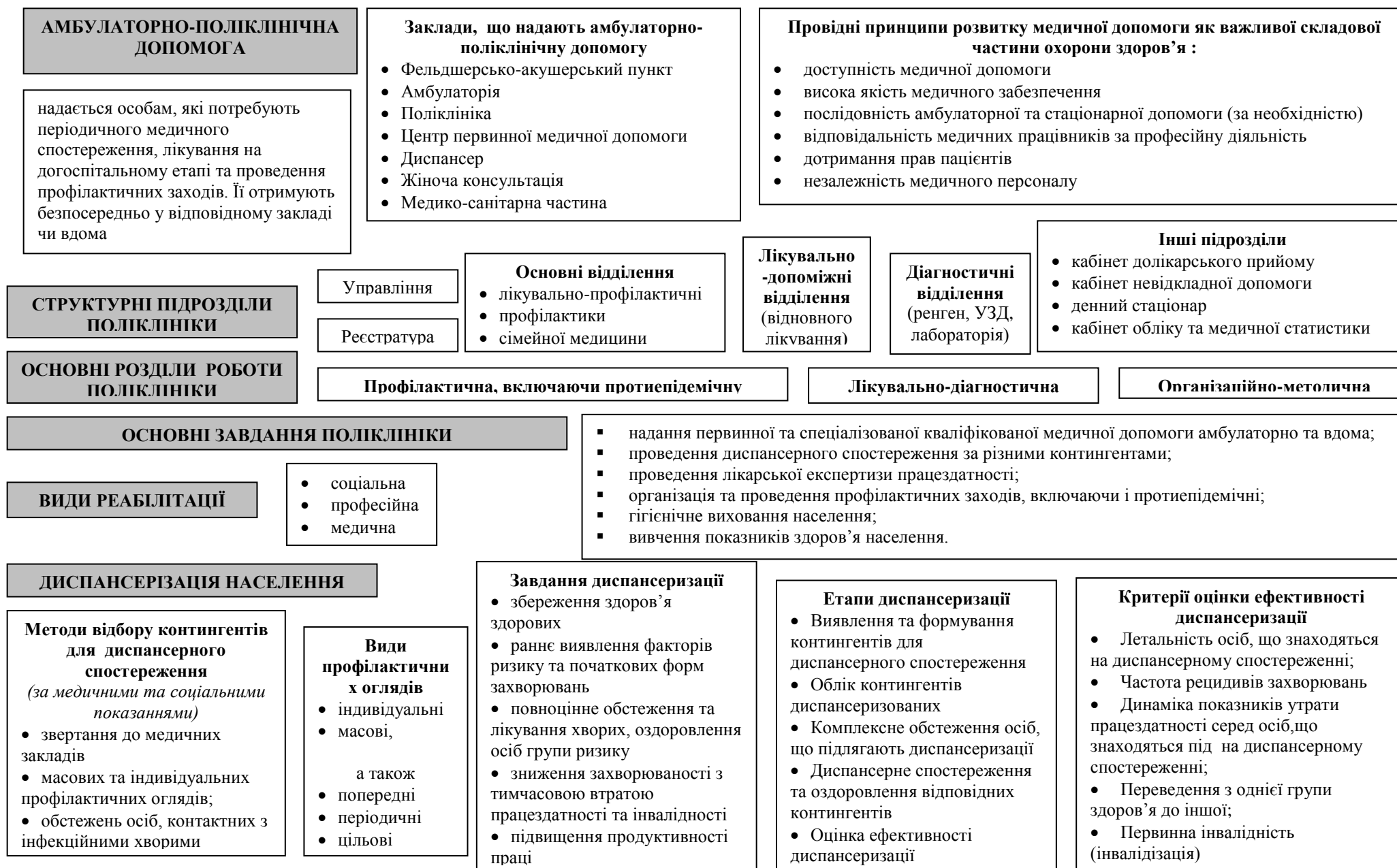
Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я		МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма		Форма первинної облікової документації № 025-6/0	
Код за ЄДРПОУ		ЗАТВЕРДЖЕНО	
		Наказ МОЗ України №	
ТАЛОН амбулаторного пацієнта			
1. Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який розпочав лікування _____			
2. Номер медичної карти амбулаторного хворого _____			
3. Прізвище, ім'я, по батькові _____			
4. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2 _____			
5. Дата народження _____ (число, місяць, рік)			
6. Місце проживання: вул. _____ буд. № _____ корп. _____ кв. _____			
7. Працює: так – 1; ні – 2 _____			
8. Контингенти: інваліді війни – 1; учасники війни – 2; учасники бойових дій – 3; контингенти осіб, які прирівняні за пільгами до ветеранів війни – 4; інваліді – 5; учасники ліквідації наслідків аварії на Чорнобильській АЕС – 6; евакуйовані – 7; особи, які проживають на території зони радіоecологічного контролю – 8; діти, які народились від батьків, що віднесені до 1, 2, 3 категорій осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, із зони відселення, а також віднесені із зон безумовного (обов'язкового) і гарантованого добровільного відселення – 9; інші пільгові категорії – 10 _____			
9. Мета обслуговування: лікувально-діагностична – 1; консультативна – 2; диспансерний нагляд – 3; профілактичний огляд – 4; медико-соціальна – 5; інша – 6 _____			
10. Випадок обслуговування: первинний – 1; повторний – 2 _____			
11. Місце обслуговування		Дата відвідування (число, місяць)	
Поліклініка		Усього відвідувань	
Вдома			
12. Діагноз заключний: основний _____ супутні _____		Код за МКХ-10 _____	
13. Травми, пов'язані з виробництвом: у промисловості – 1; у сільському господарстві – 2; дорожньо-транспортні – 3; інші – 4; не пов'язані з виробництвом: побутові – 5; вуличні – 6; дорожньо-транспортні – 7; спортивні – 8; шкільні – 9; інші – 10 _____			

Продовження форми № 025-6.

14. Оперативні втручання (операції), виконані на прийомі _____	
15. Диспансеризація: перебуває на обліку, група (I, II, III) _____	
взятий(а) на облік, група (I, II, III) _____	
Знятий(а) з обліку _____ (число, місяць, рік)	
Знятий з обліку з причини: поліпшення – 1; смерті – 2; вибуття – 3; зміни діагнозу – 4 _____	
Дата наступного відвідування _____ (число, місяць, рік)	
16. Інвалідність: установлена вперше (гр. I, II, III) _____	
у тому числі потерпілі від аварії на Чорнобильській АЕС (гр. I, II, III) _____	
підтверджена (гр. I, II, III) _____	
17. Документ про тимчасову непрацездатність лікаряний листок виданий _____	
закритий _____ (число, місяць, рік)	
довідка видана _____ (число, місяць, рік)	
закрита _____ (число, місяць, рік)	
18. Результат лікування: одужання – 1; поліпшення – 2; без змін – 3; госпіталізація в стаціонар – 4; смерть – 5; рекомендовано: санаторно-курортне лікування – 6; реабілітацію – 7 _____	
19. Випадок обслуговування: закінчений – 1; незакінчений – 2 _____	
20. Прізвище, ім'я, по батькові лікаря, який закінчив лікування _____	
Лікуючий лікар _____ (прізвище, підпис)	
Дата « _____ » _____ 20 _____ року	

Логічна структура теми самостійної роботи:

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ЗМІСТ РОБОТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ ЗАКЛАДІВ РІЗНИХ РІВНІВ, ОБЛІК І АНАЛІЗ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ



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.

Основні поняття теми: етапність надання медичної допомоги, сільська лікарська дільниця, ФАП, центральна районна лікарня, обласна лікарня

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.

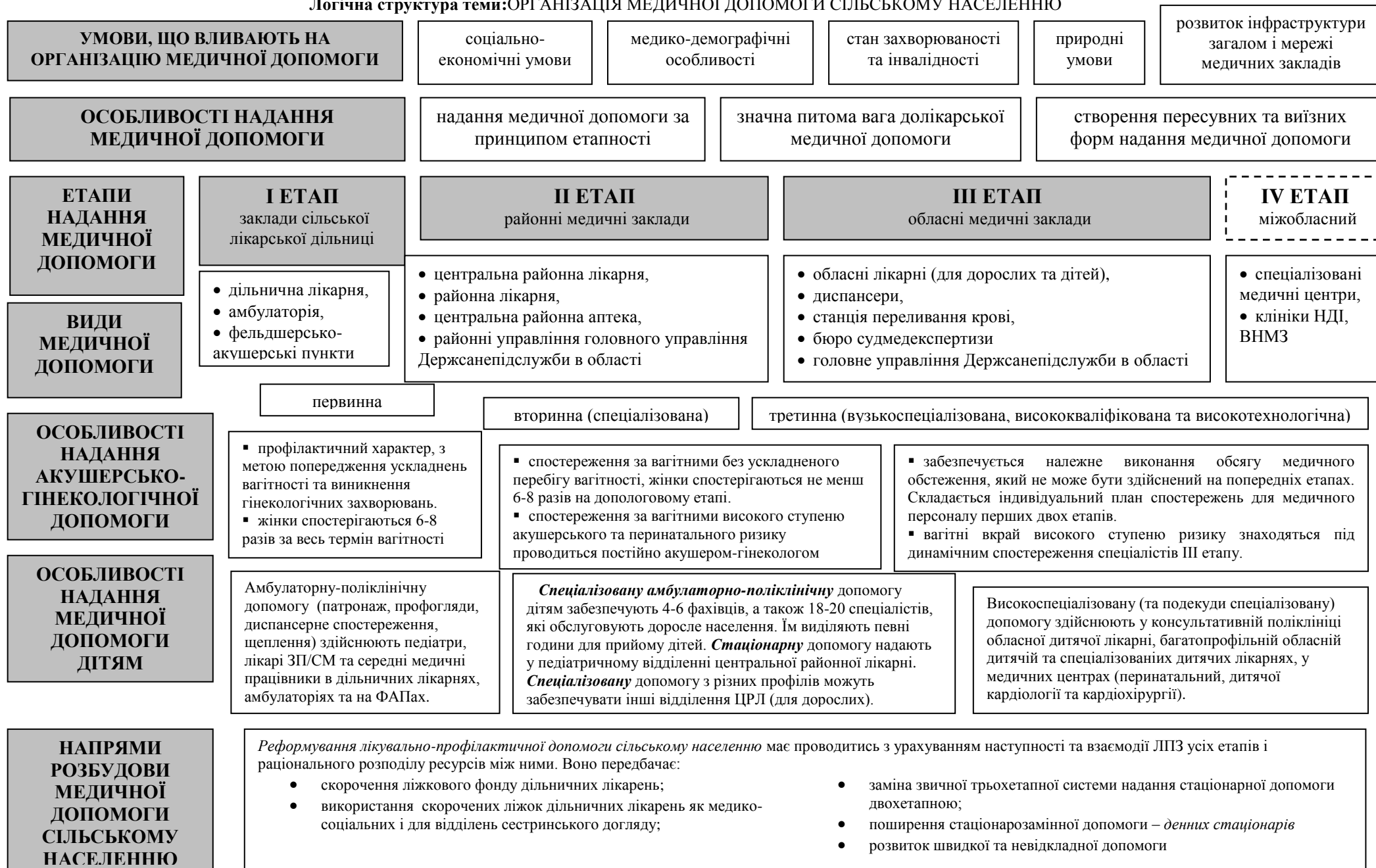
Питання для передаудиторної підготовки:

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.

Додаткова література:

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекцій по общественному здоровью и здравоохранению: Часть II. Организация медицинской помощи. М.: «Медицина», 2003. – 456 с.
2. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. – М.: ГЭОТАР – Мед, 2002. – 520 с. («Серия XXI век»).
3. Лисицын Ю. П., Улумбекова Г.Э. «Общественное здоровье и здравоохранение» / третье издание. - Москва . - «ГЭОТАР - медицина». - 2011.

Логічна структура теми: ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ СІЛЬСЬКОМУ НАСЕЛЕННЮ



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 методичку 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.

Основні поняття теми: акушерсько-гінекологічна допомога, лікар акушер-гінеколог, аборти, пологи, жіноча консультація, пологовий будинок, неонатологія, перинатальний центр

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.

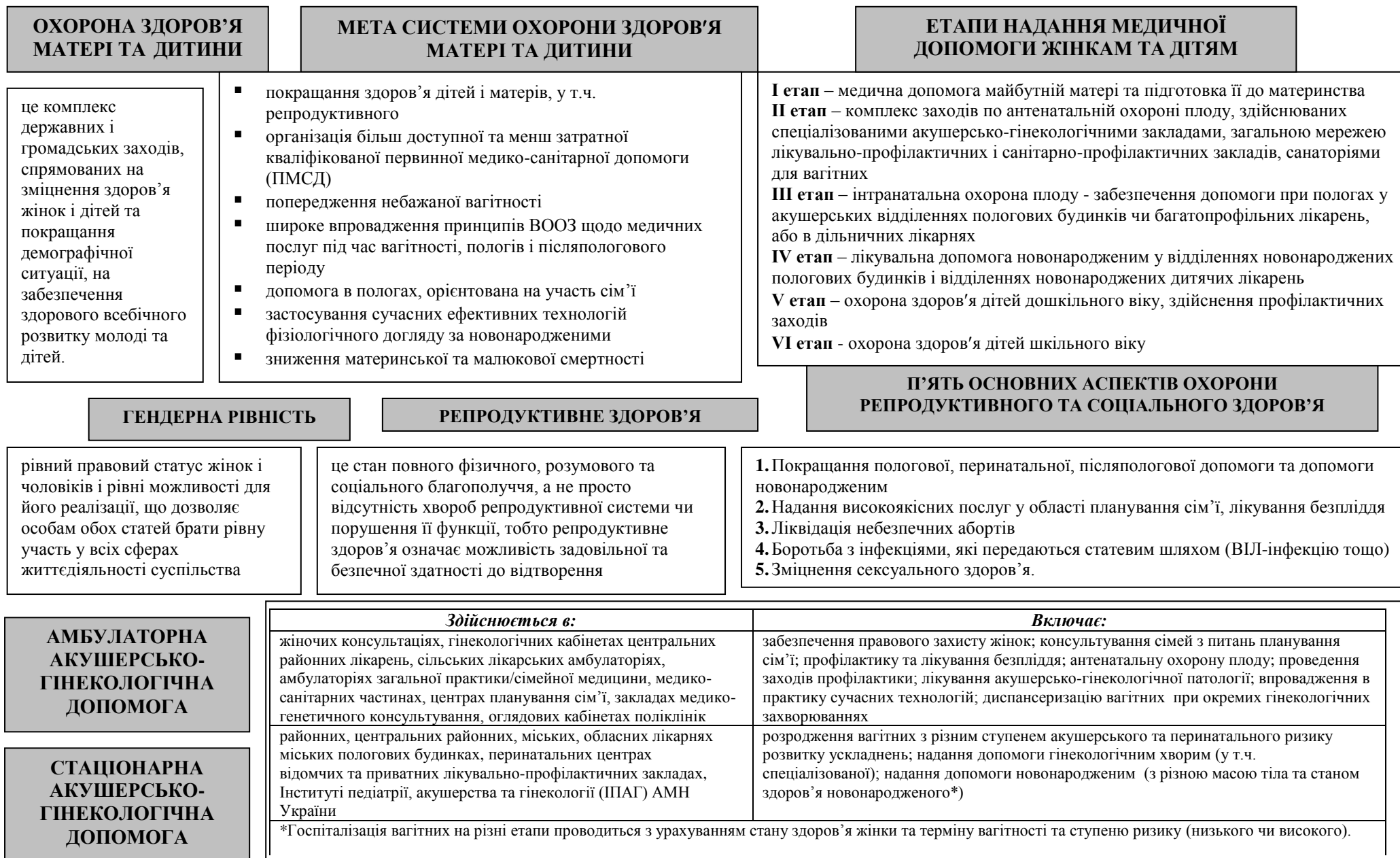
Питання для передаудиторної підготовки:

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. Перинатальні центри – сучасний заклад третинної допомоги системи охорони здоров'я матері та дитини.
23. Роль екстреної медичної допомоги та санаторно-курортної допомоги вагітним.
24. ЄКЗ. Сурогатне материнство – питання для дискусії.

Додаткова література:

1. Гойда Н., Моїсеєнко Р., Вітренко Ю., Слабкий Г. та ін. Довідник з питань репродуктивного здоров'я. – К.: Вид-во Раєвського, 2004. – 128 с.
2. Репродуктивне здоров'я: медико-соціальні проблеми / За ред. В.М.Лобаса, Г.О.Слабкого. – Донецьк: Либідь, 2004. – 146 с.
3. Становище дітей та жінок в Україні. – К.: 2005. – 180 с.
4. Надання медичної допомоги вагітним та породіллям у 2005 році / Під ред. М.В.Голубчикова. – К.: Центр медичної статистики МОЗ України. – 2006.– 152 с.

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



Тема самостійної роботи

ЗАКЛАДИ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ, ЗМІСТ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ.

Мета:

Вивчити основи організації санітарно-епідеміологічної служби, напрямки та організацію взаємодії лікувально-профілактичних закладів і санітарно-епідеміологічних станцій, засвоїти зміст дій окремих закладів охорони здоров'я та посадових осіб, спрямованих на забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя.

Обґрунтування мети. Одним із принципів охорони здоров'я в Україні є її профілактичний характер, комплексний: соціальний, екологічний та медичний підхід до збереження та покращання здоров'я населення, а також запобігання насамперед масовим захворюванням.

Забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення залежить від злагоджених дій багатьох відомств, закладів, установ.

Наукове та методичне обґрунтування в цьому відношенні має забезпечувати санітарно-епідеміологічна служба. Її заклади здійснюють координуючу роль у проведенні комплексу профілактичних заходів.

Основнимикладами санітарно-епідеміологічної служби є санітарно-епідеміологічні станції різного рівня та підпорядкування. Знання завдань, змісту та організації роботи цих закладів, взаємодії їх з іншимикладами охорони здоров'я є необхідною складовою частиною підготовки майбутніх лікарів.

Основні поняття теми: санітарне та епідемічне благополуччя, санітарно-епідеміологічна справа, запобіжний та поточний санепіднагляд

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- завдання, структуру та зміст роботи санітарно-епідеміологічних станцій (СЕС);
- права та обов'язки посадових осіб СЕС;
- питання взаємодії СЕС з лікувально-профілактичнимикладами;
- зміст основних облікових і звітних документів СЕС.

вміти:

- оцінювати доцільність дій лікувально-профілактичних закладів, адміністрації певних підприємств, навчальних і виховних закладів, СЕС стосовно конкретних ситуацій, які потребують проведення злагоджених заходів відносно організації лікувально-профілактичного та санітарно-протиепідемічного забезпечення населення;
- розробляти пропозиції до комплексних планів санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів.

Питання для передаудиторної підготовки:

1. Зміст поняття “санітарне та епідемічне благополуччя”.
2. Зміст поняття “санітарно-епідеміологічна справа”.
3. Законодавчі основи забезпечення діяльності санепідслужби.
4. Основні принципи діяльності санепідслужби. Основні завдання санепідслужби.
5. Основні завдання державного санепіднагляду. Сутність запобіжного та поточного санепіднагляду.
6. Методи роботи лікарів-гігієністів і епідеміологів.
7. Організаційна структура санепідслужби. Органи та заклади санепідслужби України.
8. Напрями діяльності державної санепідслужби.
9. Зміст роботи районного, міського та обласного управління санепідслужби.
10. Зміст роботи лабораторного центру (головний, республіканський, обласний, міський).
11. Організація відомчої санепідслужби на транспорті.
12. Функції закладів санепідслужби з питань контролю за дотриманням санітарного законодавства.
13. Повноваження головних державних санітарних лікарів та інших посадових осіб органів і закладів державної санепідслужби щодо здійснення державного санепіднагляду.
14. Обов'язки СЕС і лікувально-профілактичних закладів стосовно проведення протиепідемічних заходів.
15. Права та обов'язки підприємств, установ, організацій і громадян щодо забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення.
16. Види відповідальності посадових осіб і громадян за порушення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил.
17. Заходи, які можуть застосовувати посадові особи державної санепідслужби для припинення порушень санітарного законодавства, та порядок їх здійснення.
18. Обліково-звітна документація санепідслужби.

Додаткова література:

1. Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд. – К., 2002 – 11 с.
2. Положення про Державну санітарно-епідеміологічну службу. – К., 2011 – 11 с.

Завдання для самостійної роботи:

Оцініть наведені в ситуаційній задачі дані. Зробіть висновок стосовно динаміки показників санітарно-епідемічного благополуччя населення та діяльності санепідслужби. Вкажіть на чинники, що зумовили дану ситуацію. Розробіть рекомендації щодо покращення ситуації.

Задача 1

Дані про заходи, що здійснені за порушення санітарного законодавства з питань охорони повітря та ґрунту в Україні

Показник	Повітря		Ґрунт	
	2011	2012	2011	2012
Притягнуто до адміністративної відповідальності відповідальних осіб (накладено штрафів)	1547	947	12275	7317
У слідчі органи передано справ	25	15	207	69
Прийнято рішення щодо притягнення до відповідальності у справах (%)	84,0	13,3	83,1	83,0
Для розгляду на адміністративних комісіях передано справ	94	22	4047	1609
Винесено постанов про припинення експлуатації об'єктів	220	129	1102	540
з них на постійно (%)	19,1	29,5	39,1	43,1

Задача 2

Кількість спалахів гострих кишкових інфекцій та кількість потерпілих в Україні

Показник	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Кількість спалахів гострих кишкових інфекцій	39	34	44	36	34	30
Кількість потерпілих	824	650	1058	644	760	621
Кількість харчових отруень, що були викликані збудником ботулізму	136	150	127	146	141	118 (133 особи потерпілих, 2 померло)

Задача 3

Питома вага досліджених проб води з водойм I та II категорій* в Україні, що не відповідали вимогам санітарним нормам (%)

Показники	2007	2008	2009	2010	2011	2012/**
Санітарно-хімічні	18,0	18,4	18,6	18,0	16,0	16,3/22,5
Санітарно-бактеріологічні	19,3	17,9	14,4	16,2	14,0	11,9/15,6

*До I категорії віднесені поверхневі водойми, використовувані для централізованого господарсько-питного водопостачання, а також для водопостачання підприємств харчової промисловості. До II категорії віднесені поверхневі водойми, що виконують рекреаційну роль, або використовувані населенням для купання, занять спортом і відпочинку, а також як доповнення архітектурної виразності населеного пункту. Водойми, використовувані для рибогосподарських цілей, також ділять на дві категорії.

** для поверхневих водойм II категорії

Задача 4

Характеристика проб харчових продуктів та продовольчої сировини, що не відповідали нормативам та мікробіологічним показникам в Україні

Показник	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Всього проб	661726	647697	633082	675731	683132	481839
Питома вага проб, що не відповідали нормативам за мікробіологічними показниками (%)	3,3	3,4	3,3	3,3	3,2	2,9
Питома вага проб, що не відповідали нормативам за санітарно-хімічними показниками (%)	1,7	1,5	1,5	1,4	1,3	1,0

Питома вага продукції, яка не відповідає гігієнічним нормативам за вмістом нітратів становила у 2012 р. 2% (у 2011 р. – 2,4%), за вмістом афлатоксину В1 0,04% та 0,015% відповідно

Задача 5

Дані про санітарно-технічний стан навчальних закладів України

Показник	дошкільні навчальні заклади		загальноосвітні навчальні заклади	
	2010	2012	2010	2012
Не підключені до централізованих та локальних мереж водопостачання (%)	5,2	4,3	16,2	12,4
Працюють на привозній воді (%)	2	1,9	2,5	1,9
Каналізування на вигріб (%)	32,7	34,5	44,1	43,3
Не каналізовані взагалі (%)	1,4	0,9	8,5	9,6

Питома вага нестандартних проб води за бактеріологічними показниками у 2012 р. становила 3,8%, за санітарно-хімічними – 7,1% (у 2010 р. 3,6% та 8,3% відповідно).

Задача 6

Дані про епідемічне благополуччя в Україні

Показник	2006	2012

зарєєстровано спалахів інфекційних захворювань*	45	34
постраждали осіб	1034	673
у тому числі дітей (%)	64,0	51,4
Інфекційна захворюваність (на 100 тис. населення)	16568,9	6082,6
Інфекційна захворюваність без грипу та ГРВІ (на 100 тис. населення)	647,9	525,5
Захворюваність на вірусний гепатит А (на 100 тис. населення)	24,7	3,07
Захворюваність на дифтерію (абс.к-ть)	68	5

*Крім сальмонельозу, який в етіологічній структурі спалахів становить 51,4%, було зарєєстровано спалахи шигельозу (31,5%), вірусного гепатиту А (2,2%)..

Задача 7

Розподіл випадків професійних захворювань за основними формами патології у 2001-2012 роках в Україні (%), середній вік та середній стаж хворих працівників

Нозологічна форма	2001	2012	Середній вік	Середній стаж
Всього	100,0	100,0	51,5	17,9
Пневмоконіоз	34,9	25,6	53,5	8,2
Хронічний бронхіт	21,7	24,9	50,3	18,1
Вібраційна хвороба	11,3	4,5	46,8	18,1
Нейросенсорна приглухуватість	5,6	2,6	53,2	20,6
Хвороби кістково-м'язової системи	17,2	21,5		
Хвороби хімічної етіології	5,7	2,5		
Інші професійні захворювання	3,7	18,3		

Задача 8

Дані про санітарно-епідеміологічний нагляд за оздоровчими дитячими закладами України

Показник	2010	2012
Питома вага закладів із встановленими порушеннями санітарного законодавства (%)	12,9	15,7
Не мають централізованого або локального водопостачання (працюють на привізній воді)	1,8	1,5
Питома вага проб води з відхиленнями за хімічними/бактеріологічними показниками (%)	6,5/3,8	5,7/3,1
Питома вага проб води відкритих водойм з відхиленнями за бактеріологічними показниками (%)	4,4	2,6
Питома вага закладів, які не мають централізованого каналізування (каналізовані на вигріб) (%)	45,1	42,9
Протягом оздоровчого сезону без дозволу держсанепідслужби було відкрито закладів оздоровлення та відпочинку для дітей	15	51

Задача 9

Питома вага досліджень атмосферного повітря міських поселень України, що перевищують ГДК (%)

Показники	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Атмосферне повітря на окис вуглецю	10,4	9,3	9,1	9,2	7,5	5,5
Атмосферне повітря на пил	14,6	13,6	12,1	11,2	11,2	10,2
Атмосферне повітря (сумарний показник забруднення)	8,4	7,9	7,2	6,7	5,6	5,8

У міських поселеннях 5,8% проб атмосферного повітря містять забруднюючі речовини у концентраціях, що перевищують гранично допустимі, у сільських поселеннях – 1,1% (1,6% – у 2011 р.)

Задача 10

Дані про запобіжний держсанепіднагляд в Україні

Показник	2010	2012
Розглянуто проектів будівництва і реконструкції об'єктів промисловості й сільськ. госп-ва	5628	288
з них не відповідали санітарним нормам (%)	14,7	17,7
Обстежено об'єктів на етапі будівництва чи реконструкції	5947	1783
з них не відповідали санітарним нормам (%)	6,2	1,3
Введено в експлуатацію об'єктів із застосуванням лабораторних методів досліджень (%)	98,5	91,3
Без дозволу санепідслужби введено в експлуатацію об'єктів	67	41
З розглянутих проектів нормативної документації не відповідали санітарним нормам (%)	1,3	0,6

Задача 11

Дані про отруєння населення України дикорослими грибами

Показник	2008	2009	2010	2011	2012
----------	------	------	------	------	------

Постраждало всього осіб	297	261	597	307	305
Померло всього осіб	25	33	21	27	24
Постраждало дітей	39	30	60	53	29
Померло дітей	7	3	5	3	3

Задача 12

Дані про держсанепідгляд за умовами праці на об'єктах промислового, сільськогосподарського та іншого призначення в Україні

Показник	2010	2012
Лабораторним контролем охоплено об'єктів (%)	32,4	43,1
Питома вага досліджень шкідливих факторів у повітрі робочої зони з перевищенням ГДК (%)	13,7	12,0
Питома вага обстежених лабораторно робочих місць (%)	5,3	4,6
Питома вага об'єктів, на яких виявлені перевищення ГДК шкідливих факторів виробничого середовища, (%)	21,4	17,0
На порушників санітарного законодавства на промислових підприємствах було накладено штрафів	23 294	13114
Винесено постанов про тимчасове припинення експлуатації об'єктів, цехів, дільниць з них на постійно (%)	8426 11,1	2487 12,9

Задача 13

Динаміка інфекційної захворюваності в Україні (кількість випадків на 100 тис. населення)

Показник	2013	2014	Темп приросту / зниження (%)
Шигельоз	5,10	2,65	-48,06
Вірусний менінгіт	1,48	0,85	-42,71
Кіп	7,28	5,13	-29,68
Гострий гепатит А	6,81	9,73	+ 42,76
Лептоспіроз	0,79	1,04	+ 32,40
Ротавірусний ентерит	24,66	30,95	+ 25,28

Задача 14

Питома вага досліджених проб питної води (з комунальних, відомчих та сільських джерел централізованого водопостачання в Україні), що не відповідали санітарним нормам (%)

Рік	за санітарно-хімічними показниками			за санітарно-бактеріологічними показниками		
	комунальні	відомчі	сільські	комунальні	відомчі	сільські
2007	8,9	14,0	17,0	2,8	4,5	6,1
2008	9,8	14,2	17,8	2,5	3,9	5,5
2009	9,0	15,2	17,5	2,1	3,6	5,0
2010	11,2	15,0	18,0	2,2	3,8	5,2
2011	12,3	15,8	18,3	2,0	3,2	4,9
2012	10,0	14,0	17,5	2,0	3,1	4,9

Задача 15

Питома вага досліджених проб ґрунту в Україні, що не відповідали санітарним нормам (%)

Рік	на територіях можливого негативного впливу на населення				у місцях складування, знешкодження або захоронення господарсько-побутових та промислових токсичних відходів				
	за санітарно-хімічними показниками			за бактеріологічними показниками		Всього	на територіях підприємств	поза територією підприємств (полігони, звалища, кар'єри)	В житловій зоні
	Всього	у т.ч.		Всього	у т.ч. на гелмінти				
			на солі важких металів			на пестициди			
2011	4,5	7,5	2,4	4,9	2,9	61,6	7,5	11,0	3,4
2012	3,5	6,5	1,45	7,9	2,7	59,5	3,9	8,1	2,3

У навчальних та оздоровчих закладах протягом 2012 р. зареєстровано 15 спалахів інфекційних захворювань, в яких постраждало 344 осіб (у 2010 р. 15 та 319 відповідно).

Логічна структура теми самостійної роботи: ЗАКЛАДИ САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ, ЗМІСТ ЇХ ДІЯЛЬНОСТІ

САНІТАРНЕ ТА ЕПІДЕМІЧНЕ БЛАГОПОЛУЧЧЯ НАСЕЛЕННЯ	ДЕРЖАВНА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СЛУЖБА	ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ САНЕПІДСЛУЖБИ
<p>– це оптимальні умови життєдіяльності, що забезпечують низький рівень захворюваності, відсутність впливу на здоров'я населення шкідливих факторів навколишнього середовища, а також умов для виникнення та поширення інфекційних захворювань.</p>	<p>- централізована систем органів, установ, закладів і підрозділів санітарно-епідеміологічного профілю, яка реалізує державну політику в сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення та спрямовує свою діяльність на профілактику інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей, запобігання шкідливому впливу на стан їх здоров'я та життя факторів середовища життєдіяльності</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ участь у реалізації державної політики в сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, безпеки для здоров'я та життя людини середовища життєдіяльності; ▪ узагальнення практики застосування законодавства в сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, розроблення пропозицій щодо вдосконалення актів законодавства; ▪ визначення першочергових заходів щодо профілактики інфекційних хвороб, професійних захворювань, масових неінфекційних захворювань (отруєнь), радіаційних уражень людей, запобігання шкідливому впливу на стан їх здоров'я та життя факторів середовища життєдіяльності; ▪ забезпечення санітарно-епідеміологічного нормування; ▪ аналіз причин і умов виникнення ситуацій санітарного та епідемічного неблагополуччя, підготовка пропозицій щодо запобіжних заходів і контроль за їх проведенням; ▪ участь у координації діяльності органів виконавчої влади в сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення; ▪ координація роботи з проведення гігієнічного виховання населення.
САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СПРАВА	ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ДІЯЛЬНОСТІ САНЕПІДСЛУЖБИ	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ державні та суспільні протиепідемічні, санітарно-гігієнічні та оздоровчі заходи; ▪ санітарне законодавство; ▪ практичну діяльність органів і закладів; ▪ науково-дослідну роботу з гігієни, епідеміології, організації санітарно-епідеміологічної справи; ▪ систему підготовки, підвищення кваліфікації санітарних кадрів, підготовку працівників медичної мережі з питань епідеміології та гігієни; ▪ гігієнічне виховання населення. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Державний характер санітарно-епідеміологічної діяльності ▪ Науково-планова основа санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних заходів ▪ Єдність санітарно-гігієнічних і санітарно-протиепідемічних заходів ▪ Єдність запобіжного та поточного санітарного нагляду ▪ Участь різних служб і відомств, організацій, підприємств, установ і громадян у проведенні санітарних і протиепідемічних заходів ▪ Участь у міжнародному співробітництві по забезпеченню санітарно-епідемічного благополуччя населення 	
ЗАПОБІЖНИЙ САНЕПІДНАГЛЯД	ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ДІЯЛЬНОСТІ САНЕПІДСЛУЖБИ	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ гігієнічне та епідеміологічне нормування потенційно небезпечних для здоров'я людини факторів; ▪ державна санітарно-гігієнічна (санітарно-епідеміологічна) експертиза, спрямована на визначення відповідності нової діяльності, технології, продукції, сировини, нормативного документу, проектної, технічної, інструктивно-методичної документації тощо; ▪ контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм і правил при проектуванні, будівництві, реконструкції різних об'єктів. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Контрольний</i> – здійснення державного попереднього та поточного санепіднагляду. ▪ <i>Консультативний</i> – проведення консультацій різних відомств з питань охорони довкілля, профілактики інфекційних захворювань, організації належних умов життя, побуту, праці, навчання, відпочинку, надання юридичним і фізичним особам інформації про санітарно-епідемічну ситуацію. ▪ <i>Організаційно-методичний</i> – координація закладами санепідслужби діяльності підприємств, установ, організацій по дотриманню санітарно-гігієнічних, протиепідемічних норм і правил; розробка, затвердження, узгодження інструктивно-методичних матеріалів щодо дій органів і закладів санепідслужби по забезпеченню санітарного та епідемічного благополуччя. ▪ <i>Науково-практичний</i> – проведення поглибленого вивчення впливу факторів довкілля та способу життя на здоров'я населення з метою розробки заходів по його покращанню. ▪ <i>Нормативний</i> – розробка та затвердження (узгодження) санітарних правил, гігієнічних нормативів, проведення санітарно-гігієнічної експертизи. 	
ПОТОЧНИЙ САНЕПІДНАГЛЯД		
<p>контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних і протиепідемічних норм і правил на діючих підприємствах, в установах, організаціях, на спорудах різного призначення, в житлових і громадських приміщеннях, лікувально-профілактичних та дитячих закладах</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.

Основні поняття теми: лікар-педіатр, дитяча поліклініка, дитяча лікарня, профілактика, кабінет здорової дитини, календар щеплень, «Клініка, дружня до молоді», «Лікарня, доброзичлива до дітей»

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 передаудиторної підготовки:

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.

Додаткова література:

1. Становище дітей та жінок в Україні. – К.: 2005. – 180 с.
2. Збірник нормативних документів з питань репродуктивного здоров'я в Україні. Т. II / Під ред. Гука А.П., Жилки Н.Я. К.: Вид-во Раєвського, - 2005. – 442 с.
3. Москаленко В.Ф., Гойда Н.Г. Нормативно-правові засади збереження репродуктивного здоров'я // // Охорона здоров'я України. № 3 (10), 2003.– С. 5-8.

Логічна структура теми: ОРГАНІЗАЦІЯ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

ЕТАПИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ	АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНА ДОПОМОГА ДІТЯМ		
<ul style="list-style-type: none"> антенатальна охорона плоду інтранатальна охорона плоду лікувально-профілактична допомога: новонародженим, дітям дошкільного віку, дітям шкільного віку 	ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ <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 		
ЗАКЛАДИ, ЯКІ НАДАЮТЬ АМБУЛАТОРНУ ДОПОМОГУ ДІТЯМ <ul style="list-style-type: none"> дитячі поліклініки (самостійні або як підрозділи районних, міських лікарень) структури ПМД (центри ПМД, амбулаторії сімейних лікарів) 	СТРУКТУРА ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ <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 	РОЗДІЛИ ТА НАПРЯМИ РОБОТИ ДИТЯЧОЇ ПОЛІКЛІНІКИ <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 	РОЗДІЛИ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА ДІЛЬНИЧНОГО <ul style="list-style-type: none"> Профілактичний Лікувально-діагностичний Організаційний Санітарно-просвітній Звітно-статистичний
ОСНОВНІ ПОЛОЖЕННЯ клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років	КРИТЕРІЇ КОМПЛЕКСНОЇ ОЦІНКИ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ <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 	ФУНКЦІЇ КАБІNETУ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЩЕПЛЕНЬ <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 	ОСНОВНІ ЗАВДАННЯ КАБІNETУ ЗДОРОВОЇ ДИТИНИ <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)
<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 	СТАЦІОНАРНА ДОПОМОГА ДІТЯМ		СТРУКТУРА ДИТЯЧОЇ ЛІКАРНІ <ul style="list-style-type: none"> приймальне відділення соматичні лікувальні відділення лікувальні спеціалізовані відділення лікувально-допоміжні підрозділи діагностичні підрозділи
ЗАКЛАДИ, ЯКІ НАДАЮТЬ СТАЦІОНАРНУ ДОПОМОГУ ДІТЯМ <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) 			

Тема самостійної роботи

ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОТЕРПІЛИХ ВІД АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС

Мета

Студенти повинні засвоїти медичні наслідки Чорнобильської трагедії для здоров'я населення після аварії та в подальшому. Розкрити підходи до оцінки ситуації як на міжнародному рівні, так і в Україні. Розглянути особливості медичного забезпечення потерпілих.

Обґрунтування мети: Аварія на ЧАЕС - найбільша техногенна катастрофа ХХ сторіччя, наслідки відчутні й на теперішній час. В Україні статус постраждалих мають понад 2,5 млн. громадян країни, в тому числі більше 610 тис. дітей. Чорнобильська трагедія призвела до тяжких змін здоров'я значної частини населення, а це вимагає від органів охорони здоров'я постійної роботи, спрямованої на здійснення медико-санітарного забезпечення цього контингенту.

Основні поняття теми: зона відчуження, статус постраждалих, контингенти постраждалого населення, Державний реєстр постраждалих, медичні наслідки аварії на ЧАЕС, організація медичного забезпечення постраждалим в результаті аварії на ЧАЕС

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- основні медичні наслідки Чорнобильської трагедії для здоров'я населення після аварії та в подальшому;
- класифікацію постраждалого населення;
- основні нормативно-правові документи, що регламентують права постраждалих;
- особливості медичного забезпечення постраждалого населення.

вміти:

- оцінювати стан здоров'я постраждалого населення;
- проводити експертну оцінку якості та ефективності надання медичної допомоги постраждалим;
- розробляти заходи щодо подальшого вдосконалення медичної постарждалим.

Питання для передаудиторної підготовки:

1. Суть Закону України «Про статус і соціальний захист громадян, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи».
2. Зони радіаційного забруднення.
3. Зобов'язання з боку держави відносно постраждалого населення.
4. Мета створення Державного реєстру постраждалих. Класифікація постраждалого населення.
5. Стан здоров'я постраждалих після аварії на ЧАЕС, захворюваність та інвалідність у різних категорій постраждалих.
6. Особливості надання медичної допомоги постраждалим. Первинна медична допомога постраждалим. Роль сімейного лікаря.
7. Роль спеціалізованих медичних закладів у наданні вторинної та третинної медичної допомоги постраждалим.
8. Спеціалізований диспансер радіаційного захисту, його основні функції та завдання.
9. Мета створення та основні завдання Національного наукового центру радіаційної медицини НАМН України.
10. Особливості проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності постраждалого контингенту.
11. Участь міжнародних організацій у наданні медичної допомоги постраждалим.
12. Перспективи розвитку організації медичної допомоги населенню, що постраждало внаслідок аварії на ЧАЕС.

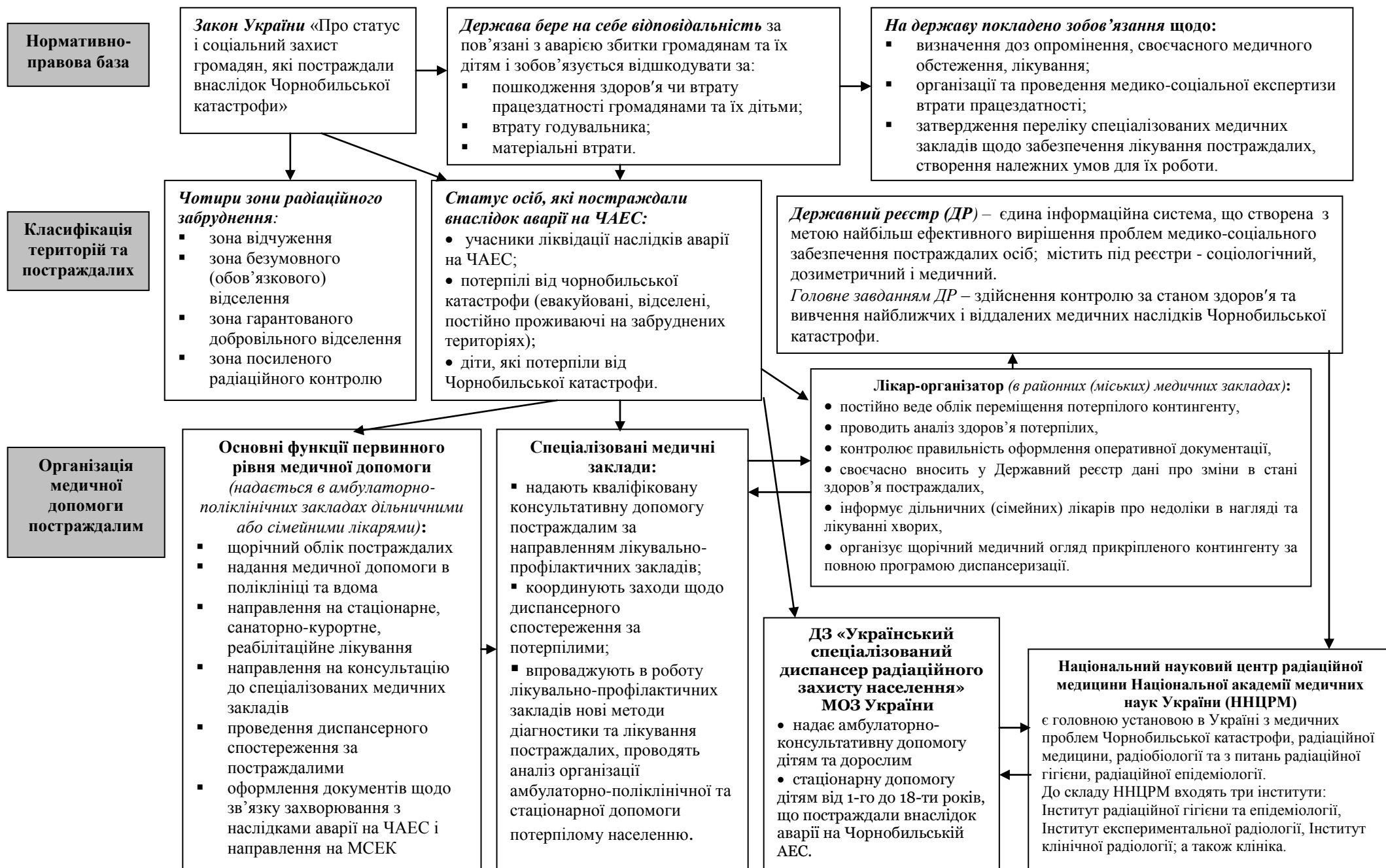
Додаткова література:

1. Епідеміологічні дослідження ризиків розвитку не пухлинної захворюваності дорослого населення, евакуйованого із зони відчуження Чорнобильської АЕС, за дії малих доз іонізуючого випромінювання / В. О. Бузунов, О. Я. Пирогова, В. А. Цуприков // Довкілля та здоров'я. - 2010. - №4. - С. 33-38.
2. Антонов В. П. Патогенный потенциал Чернобыля: организационные выводы // Тезисы докладов Украинской научно-практической конференции. — К., 1992. — С.23.
3. Гродзинський Д. М. Радіобіологічні та радіоекологічні дослідження Чорнобильської катастрофи / Д. М. Гродзинський, О. Ф. Дембовецький, О. М. Левчук, Ф. Н. Пацюк // Вісник Академії Наук України. — 2012. — № 6. — С. 21.
4. Патон Б. Е. Проблеми і уроки Чорнобиля // Вісник Академії Наук України. — 2011. — № 5. — С. 38.

Завдання для самостійної роботи:

1. На територію однієї із західних областей України після аварії на ЧАЕС із зони відчуження було евакуйовано 6800 жителів, з них 560 дітей. У 1987 р. в обласному центрі було відкрито спеціалізований центр радіаційного захисту. Через 25 років після аварії обласний відділ охорони здоров'я запропонував скоротити цей заклад. Якими аргументами керувались управлінці, *Прокоментуйте та обґрунтуйте доцільність їх рішень зараз та у 1987 р.?*
2. Вагітній жінці, що проживає на радіаційно-забрудненій території, було видано листок непрацездатності у зв'язку з вагітністю і пологами з 30 тижня вагітності на 70 днів. Після пологів, які закінчились народженням дитини з вродженою вадою, видали лікарняний на 90 днів. *Визначте правильність експертизи тимчасової непрацездатності.*
3. З даними центру медичної статистики області в останні 5 років на території області зростає абсолютна кількість інвалідів, причиною інвалідності яких зазначена «у зв'язку з аварією на ЧАЕС». *За якими показниками має бути проаналізована інвалідність в області, яких заходів потрібно вжити стосовно визначеної категорії інвалідів?*
4. Працівник об'єкту «Укриття», який має статус «ліквідатора», працює на станції 10 років, з них 8 років хворіє на вегето-судинну дистонію та стоїть на диспансерному обліку, був госпіталізований з приводу підвищення артеріального тиску. *Яка причина тимчасової втрати працездатності має бути зазначена в лікарняному листі?*
5. За даними Державного реєстру в одній з областей України з числа тих, що стоять на обліку, диспансеризацією охоплено 98,2% потерпілого населення. *За якими показниками можна оцінити якість диспансеризації постраждалого населення області?*
6. В одній з областей України, за даними періодичних медичних оглядів потерпілого внаслідок аварії на ЧАЕС населення, серед ліквідаторів визнано здоровими тільки 6,3% (у минулому році - 9%) і евакуйованих - 4,2% (у минулому році - 7,6%). *Чим може бути спричинена така динаміка показників, яких заходів потрібно вжити для покращення ситуації.*
7. Науковий працівник науково-дослідного центру, 60-ти років., радіобіолог, у 1986 р. брав участь у ліквідації аварії на ЧАЕС (був мобілізований военкоматом та протягом місяця прибирав ґрунт на території станції). В поточному році у нього трапився інсульт, внаслідок чого він повністю, як засвідчила ЛКК лікарні, втратив працездатність. Пацієнт бажає пожиттєво оформити I групу інвалідності з причиною «у зв'язку з аварією на ЧАЕС». *Як має вчинити ЛКК та МСЕК відносно експертизи втрати працездатності даного пацієнта?*
8. Група школярів, що проживають на радіаційно-забрудненій території, під час літніх канікул проходили оздоровлення в одному із дитячих санаторіїв на заході України. *В який спосіб можна оцінити ефективність оздоровчих заходів?*
9. В області, частина територій якої вважається , проходить перевірка обсягів та якості медичного обслуговування постраждалого населення. *Складіть план перевірки, врахувавши усі можливі аспекти.*
10. За даними Державного реєстру по одній з областей України, за останнє десятиріччя серед ліквідаторів зростає захворюваність на розлади психіки та поведінки. *Розробіть план заходів щодо зменшення частоти захворювань та їх тяжких наслідків.*
11. Серед населення області, в якій значна частина територій визнана радіаційно-забрудненими, зростає первинна інвалідність з приводу хвороб системи кровообігу серед постраждалого населення. *Визначте чинники, що сприяли інвалідації зазначеного контингенту та розробіть заходи по зменшенню їх шкідливого впливу.*
12. На базі жіночої консультації району, що належить до зони підвищеного радіаційного контролю, проводиться традиційний цикл лекцій в рамках «Школи підготовки сім'ї до пологів». *На які питання має звернути увагу головний лікар консультації при складанні тематичного плану лекцій?*
13. Перевірка діяльності лікаря-організатора, відповідального за облік постраждалого контингенту району та контроль за їх здоров'ям, виявила значні недоліки саме в частині обліку потерпілого населення, внесення даних про них у Державний реєстр. *До чого може призвести неякісна робота відповідального лікаря-організатора?*
14. На дільниці сімейного лікаря з'явилась дитина трьох років, яка нещодавно разом з родиною переїхала із зони підвищеного радіаційного контролю. При первинному обстеженні сімейний лікар запідозрив у дитини захворювання щитоподібної залози. *Складіть подальший маршрут пацієнта.*
15. Санепідслужба району, що належить до зони підвищеного радіаційного контролю, регулярно здійснює заходи поточного санітарного нагляду. *На що особливо потрібно звернути увагу співробітників громадського харчування у дошкільних та шкільних навчальних закладах району?*

Логічна структура теми самостійної роботи: ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОТЕРПІЛИХ ВІД АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС



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

Мета заняття

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.

Основні поняття теми: екстрена медична допомога, станція ЕМД, бригада ЕМД, лікарня швидкої медичної допомоги, пункт невідкладної медичної допомоги, державна служба медицини катастроф.

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 передаудиторної підготовки:

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 неекстрені 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.

Додаткова література:

1. Закон України від 5 липня 2012, №5081-VI «Про екстрену медичну допомогу»
2. Рудень В.В. Організація, зміст роботи служби екстреної медичної допомоги, облік та аналіз її діяльності. Навчальний посібник. – «Медицина» - Львів. – Од КСМ. – 2014. – 62 с.
3. Щепин О. П., Медик В. А. «Общественное здоровье и здравоохранение» / третье издание. – Москва. - «ГЭОТАР - медицина». - 2011.

Логічна структура теми 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;
- регіональна екстериторіальність.

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 показанням незалежно від наявності вільних місць.
- Переведення хворих і потерпілих для подальшого стаціонарного лікування та реабілітації в інші медичні заклади

Тема самостійної роботи:
АНАЛІЗ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Мета

Ознайомитися з особливостями використання обліково-звітної документації в різних лікувально-профілактичних закладах, етапами процесу складання звітів. Навчитися визначати та аналізувати чинники впливу на діяльність закладів охорони здоров'я з метою вдосконалення їх роботи.

Обґрунтування мети. Медико-статистична інформація вважається найважливішим ресурсом управління в охороні здоров'я. Вона реєструється за допомогою облікових документів та узагальнюється у звітах і дозволяє приймати управлінські рішення, що сприятимуть підвищенню ефективності діяльності лікувально-профілактичних закладів. Організація якісного інформаційного забезпечення та поліпшення взаємодії служби медичної статистики з респондентами та користувачами медичної інформації забезпечить визначення потреб населення у всіх видах медичної допомоги.

Основні поняття теми: інформаційне забезпечення, обліково-звітна документація, показники діяльності лікувально-профілактичних закладів, чинники впливу на діяльність закладів охорони

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- значення обліково-звітної документації для аналізу діяльності медичних закладів;
- структуру медико-статистичної служби в Україні та особливості руху інформаційних потоків у медичній галузі

вміти:

- визначати та аналізувати чинники впливу на діяльність закладів охорони здоров'я;
- розробляти заходи щодо підвищення ефективності діяльності та якості медичної допомоги у різних медичних закладах.

Питання для передаудиторної підготовки:

1. Джерела медичної інформації.
2. Облікова документація лікувально-профілактичних закладів: уніфікація форм, правила заповнення, використання.
3. Звітна документація лікувально-профілактичних закладів.
4. Сучасні методи збору та обробки медичної інформації в Україні та світі.
5. Поняття про бази даних.
6. Електронний документооблік.
7. Структура медико-статистичної служби в Україні та особливості руху інформаційних потоків у медичній галузі.
8. Інформаційно-аналітичний підрозділ медичного закладу: завдання, ресурсне забезпечення, роль в оптимізації діяльності закладу.
9. Чинники, що впливають на ефективність діяльності закладів охорони здоров'я: Керовані та некеровані чинники.
10. Взаємодія різних закладів охорони здоров'я.
11. Етапність та наступність у наданні медичної допомоги населенню.
12. Значення медико-статистичної інформації у визначенні чинників впливу на діяльність медичних закладів.
13. Використання статистичних методів (оцінки вірогідності, кореляційного аналізу, методу стандартизації) в аналізі діяльності закладів охорони здоров'я та визначенні впливу чинників.
14. Основні підходи до розробки заходів з покращення надання медичної допомоги.

Додаткова література:

1. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Модуль № 2. Навчальний посібник до практичних занять. / За ред. проф. Рудень В.В. – Львів. Наутілус.- 2011.
2. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення України та санітарно-епідеміологічну ситуацію. 2014 рік. – К., 2007. – 398 с.

Типовий приклад. Ситуаційна задача

Оцініть наведені дані. Визначте основні чинники, що впливають на різницю в показниках. Розробіть заходи щодо оптимізації діяльності стаціонарів різного рівня.

Динаміка показника середнього перебування хворих на ліжку 2003-2013 р.р.

Рік	Обласні лікарні	Дитячі обласні лікарні	Міські лікарні	Центральні районні лікарні	Дільничні лікарні	Районні лікарні	Всі види стаціонарів України	Всі види стаціонарів	
								Країни Європейськ. регіону	Країни ЄС
2003	12,1	11,9	12,4	11,6	13,2	12,5	14,2	10,95	9,83
2013	10,4	9,7	10,4	9,8	11,7	10,4	11,85	9,46	9,07
	-14,0%	-18,5%	-16,1%	-15,5%	-11,4%	-16,8%	-16,5%	-13,6%	-7,7%

Висновок: Спостерігається позитивна динаміка показника середнього перебування хворих на ліжку протягом останніх 10 років по всіх видах стаціонарів України. Середня тривалість лікування скоротилась на 16,%, у т.ч. у дитячих обласних лікарнях – на 18,5, але в сільських дільничних лікарнях – лише на 11,4%, що пов'язано, з одного боку, з різницею у складі хворих (за віком, класами хвороб, тяжкістю стану), з іншого боку – із якістю надання медичної допомоги (кваліфікація персоналу, інтенсивність лікувально-діагностичного процесу, впровадження сучасних методів діагностики і лікування). Потрібно зауважити, що в Україні середня тривалість лікування в стаціонарі довша на 21%, ніж в країнах Європейського регіону та на 23,5%, ніж в країнах ЄС. Реструктуризація ліжкового фонду і створення лікарень інтенсивного лікування та лікарень для хворих з хронічними захворюваннями, розвиток стаціонарозамінних форм лікування дасть можливість скоротити тривалість перебування хворих на ліжку.

Завдання для самостійної роботи:

Визначте чинники, вплив яких може відобразитись на наступних показниках діяльності певного медичного закладу. Обґрунтуйте заходи щодо зменшення їх несприятливої дії.

1. Пологовий будинок:

- захворюваність новонароджених
- частота ускладнень пологів
- частота кесаревих розтинів

2. Жіноча консультація

- своєчасність взяття вагітних на облік
- частота екстрагенітальних захворювань у вагітних
- частота абортів

3. Дитяча поліклініка

- систематичність або безперервність спостереження лікарем дітей у віці до 1 року
- показник ефективності диспансеризації дітей (% дітей, які мали рецидиви захворювань)
- частота відмов від вакцинації дітей

4. Дитяча лікарня

- середня тривалість перебування хворих в стаціонарі
- частота розходжень між діагнозом при направленні та діагнозом стаціонару
- питома вага доставлених у порядку ургентної допомоги пізніше 24 годин

5. Хірургічне відділення лікарні

- післяопераційна летальність при пізній госпіталізації
- частота післяопераційних ускладнень
- частота випадків внутрішньолікарняної інфекції

6. Терапевтичне відділення лікарні

- частота відмов від госпіталізації
- розподіл госпіталізованих хворих за порядком поступлення.
- обіг ліжка

7. Діагностичний центр

- середнє число відвідувань на одного жителя
- кількість досліджень на рік, що припадають на один апарат УЗД
- середнє число пацієнтів, що приймає один лікар за зміну

8. Диспансер

- своєчасність взяття хворих під диспансерне спостереження
- частота рецидивів захворювань
- частота інвалідизації диспансерних хворих

9. Денний стаціонар

- середньорічна зайнятість ліжка
- ефективність лікування
- частота переведення хворих денного стаціонару в звичайний стаціонар

10. Центр мікрохірургії ока

- частота післяопераційних ускладнень
- кількість проведених операцій на 1 хірурга
- частота обґрунтованих скарг пацієнтів

11. Сімейна амбулаторія

- частота направлення хворих на госпіталізацію
- частота направлення хворих на консультацію до лікарів-спеціалістів
- питома вага профілактичних відвідувань пацієнтами сімейного лікаря

12. Станція екстреної (швидкої) медичної допомоги

- своєчасність надання швидкої медичної допомоги
- питома вага повторних викликів бригад швидкої медичної допомоги
- укомплектованість бригад швидкої допомоги

13. Медико-соціальна експертна комісія

- частота переосвідчень інвалідів
- частота відмов у визнанні пацієнта інвалідом
- частота випадків санкціонування подовження лікарняного листка

14. Санітарно-епідеміологічна станція

- питома вага відхилених проєктів будівництва і реконструкції підприємств з числа розглянутих санепідстанцією
- повнота охоплення лабораторним контролем стічних вод
- питома ваги об'єктів, що не відповідають санітарними вимогам

15. Інфекційна лікарня

- частота захворюваності на інфекційні хвороби медичного персоналу лікарні
- повнота обстеження хворих
- летальність хворих

Характеристика чинників впливу на діяльність різних лікувально-профілактичних закладів та заходи щодо поліпшення їх роботи

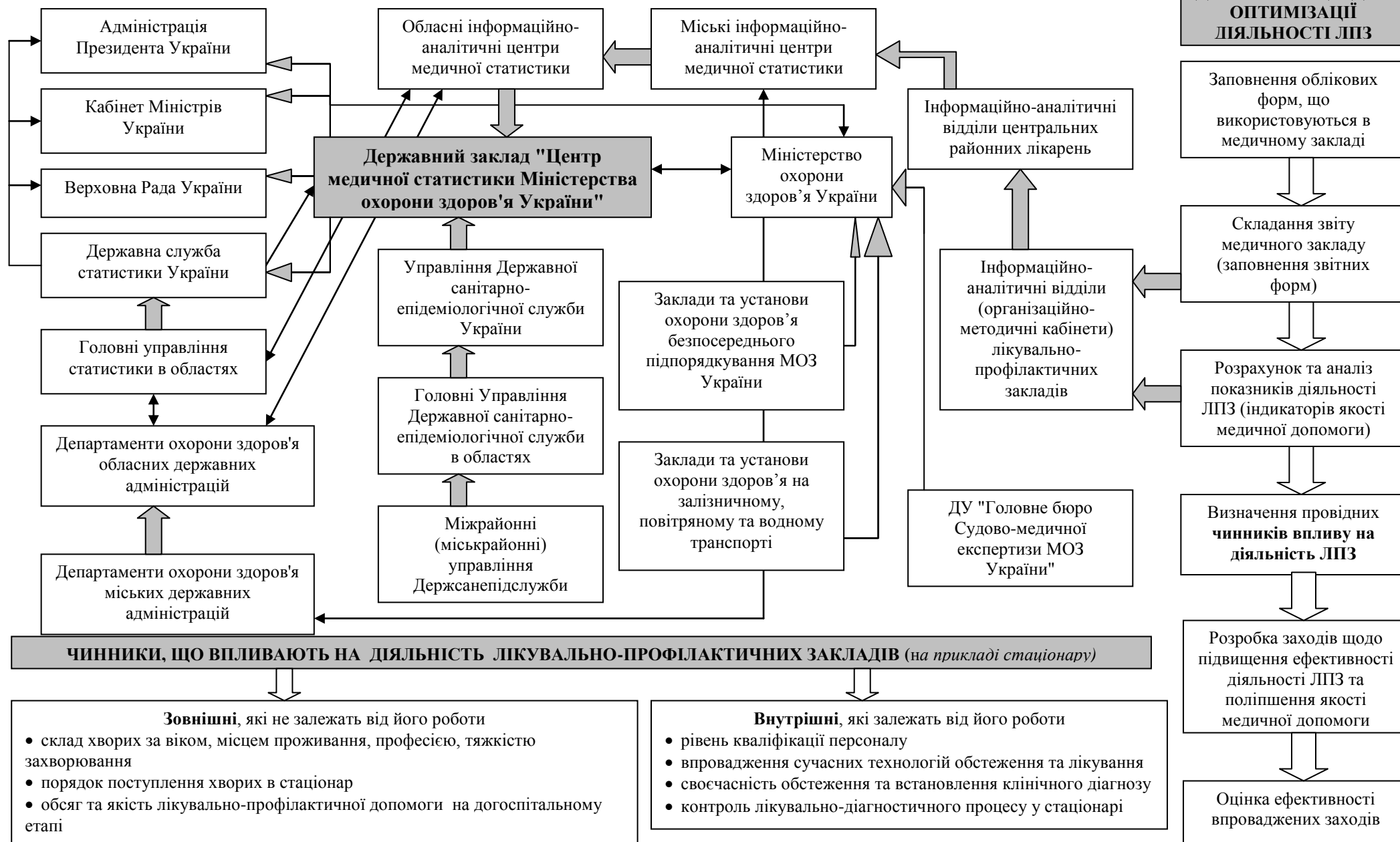
Заклади	Чинники, що впливають на діяльність закладів:	Заходи, спрямовані на поліпшення надання медичної допомоги у закладах:
Загальні (спільні) положення для всіх видів медичної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> ● високий матеріальний та моральний знос основних фондів; ● низький рівень використання сучасних медичних та інформаційних технологій; ● переважання екстенсивних методів модернізації (придбання обладнання, будівництво нових приміщень), що дають хоч і нестійкий, але швидкий публічний результат; ● висока частка фінансування стаціонарів по відношенню до первинної медичної допомоги; ● перемішування первинної, вторинної та третинної медичної допомоги; ● недостатня увага до питань профілактики з боку лікарів та населення; ● обмеженість впливу населення на розвиток системи охорони здоров'я 	<ul style="list-style-type: none"> ● удосконалення нормативно-правової бази по організації і наданню медичної допомоги з урахуванням рівнів та спеціалізації допомоги; ● реструктуризація мережі закладів з метою посилення амбулаторної-поліклінічної ланки; ● переорієнтація медичної допомоги на всесвітньо визнані медико-організаційні технології з доведеною ефективністю; ● поліпшення матеріально-технічної бази закладів, оснащення сучасним медичним обладнанням, апаратурою, медикаментами, санітарним автотранспортом ● запровадження принципу єдиного медичного простору ● посилення профілактичної спрямованості медичної допомоги; ● застосування принципів комплексності та наступництва у наданні медичної допомоги на всіх її рівнях; ● максимальне дотримання закладами при наданні допомоги затверджених медичних стандартів та клінічних протоколів ● науковий супровід впровадження новітніх інформаційних технологій, електронного документообліку, телемедицини ● взаємодія між закладами, які надають амбулаторну, стаціонарну та екстрену медичну допомогу ● розробка механізмів мотивації праці лікарів на покращення якості надання допомоги, підвищення кваліфікації медичних працівників та укомплектованості кадрами медичних закладів, ● взаємна зацікавленість лікарів та пацієнтів; ● розвиток системи обов'язкового медичного страхування; ● використання соціологічного моніторингу думки медичних працівників і населення стосовно розвитку медичної допомоги
Амбулаторно-поліклінічної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> ● зростання захворюваності населення; ● збільшення питомої ваги пацієнтів похилого віку (зумовлене поступовим зростанням СОТЖ) із множинною хронічною патологією; ● недосконала система підготовки сімейних лікарів та можливості перекваліфікації для лікарів інших спеціальностей; ● відсутність умов для вільного вибору лікарів пацієнтами; ● звичка пацієнтів звертатися безпосередньо до лікарів-спеціалістів; ● стабільність місця проживання пацієнтів, зручність транспортних зв'язків та наявність особистого транспорту у лікаря 	<ul style="list-style-type: none"> ● зниження диспропорції кадрового забезпечення лікарями спеціалістами та лікарями первинної ланки, ● поширення використання в амбулаторних умовах процедур, які раніше використовувалися лише після госпіталізації з одночасним розвитком стаціонарозамінних форм, тобто «профілактика» госпіталізації; ● підвищення рівня завершення лікування хворих на первинній ланці у лікарів загальної практики – сімейної медицини; ● приведення у відповідність співвідношення грошових витрат на надання амбулаторної та стаціонарної допомоги; ● подальший розвиток сімейної медицини; ● організація центрів первинної медичної допомоги; ● формування серед лікарської спільноти думки щодо пріоритетності розвитку ПМД на засадах сімейної медицини та підвищення престижу даної спеціальності; ● формування суспільної думки щодо переваг ПМД на засадах сімейної медицини; ● запровадження системи донозологічного моніторингу рівня здоров'я з введенням сімейної диспансеризації; ● створення комплексної системи професійної підготовки та перепідготовки кадрів за спеціальністю «сімейна медицина» з її державним регулюванням;
Стаціонарної допомоги	<ul style="list-style-type: none"> ● надмірність, дублювання та розпороченість ресурсів стаціонарів; ● завищена кількість лікарняних ліжок та диспропорція у їх використанні за видами медичної допомоги; ● значна кількість необґрунтованих госпіталізацій і тривале перебування хворих у стаціонарах 	<ul style="list-style-type: none"> ● формування мережі госпітальних округів; ● зменшення необґрунтованої госпіталізації хворих, яким можливо надавати допомогу в амбулаторних закладах; ● зменшення тривалості перебування хворих в стаціонарах цілодобового перебування; ● впровадження новітніх технологій, малоінвазивного втручання; ● розвиток стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги; ● реформування вторинної та третинної медичної допомоги (створення відділень невідкладної допомоги, модернізація діагностичної бази у лікарнях інтенсивного лікування тощо).

Продовження таблиці

<p>Екстреної медичної допомоги</p>	<ul style="list-style-type: none"> • недостатня доступність екстреної медичної допомоги в сільській місцевості; • значна питома вага необґрунтованих викликів та виїздів бригад екстреної медичної допомоги; • низький рівень «престижності» спеціальності лікаря екстреної медичної допомоги; • складний графік роботи, важкі та іноді небезпечні умови праці при низькій заробітній платі; • низький рівень обізнаності населення про наявність служби невідкладної допомоги при поліклініках 	<ul style="list-style-type: none"> • створення центрів екстреної медичної допомоги служби медицини катастроф; • створення центральних оперативно-диспетчерських служб, які базуються на автоматизованій системі організації системної медичної допомоги; • створення мережі пунктів постійного та тимчасового базування бригад екстреної (швидкої) допомоги для забезпечення нормативу доїзду до місця виклику; • зменшення необґрунтованого обслуговування в системі екстреної медичної допомоги • виділення радіочастот для служб швидкої медичної допомоги. обладнання автомобілів gps – навігацією • встановлення архіваторів мовлення • внесення змін до правил дорожнього руху, щодо надання пріоритетного проїзду автомобілям швидкої медичної допомоги • збереження спеціалізованих бригад швидкої медичної допомоги до створення госпітальних округів і організації в них відділень невідкладної медичної допомоги
<p>Акушерсько-гінекологічної допомоги</p>	<ul style="list-style-type: none"> • стан репродуктивного здоров'я жіночого, а також і чоловічого населення; • негативні тенденції стану здоров'я дівчат-підлітків та жінок фертильного віку, що зумовлює значну частоту екстрагенітальних захворювань у вагітних; • низький економічний стан сім'ї (нестача житла, неякісне харчування); • недоліки при спостереженні за перебігом вагітності (пізні взяття на облік вагітної, недообстеження); • доступність та якість акушерсько-гінекологічної допомоги, особливо в сільській місцевості 	<ul style="list-style-type: none"> • широка інформаційно-просвітницька робота з питань репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, удосконалення діяльності центрів планування сім'ї; • впровадження національного проекту «Нове життя – нова якість охорони материнства та дитинства», яке передбачає створення перинатальних центрів, • державні гарантії щодо заохочення материнства; • пропагування здорового способу життя, боротьба з ВІЛ/СНІДом; • широке залучення до медичного нагляду за жінками сімейних лікарів; • подальше удосконалення роботи медико-генетичної служби з метою раннього виявлення відхилень стану плоду з подальшою її корекцією; • виявлення груп ризику вагітних щодо перинатальної патології з проведенням їх диспансерного нагляду; • проведення клінічного аудиту стосовно повноти виявлення і якості лікування жінок у регіонах, що характеризуються негативною динамікою показників їх репродуктивного здоров'я; • переорієнтація діяльності стаціонарних закладів на рекомендовані ВООЗ перинатальні технології, які передбачають ранню виписку породіль із пологових стаціонарів; • створення тривірневої медичної допомоги вагітним, роділлям та новонародженим відповідно до ступеня ризику акушерської та перинатальної патології; • посилення профілактики абортів з метою зменшення кількості небажаних вагітностей; • розробка заходів щодо зменшення материнської смертності та перинатальних втрат
<p>Лікувально-профілактичної допомоги дітям</p>	<ul style="list-style-type: none"> • збільшення кількості дітей, спричинене зростанням народжуваності; • збільшення кількості дітей, що живуть в неповних сім'ях, без батьківського піклування; • погіршення стану здоров'я дітей (у т.ч. психоемоційного, інтелектуального, фізичного розвитку); • низький рівень грудного вигодовування дітей; • зменшення охоплення дітей імунопрофілактикою 	<ul style="list-style-type: none"> • затвердження охорони дитинства як стратегічного загальнонаціонального пріоритету з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист і загальний розвиток; • збільшення кадрового і матеріально-технічного потенціалу неонатологічної та педіатричної служби в цілому; • підвищення якості та забезпечення доступності надання лікувально-профілактичної допомоги дітям; • удосконалення профілактичної роботи педіатричних закладів шляхом збільшення охоплення профілактичними оглядами дитячого населення; • впровадження основного принципу перинатології - ставлення до плоду як до пацієнта, що можливо в умовах перинатальних центрів; • переорієнтація перинатальної служби на рекомендовані ВООЗ перинатальні технології; • впровадження ініціативи ВООЗ і ЮНІСЕФ «Лікарня, доброзичлива до дитини»; • поступова переорієнтація діяльності закладів первинної медичної допомоги дітям на засади сімейної медицини; • посилення диспансерного нагляду за дітьми з хронічними захворюваннями з метою зменшення інвалідизації дитячого населення; • поліпшення діяльності спеціалізованих будинків дитини для медико-соціального захисту хворих дітей-сиріт; • впровадження сімейних форм виховання дітей, які залишилися без батьківського піклування; • збереження та подальший розвиток санаторного лікування як форми оздоровлення дітей з відновленням функціональних резервів організму дитини

Логічна структура теми: АНАЛІЗ ЧИННИКІВ ВПЛИВУ НА ДІЯЛЬНІСТЬ ЗАКЛАДІВ

ІНФОРМАЦІЙНІ ПОТОКИ СИСТЕМИ МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ УКРАЇНИ



Тема 7: МЕТОДИКА ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ, ПОРЯДОК ЇЇ ЗДІЙСНЕННЯ.

Тема самостійної роботи ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРТИЗИ СТІЙКОЇ 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.

Основні поняття теми: медико-соціальна експертиза, види тимчасової та стійкої непрацездатності, ЛКК, МСЕК, групи інвалідності переосвідчення

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 передаудиторної підготовки:

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 переосвідчення.
23. Інвалідність як медико-соціальна проблема. Показники інвалідності та їх динаміка.
24. Організація медико-соціальної допомоги інвалідам.

Додаткова література:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 06.12.2011 №882. «Про затвердження змін до Інструкції про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян».
2. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я. Модуль № 2. Навчальний посібник до практичних занять. / За ред. проф. Рудень В.В. – Львів. Наутілус.- 2011.

Завдання для самостійної роботи:

Завдання 1. За даними ситуаційної задачі оцінити тактику МСЕК і лікувально-профілактичних закладів.

1. Хворому А., 40 років, проведена ампутація нижньої кінцівки на рівні стегна в зв'язку з облітеруючим ендартеріотом. Сформована кукса знаходиться в задовільному стані. З моменту операції минуло 2 місяці. В який термін є сенс направити такого хворого для освідчення в МСЕК?
2. Хворий К. знаходиться на листку непрацездатності з приводу перелому стегна протягом 4 місяців. Процес консолідації проходить без ускладнень. Якою повинна бути позиція МСЕК при вирішенні цього питання (визначення групи інвалідності, санкціонування продовження лікування за листком непрацездатності)?
3. Хворому Б. визначена III група інвалідності після правосторонньої пульмонектомії. Стан здоров'я хворого на момент освідчення задовільний. На який термін повинна бути встановлена цьому хворому група інвалідності?
4. Хворий К., 56 років, встановлена II група інвалідності у зв'язку з ішемічною хворобою серця (ІХС) і кардіосклерозом при наявності недостатності кровообігу II Б ст. На який термін слід встановити інвалідність?
5. Хворий А., перебуваючи у службовому відрядженні, був травмований при виконанні свого службового завдання. Через 2 роки наслідки травми стали причиною інвалідності. Чи має право МСЕК встановити інвалідність внаслідок трудового каліцтва?
6. Через 7 років після виробничої травми хворий М. був направлений до МСЕК для встановлення інвалідності. Діагноз: посттравматична контрактура лівого колінного суглоба, обмеження рухів у суглобі до 30°. Було встановлено інвалідність II групи внаслідок загального захворювання. Ще через рік хворий звернувся до МСЕК з проханням переглянути вид інвалідності. Чи має право МСЕК встановити інвалідність внаслідок трудового каліцтва через 8 років після травми?
7. Хвора Л., інвалід II групи з дитинства, у 16 років проходить освідчення у МСЕК. Чи має право МСЕК змінити вид інвалідності на "загальне захворювання"?
8. Військовослужбовцю Н., демобілізованому 4 роки тому, встановлена II група інвалідності внаслідок часткової втрати зору. В період військової служби переніс черепно-мозкову травму (ЧМТ), після якої зір дещо погіршав. Чи можна встановити причинний зв'язок між теперішнім захворюванням та перенесеною раніше ЧМТ, та визначити інвалідність у зв'язку з проходженням військової служби?
9. Колишньому військовослужбовцю К., демобілізованому 6 років тому, встановлена I група інвалідності внаслідок загального захворювання після інсульту при наявності тетрапарезу. В період проходження військової служби 2 рази хворів на пневмонію. Чи вірні дії експертів МСЕК?
10. Інваліду А., який переніс 4 місяці тому операцію з приводу рака легень, встановлена II група інвалідності безстроково. Чи вірне рішення МСЕК?
11. Хворому Б., який переніс операцію на серці, встановлена II група інвалідності терміном на 1 рік. Чи вірне рішення МСЕК?
12. Хворому Н., який 4 місяці тому переніс черепно-мозкову травму, МСЕК рекомендувала продовжити лікування по листку непрацездатності. Своє рішення МСЕК пояснила наявністю позитивної динаміки внаслідок реабілітаційних заходів та повернення втрачених функцій (покращання пам'яті, зникнення головного болю, відновлення рухів). Чи вірне рішення МСЕК?
13. Хворий Г., 62 років, встановлена I група інвалідності у зв'язку з інкурабельним раком печінки терміном на 3 роки. Чи можна було такій хворій встановити групу безстроково?
14. У шахтаря Л., 45 років, було встановлено антракоз і 12.02 його було переведено на іншу роботу з втратою в заробітку. Листок непрацездатності видано в МСЧ.
15. Хворого Д., 43 років, що переніс променеви хворобу, визнано інвалідом II групи. В який термін має бути призначено переосвідчення групи інвалідності?

Завдання 2. За даними ситуаційної задачі визначити тактику МСЕК при направленні до них хворих з певними діагнозами відносно встановлення причини та групи інвалідності.

1. Хворий А., 28 років, токарь, тимчасово не працює, Представив до МСЕК посвідчення про захворювання, згідно якого був звільнений з армії з приводу хронічного активного гепатиту з помірною активністю, прогресуючим перебігом, печінковою недостатністю I-II ступеню. Мотивування звернення до МСЕК: захворювання одержано в період проходження військової служби. Яка причина інвалідності може бути встановлена?
2. Хворий М., 56 років, протягом 20 років працює заступником керівника будівельно-монтажного управління. При направленні на МСЕК встановлено діагноз: коронарокардіосклероз; кардіосклероз з вираженими змінами міокарду; хронічна коронарна недостатність I-II ст. Під час огляду на МСЕК було визнано інвалідом III групи та рекомендовано роботу інженера-проектувальника. З чим пов'язана рекомендація переведення на іншу роботу?
3. Хворий С., 50 років, працює лікарем-хірургом у стаціонарі. Хворіє на гіпертонічну хворобу. Протягом останніх двох років, незважаючи на постійний прийом гіпотензивних препаратів, було кілька гіпертонічних кризів. Направлений на МСЕК з діагнозом: гіпертонічна хвороба I-II ст., повільно-прогресуючий перебіг з гіпертонічними кризами середньої важкості. Рекомендовано переведення на роботу лікарем поліклініки з обмеженим робочим днем. Яка група інвалідності та в зв'язку з чим може бути встановлена МСЕК?
4. Хворий Ф. 17 років, учень технікуму, має III групу інвалідності з приводу епілепсії з випадками середньої частоти. Під час виробничої практики одержав важку черепно-мозкову травму, наслідком чого стала виражена атаксія та вестибулярні порушення. Визначити причину та групу інвалідності.
5. Хворий Н., 38 років, працює водієм автобуса. Переніс трансмуральний інфаркт міокарду. Проїшов повний курс відновлювального лікування: стаціонар-санаторій-поліклінічний етап реабілітації. Тимчасова непрацездатність становила 10 місяців. Направлений на МСЕК з діагнозом: ішемічна хвороба серця, атеросклеротичний та постінфарктний кардіосклероз з порушенням кровообігу II Б ст. Визначити причину та групу інвалідності.
6. Хворий Г., 16 років, студент будівельного технікуму. Одержує пенсію як інвалід з дитинства до 16 років. Направлений на МСЕК з діагнозом: цукровий діабет I типу, інсулінозалежний, середньої важкості, субкомпенсований, ускладнений діабетичною ангіопатією. Визначити причину та групу інвалідності.
7. Хворий М., 48 років, слюсар-монтажник п'ятого розряду, направлений на МСЕК з приводу виразки шлунку з помірним больовим синдромом, схильністю до загострень. Визнаний інвалідом III групи. Рекомендовано перевести на роботу роздавача інструментів. З чим пов'язана рекомендація про переведення на іншу роботу?
8. Хворий М., 50 років, економіст, по дорозі на роботу отримав черепно-мозкову травму – струс головного мозку (I ступеню). Протягом 5 років до цього хворів на гіпертонічну хворобу з рідкими кризами. Після травми кризи почастишали, після останнього кризу виник ішемічний інсульт, внаслідок якого у хворого встановлено помірний тетрапарез, виражена атаксія та вестибулярні порушення. Визначити причину та групу інвалідності.
9. Хворий С., 37 років, слюсар-монтажник, протягом 5 років хворіє на попереково-крижовий радикуліт. Загострення були рідко. Після підйому вантажу три місяці тому з'явився різкий біль у поперековому відділі хребта з ірадіацією в ліву ногу, протягом двох тижнів не міг самостійно пересуватися, з'явився парез лівої стопи. Від оперативного втручання відмовився. Направлений на МСЕК з діагнозом: вертеброгенна радикулопатія L5-S1 корінців зліва, помірно виражений стійкий больовий синдром, виражений парез лівої стопи зі значними трофічними порушеннями. Визначити причину та групу інвалідності.
10. Хвора, 51 року, бібліотекар, хворіє на гіпертонічну хворобу протягом трьох років. Погіршення стану за останній рік: перенесла ішемічний інсульт у басейні правої середньої мозкової артерії. Лікувалась протягом місяця в стаціонарі з хорошим ефектом. Через три місяці повторний ішемічний інсульт. Повторно лікувалась у стаціонарі протягом місяця. Направлена на МСЕК з діагнозом: гіпертонічна хвороба I-II ст., дисциркуляторна енцефалопатія II ст., стан після повторного ішемічного інсульту у вигляді лівостороннього геміпарезу. Визначити причину та групу інвалідності.
11. Хворий К., 51 років, головний інженер виробничого об'єднання, переніс ішемічний інсульт з правостороннім геміпарезом. Протягом місяця лікувався в стаціонарі, виписаний з покращанням стану. Направлений на МСЕК з діагнозом: атеросклероз судин головного мозку, стан після перенесеного інсульту, легкий правосторонній геміпарез. Визначити причину та групу інвалідності.
12. Хвора М., 50 років, робітниця. В 1986 р. перенесла гострий ревмокардит і ревматичний поліартрит. З 1995 р. у хворої встановлена серцево-судинна недостатність II ст. З 1998 р. стан хворої погіршився, зросли ознаки декомпенсації. Направлена на МСЕК з діагнозом: стеноз мітрального клапану, недостатність кровообігу II-III ст. Визначити причину та групу інвалідності.
13. Хворий, 38 років, водій автобуса, в робочий час внаслідок автоаварії отримав важку травму спинного мозку (є акт про нещасний випадок на виробництві). В результаті цього визнаний інвалідом I групи. Визначити причину інвалідності.
14. Хвора Д., 17 років, не працює, вперше направлена на МСЕК у зв'язку з наявністю ознак інвалідності. Діагноз: бронхіальна астма інфекційно-алергічного генезу, важкого перебігу з частими нападами задухи. Визначити причину та групу інвалідності.
15. Хворий Т., 45 років, формувальник ливарного цеху. Робота фізично важка. Направлений на МСЕК із заключенням науково-дослідного інституту профпатології: хронічний пиловий професійний бронхіт, загострення середньої частоти, емфізема легень, пневмосклероз. МСЕК встановила йому III групу інвалідності. Визначити причину інвалідності.

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, статичності, координації руху);
- порушення функції 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 яву 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 установлювати 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. *Виражене* 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 переогляду.

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
- Поєднання сліпоты 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 ІІ-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

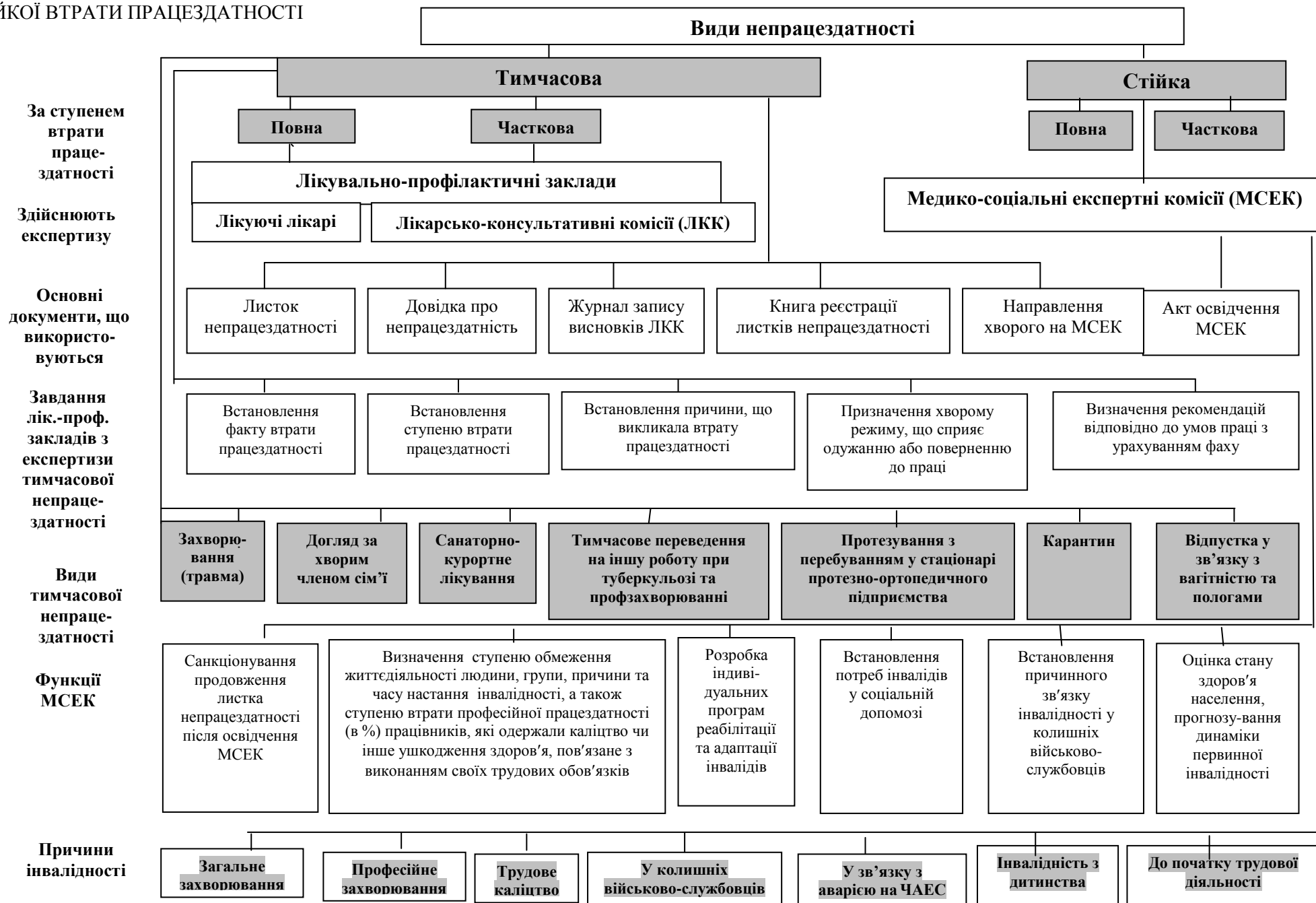
Група інвалідності ІІ встановлюється при таких захворюваннях:

- 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) норія, 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 ендопротезування двох суглобів (кульшових, колінних) у різних поєднаннях.
- Інвалідність внаслідок психічного захворювання, яка триває більше десяти років.

Група інвалідності ІІІ 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.
- Ендопротез 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 не вигідному положенні.
- Контрактура передпліччя в положенні повної пронації.
- Ішемічна контрактура передпліччя Фолькмана з вираженим функціональним порушенням китиці.
- Екстирпація шлунка, тотальна колопроктоектомія, 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

Логічна структура теми: МЕТОДИКА ЕКСПЕРТИЗИ ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ, ПОРЯДОК ЇЇ ЗДІЙСНЕННЯ. ОРГАНІЗАЦІЯ ЕКСПЕРТИЗИ СТІЙКОЇ ВТРАТИ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ



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.

Основні поняття теми: якість медичної допомоги, індикатори якості, управління якістю, стандартизація медичної допомоги, ліцензування, акредитація, сертифікація.

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 передаудиторної підготовки:

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

Додаткова література:

1. Бацинский С.Е. Разработка клинических практических руководств с позиций доказательной медицины. - М.: Медиасфера, 2004 – 135 с.
2. Глоссарий - Качество медицинской помощи. - Россия - США, 1999. - 61с.
3. Нагорна А.М., Степаненко А.В., Морозов А.М. Проблема якості в охороні здоров'я: Монографія. – Кам'янець-Подільський: Абетка –НОВА, 2002. –384 с
4. Назаренко Г.И., Полубенцева Е.И. Управление качеством медицинской помощи. – М.: Медицина, 2000. – 368 с.

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

<p>ЯКІСТЬ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</p>	<p>ОСНОВНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</p>	<p>СТАНДАРТИЗАЦІЯ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я</p>	<p>СТАНДАРТ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</p>	<p>ОБ'ЄКТИ СТАНДАРТИЗАЦІЇ В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я</p>
<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; • справедливість 	<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.
<p>КЛАСИФІКАЦІЯ МЕДИЧНИХ СТАНДАРТІВ</p>	<p>СИСТЕМА ОЦІНКИ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</p>			
<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. 	<p>КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</p> <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>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>	<p>БЕЗПЕРЕРВНЕ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ</p>
<p>Основу стандарту якості медичної допомоги складають:</p> <ul style="list-style-type: none"> • обсяг обстеження хворого • обсяг лікувально-реабілітаційних заходів • стан хворого при виписці 	<p>КЛІНІЧНІ ПРОТОКОЛИ</p> <p>– це встановлені уповноваженими органами положення про обсяг допомоги хворому та порядок реалізації етапів надання медичної допомоги, які безпосередньо пов'язані з клінічними рекомендаціями, розробленими на принципах доказової медицини.</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. 		

Тема самостійної роботи: ПРАВОВІ ЗАСАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.

Мета

Ознайомитись із правовими основами діяльності галузі охорони здоров'я, засвоїти етапи становлення та розвитку права на охорону здоров'я в міжнародному та регіональному законодавстві. Вивчити систему правового забезпечення охорони здоров'я в Україні, зокрема основне положення цього права, закріплене у Конституції України

Обґрунтування мети: Для фахівців медичної галузі рівень правових знань має особливе значення як з точки зору формування загального правового світогляду, так і з огляду досягнення відповідного професійного рівня.

В своїй професійній діяльності медичні працівники мають керуватися нормами багатьох видів права, в т.ч. конституційного, державного, адміністративного, цивільного, сімейного та кримінального. Знання та розуміння положень і норм права на охорони здоров'я, які викладено в нормативно-правових актах, є основою формування правового мислення, попередження правопорушень, уміння відстоювати та захищати працівниками охорони здоров'я права своїх пацієнтів і свої власні права.

Основні поняття теми: соціальні права, право на охорону здоров'я, нормативно-правові акти. декларації, пакти, конвенції, конституції, закони

Навчально-цільові задачі

Студенти повинні:

знати:

- правові засади права на охорону здоров'я в основних нормативно-правових документах міжнародного та європейського рівнів
- відображення права на охорону здоров'я в конституціях різних країн світу, в т.ч. в Україні
- складові розбудови нормативно-правового поля в охороні здоров'я, зокрема в Конституції України.

вміти:

- визначати права та обов'язки медичного персоналу;
- визначати правові наслідки від певних порушень під час надання медичної допомоги;
- визначати ступінь провини та відповідальності медичного персоналу за порушення прав пацієнта чи заподіяну шкоду його здоров'ю.

Питання для передаудиторної підготовки:

1. Проблеми становлення правових засад охорони здоров'я.
2. Право на охорону здоров'я як складова частина соціальних прав.
3. Роль міжнародних організацій щодо регламентації права на охорону здоров'я та конституційні засади його гарантій.
4. Сутність Європейського законодавства щодо права на охорону здоров'я.
5. Система правового забезпечення охорони здоров'я в Україні.
6. Відображення права на охорону здоров'я в Конституції України.
7. Галузі права, з якими виникають відносини при реалізації права на охорону здоров'я.
8. Нормативно-правове законодавство України з питань охорони здоров'я.
9. Відображення питань охорони здоров'я в кодексах України (цивільному, господарському та ін.).
10. Перспективи розвитку національного законодавства в галузі охорони здоров'я України.

Додаткова література:

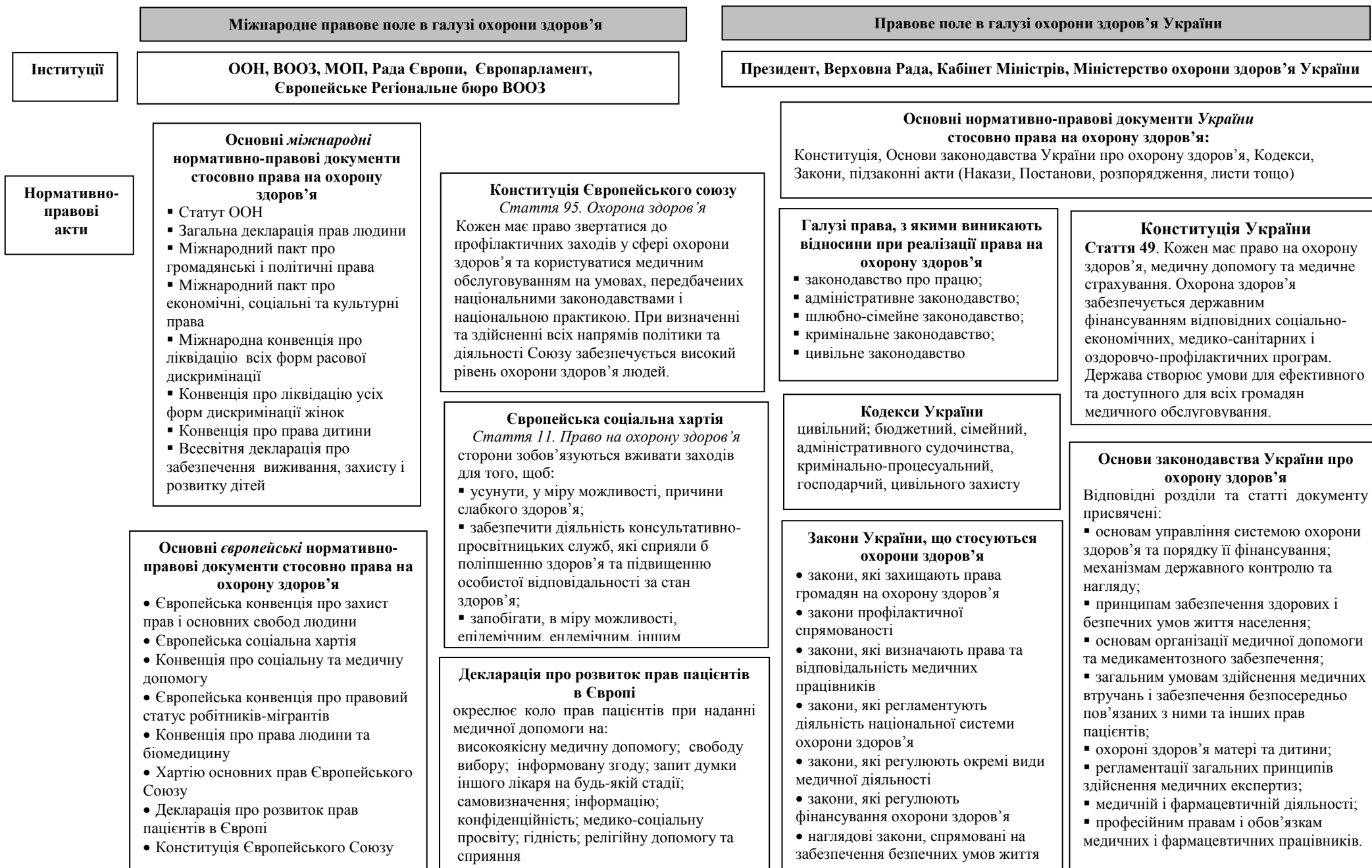
1. Конституція України. – К.: Алерта, 2011. – 96 с
2. Основи законодавства України про охорону здоров'я (електронний ресурс). - Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua>
3. Грузева Т.С. Право на здоров'я у міжнародному і вітчизняному законодавстві // Вісник соціальної гігієни і організації охорони здоров'я України. – 2003. – №3. – С.65-73.
4. Москаленко В.Ф., Грузева Т.С., Іншакова Г.В. Право на охорону здоров'я в нормативно-правових актах міжнародного та європейського рівня. – Х.:Контраст, 2006. – 296 с.
5. Москаленко В.Ф. Здоровье и здравоохранение: ключевые императивы. – К.: ВД «Авіцена», 2011. - 256 с.

Завдання для самостійної роботи

Дайте відповідь на питання стосовно правої колізії, що склалася навколо даної ситуації:

1. Людині помилково була перелита кров іншої групи. Гемотрансфузійний шок, що розвинувся, вдалосявилікувати, але виникло необоротне ушкодження головного мозку пацієнта. *Які правові наслідки в цьому випадку виникають?*
2. Під час проведення гемодіалізу відбулося зараження хворого ВІЛ-інфекцією. *Яка буде відповідальність медперсоналу?*
3. При обстеженні хворого лікар допустив необережне висловлювання про невиліковність захворювання, яке згодом виявилось неправильним. Хворий отримав фізичні та моральні страждання у зв'язку з цим помилковим висловлюванням. *Що слід зробити хворому, щоб домогтися компенсації моральної шкоди?*
4. Незважаючи на ознаки гострого апендициту, хворий категорично відмовився від проведення термінової операції, хоча йому була роз'яснена можливість важких ускладнень і навіть смертельного результату. *Що повинен зробити лікар, щоб уникнути юридичної відповідальності?*
5. Лікар повідомив дружині, на її наполегливе прохання, про наявність онкологічного захворювання у чоловіка. Останній дізнався про цей діагноз від дружини і покінчив життя самогубством. На розтині раку не виявили. *Які права пацієнта порушив лікар, і в чому полягатиме його відповідальність?*
6. Населення, що проживає близько алюмінієвого заводу, хворіє на флюороз, навіть не працюючи на ньому. *Чи можна визнати у них флюороз професійним захворюванням?*
7. Пацієнт отримав травму в лікарні (зламав ногу) при переході від одного корпусу до іншого через ожеледицю. *Хто несе відповідальність за цю травму, і в чому полягатимуть правові наслідки?*
8. Родичі добилися видачі тіла покійного без проведення патологоанатомічного розтину. Потім у них з'явилися сумніви в правильності його лікування. *Чи є у родичів законна можливість домогтися відшкодування матеріальної шкоди, заподіяної, на їхню думку, працівниками організації охорони здоров'я?*
9. Через кілька років після косметичної корекції молочних залоз у хворої виникла флегмона однієї із залоз, з подальшою її рубцевою деформацією. Хвора ці роки перебувала у хворобливому і пригніченому стані, витратила багато особистих коштів на відновлення пошкодженого здоров'я. *На яку компенсацію має право розраховувати постраждала?*
10. Лікар-стоматолог в літаку не зміг надати невідкладної допомоги вагітній жінці, яка померла від масивного маткової кровотечі. *Чи виникає у лікаря-стоматолога (рентгенолога, патологоанатома, судового медика та ін.) Юридична відповідальність?*
11. Лікар-терапевт зробив в приймальному відділенні лікарні операцію переривання вагітності (аборт) жінці, доставленої в лікарню в нічний час після дорожньо-транспортної пригоди з масивною маточною кровотечею (при терміні вагітності 26 тижнів). *Як повинні кваліфікуватися дії лікаря-терапевта?*
12. Лікар під час відпустки, рухаючись на своїй машині по дорозі, не зупинився і не надав медичної допомоги водієві, який постраждав у ДТП. У результаті ненадання медичної допомоги настала смерть водія. Зі свідчень лікаря: «Я був у відпустці і не зобов'язаний піклуватися про першого зустрічного». *Кваліфікуйте дії лікаря.*
13. Робітниця гальванічного цеху заводу «Вимірювач», пов'язувала погіршення свого здоров'я з шкідливими умовами на виробництві. Вона звернулася в медико-санітарну частину заводу за консультацією, проте на питання про фактори, що негативно впливають на здоров'я, відповісти відмовилися, посилаючись на заборону адміністрації. *Які права робітниці було порушено?*
14. У санпропускнику черговий лікар надавав екстрену допомогу хворому з травматичним шоком. Через деякий час надійшов другий хворий з гострою кровотечею, надати допомогу якому лікар не зміг, бо виводив з шоку першого хворого. Другий хворий помер від кровотечі, не дочекавшись допомоги. *Чи винен лікар у смерті цього хворого?*
15. Під час епідемії грипу пацієнт у зв'язку з високою температурою і ознобом викликав по телефону дільничного (сімейного) лікаря. На виклик лікар не з'явився. Увечері була викликана бригада ШМП, в машині якої хворий помер. *Хто винен у смерті хворого?*

Логічна структура теми самостійної роботи: ПРАВОВІ ЗАСАДИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.



Тема 9: МЕТОДИКА ПРИЙНЯТТЯ УПРАВЛІНСЬКИХ РІШЕНЬ. УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ.

Тема самостійної роботи: МЕНЕДЖМЕНТ ТА ЛІДЕРСТВО В ОХОРОНІ ЗДОРОВ'Я

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.

Основні поняття теми: управління, менеджмент, процес прийняття управлінських рішень, стилі керівництва, соціальні прошарки колективу

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 передаудиторної підготовки:

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.

Додаткова література:

1. Дерябина В.Л. Научные основы управления здравоохранением /Рук-во по соц. гигиене и орг. здравооохр. В 2-х т. - М.: Медицина, 1987. - С. 41-85.
2. Журавель В.И. Основы менеджмента в системе здравоохранения. - Киев, 1994.- 335 с.
3. Журавель В.И., Вайнагій В.М., Рогач І.М. Керівник та підлеглий- Ужгород, 1997.- 237 с.
4. Журавель В.И., Мегедь В.П., Ушкевич Б.А. Руководителю-менедеру в помощь (словарь-справочник)-К., 1997.- 89 с.
5. Криштопа Б.П., Андреева И.М. Менеджер в системе здравоохранения. Киев, 1995. – 180 с.
6. Мескон М.Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента: Пер. с англ. – М.: "Дело", 1992. – 702 с.

Завдання для самостійної роботи:

Окресліть коло питань, які мають бути вирішені керівником медичного закладу шляхом прийняття управлінських рішень при виникненні наступної проблеми:

1. За даними щорічних звітів у лікарні за останні три роки відмічається значна плінність медичних кадрів, особливо лікарів.
2. У районній поліклініці одночасно пішли у декретну відпустку два дільничних лікарів, одночасно ще двоє лікарів виявили бажання піти на пенсію.
3. У туберкульозному диспансері протягом останнього півріччя зафіксовано два випадки захворювання на туберкульоз серед медичного персоналу.
4. До головного лікаря центральної районної лікарні звернувся пацієнт, що лікувався рік тому у хірургічному відділенні цієї лікарні, із скаргою про те, що в результаті переливання крові сталося зараження хворого на гепатит С.
5. Черговий лікар районної лікарні залишив без нагляду травмованого пацієнта, якого доставили в стаціонар в тяжкому стані після аварії. Пацієнт помер у приймальному відділенні.
6. Головний лікар під час відвідування неврологічного відділення лікарні вивів відсутність на робочому місті лікаря-ординатора. Через дві години лікар повернувся до роботи.
7. Завідувач лабораторії лікарні повідомив головного лікаря про відсутність певних реактивів, необхідних для проведення досліджень.
8. В доповідній записці головному лікарю міської лікарні завідувач інформаційно-аналітичного відділу звернув увагу на велику кількість помилок, яких припускаються лікарі під час заповнення облікових документів.
9. Після ремонту реанімаційного відділення будівельники залишили легкозаймисті фарби безпосередньо у відділенні, де у неділю сталася пожежа.
10. Під час планової перевірки з боку санепідслужби в кабінеті щеплень дитячої поліклініки було виявлено вакцини з терміном придатності, що закінчився.
11. Головний лікар діагностичного центру з річного звіту (розділ про кадрове забезпечення) довідався, що лише 20% лікарів протягом року пройшли курси підвищення кваліфікації з тематичного удосконалення.
12. Лікар терапевтичного відділення лікарні звернувся з проханням до головного лікаря перевести його в інше відділення, посилаючись на «неможливість знайти спільну мову із своїм завідувачем».
13. Пацієнтки пологового будинку звернулись до головного лікаря із спільною скаргою на одного з лікарів, звинувативши його у хабарництві.
14. За територією лікарні, яка межує з дачним містечком, під самим парканом лікарні місцеві жителі влаштували звалище будівельного сміття.
15. Під час чергової наради у головного лікаря старша медична сестра закладу доповіла, що протягом останнього місяця зафіксовано три крадіжки медичних препаратів в одному з відділень.

Типовий приклад. Ситуаційна задача

Завідувач хірургічного відділення центральної районної лікарні на черговій нараді у головного лікаря запропонував провести реструктуризацію ліжкового фонду: відкрити одне з додаткових відділень терапевтичного профілю (кардіологічне чи пульмонологічне) за рахунок скорочення ліжок в хірургічному відділенні, посилаючись на низьку середньорічну зайнятість ліжка в хірургічному відділенні.

Головний лікар повинен з'ясувати наступні питання:

- 1) потреба населення в хірургічних ліжках та показники використання ліжок хірургічного профілю за останні 5 років в даній лікарні;
- 2) рівень кваліфікації персоналу хірургічного відділення лікарні, середньорічна кількість проведених операцій, що припадає на одного лікаря-хірурга, летальність (у т.ч. післяопераційна) у відділенні;
- 3) показники використання наявного ліжкового фонду у терапевтичному відділенні;
- 4) потреба населення в ліжках різних видів терапевтичного профілю (рівні захворюваності населення по класах хвороб);
- 5) матеріально-технічні та кадрові можливості створення додаткового відділення терапевтичного профілю;
- 6) експертні оцінки керівників усіх підрозділів закладу (включаючи поліклінічного відділення, лабораторії і т.ін.) з приводу доцільності створення додаткового відділення;
- 7) результати опитування населення з приводу цього питання;
- 8) можливі альтернативні варіанти вирішення проблеми (створення або розширення існуючого денного стаціонару в поліклініці або відкриття відділення сестринського нагляду).

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 стіна
Слон – це змія
Слон – це спис



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. Багатопрофільні 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. Стаціонарозамінні 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, дружна до молоді.

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

1. Історія геронтології та геріатрії.
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 геріатричної допомоги в Україні (амбулаторно-поліклінічні, стаціонарні, стаціонарозамінні заклади).
6. Потреба в геріатричній допомозі, завдання та перспективи її розвитку.
7. Лікар-геріатр: функції та завдання. Геріатрична освіта.
8. Взаємодія закладів геріатричної допомоги зі структурами сімейної медицини
9. Паліативна допомога. Хоспіси.

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ для виконання СРС (самостійної 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 системо охорони 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.

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 стаціонарозамінної допомоги, її організаційні форми. Функції та структура денного стаціонару.
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 стаціонару 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.