

Харьковский национальный медицинский университет



СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методические разработки
для преподавателей к проведению практического занятия
по теме **«Организация оказания вторичной
(специализированной) лечебно-профилактической
помощи населению»**

для подготовки студентов 6-х курсов по специальности:

- 7.12010001 «Лечебное дело»,
- 7.12010002 «Педиатрия»,
- 7.12010003 «Медико-профилактическое дело».

Харьков
2016

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ХАРЬКОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методические разработки
для преподавателей к проведению практического занятия
по теме **«Организация оказания вторичной
(специализированной) лечебно-профилактической
помощи населению»**

для подготовки студентов 6-х курсов по специальности:

- 7.12010001 «Лечебное дело»,
- 7.12010002 «Педиатрия»,
- 7.12010003 «Медико-профилактическое дело».

*Утверждено ученым советом
Харьковского национального
медицинского университета.
Протокол № 6 от 26.05.2016*

Харьков
ХНМУ
2016

УДК 614.2.1

Социальная медицина и организация здравоохранения : методические разработки для преподавателей к проведению практического занятия по теме «Организация оказания вторичной (специализированной) лечебно-профилактической помощи населению» для подготовки студентов 6-х курсов по специальности 7.12010001 «Лечебное дело», 7.12010002 «Педиатрия», 7.12010003 «Медико-профилактическое дело» / сост. В.А. Огнев, К.М. Сокол. – Харьков : ХНМУ, 2016. – 30 с.

Составители: Огнев В.А.
Сокол К.М.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Цель занятия: изучить организацию вторичной (специализированной) лечебно-профилактической медицинской помощи населению; раскрыть сущность деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих вторичную медицинскую помощь.

Знать:

➤ **программные вопросы:**

– определение новых задач, стоящих перед специализированными медицинскими учреждениями с учётом современных трансформационных сдвигов в состоянии здоровья населения Украины;

– порядок определения особенностей структуры и штатного обеспечения больниц разного уровня (центральной городской, городской, центральной районной);

– особенности оценки адекватности структуры больниц, стоящему перед ними заданию обеспечения специализированной помощи жителям города и села, детскому и взрослому населению;

– методику анализа задач, структуры и деятельности кабинетов (кардиологического, пульмонологического, онкологического и др.);

➤ **основные международные и национальные нормативно-правовые документы по теме:**

– Постановление КМ Украины от 20.06.2006 г. №989 «О комплексных мероприятиях по внедрению семейной медицины», от 14.01.2002 г. «Об утверждении межотраслевой»;

– Конституция Украины (принята Верховной Радой Украины 26 июня 1996 года);

– Указ Президента Украины от 07.12.2000 г. № 1313 «О Концепции развития здравоохранения населения Украины»;

– Указ Президента Украины от 06.12.2005 г. № 1694 «О неотложных мерах по реформированию системы здравоохранения населения»;

– Основы законодательства Украины о здравоохранении (приняты Постановлением Верховной Рады Украины от 19.11.1992 г. №2802–ХІІ). Статья 35, 38;

– Приказ Украины от 22.06.1995 г. №144 «Об утверждении учреждений здравоохранения, перечень врачебных должностей»;

– Приказ МЗ Украины от 23.02.2000 г. №33 «О штатных нормативах и типовых штатах учреждений здравоохранения».

➤ **учетно-отчетная медицинская документация:**

– Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (ф. № 025-2/0);

– Талон амбулаторного пациента (ф. № 025-6/0);

– Медицинская карта амбулаторного больного (ф. № 025/0);

– Медицинская карта стационарного больного (ф. № 003/0);

- Статистическая карта больного, выбывшего из стационара (ф. № 066-0);
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. № 030-0);
- Карта учета диспансеризации (ф. № 13/0);
- Отчет лечебно-профилактического учреждения (ф. № 20);
- Отчет о количестве заболеваний, зарегистрированных у больных, которые проживают в районе обслуживания лечебного учреждения (ф. № 12);
- Отчет о причинах временной нетрудоспособности (ф. № 23 вн).

Уметь:

- анализировать структуру, штаты и деятельность различных видов лечебно-профилактических учреждений, оказывающих населению вторичную лечебно-профилактическую помощь;
- разрабатывать мероприятия по улучшению организации и деятельности медицинских учреждений различных уровней по оказанию лечебно-профилактической помощи;
- оценивать эффективность организации оказания вторичной помощи различным контингентам населения.

Форма занятия: практическое занятие.

Место проведения занятия: учебная комната кафедры.

Методическое обеспечение занятия:

- методические разработки к занятиям;
- методическая литература: рабочая тетрадь для студентов (специальная подготовка);
- презентационные материалы;
- тестовые задания.

Алгоритм проведения занятия: Преподаватель проверяет присутствие студентов, объявляет тему и цель занятия, объясняет актуальность ее изучения и возможность использования в практической деятельности.

После введения в занятие преподаватель выясняет у студентов, какие вопросы возникли при подготовке темы. Далее преподаватель переходит к рассмотрению и контролю знаний студентов по основному теоретическому материалу, уделяя дополнительное внимание вопросам, которые студенты не смогли понять при самостоятельной подготовке к занятию.

Применяемые формы контроля: устный опрос студентов, практическое задание, выполнение тестовых заданий с предыдущим разбором тестов (время на выполнение не более 15 минут).

Формы практических заданий: ситуационные задания, кейсы.

После контроля теоретических знаний и выполнения практических заданий преподаватель делает основные выводы по изученной теме, подводит итоги контроля теоретических знаний и практических навыков студентов, а также объявляет студентам полученные ими на занятии оценки и домашнее задание.

План занятия и расчет времени в процентах к длительности занятия:

1	Введение в занятие	до 5 %
2	Рассмотрение основных вопросов темы и контроль теоретических знаний	80 %
3	Выполнение практического задания	10 %
4	Подведение итогов и объявления домашнего задания	до 5 %
	Всего	100 %

Рекомендуемая литература

Базовая литература

1. Громадське здоров'я : підручник для студентів вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузєва [та ін.]. – Вид. 3. – Вінниця : Нова Книга, 2013. – С. 521-531.

2. Збірник тестових завдань до державного випробування з гігієни, соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я / В.Ф. Москаленко та ін. / за ред. В.Ф. Москаленка, В.Г. Бардова, О.П. Яворовського. – Вінниця : Нова Книга, 2012. – 200 с.

3. Методические указания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов 6 курса медицинского факультета по подготовке к государственному выпускному практически-ориентированному экзамену по социальной медицине и организации здравоохранения / сост. В.А. Огнев, Н.А. Галичева и др. – Харьков, 2015. – 66 с.

4. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / під ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. – С. 327-328, 458-465.

5. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : посібник для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять / В.В. Рудень. – Львів, 2004. – 595 с.

6. Тестові завдання з соціальної медицини, організації охорони здоров'я та біостатистики : навч. посібн. для студентів мед. ф-тів / за ред. В.А. Огнева. – Харків : Майдан, 2005. – С. 145-176.

Вспомогательная литература

1. Медицинская помощь на дому. Будущее стационара : Пер. с англ. / под ред. DANLERMAN. – К., 1996. – 385 с.

2. Міжнародна статистична класифікація хвороб МКХ-10. – К., МОЗ України, 1998. – 307 с.

3. Организация системы качества медицинской помощи, медицинских услуг населению с использованием информационных технологий : материалы конф. – К., 1999. – 280 с.

4. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 1998–1999 рр. – К. : Центр медичної статистики МОЗ України, 2000. – 187 с.

5. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения / под ред. Ю.П. Лисицина : В 2 т. – М. : Медицина, 1987. – Т.1. – 429 с.; Т.2. – 463 с.

6. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / под ред. Ю.П. Лисицина. – М., 1998. – 698 с.

7. Соціальна медицина і організація охорони здоров'я : підручник / за ред. Н.І. Кольцової, О.З. Децик – 2-е видання перер. і доп. – Ів.-Франківськ, 1999. – 304 с.

Информационные ресурсы

1. U.S. National Library of Medicine – Национальная медицинская библиотека США – <http://www.nlm.nih.gov/>

2. Государственная научно-педагогическая библиотека Украины им. В.О. Сухомлинского – <http://www.dnpb.gov.ua/>

3. Население Украины. Демографический ежегодник. – К.: Госкомстат Украины – www.ukrstat.gov.ua

4. Научная библиотека Харьковского национального медицинского университета – <http://libr.knmu.edu.ua/index.php/biblioteki>

5. Научная педагогическая библиотека им. К.Д. Ушинского Российской академии образования – <http://www.gnpbu.ru/>

6. Национальная библиотека Украины им. В.И. Вернадского – <http://www.nbuv.gov.ua/>

7. Национальная научная медицинская библиотека Украины – <http://www.library.gov.ua/>

8. Харьковская государственная научная библиотека им. В.Г. Короленка – <http://korolenko.kharkov.com>

9. Центральная библиотека Пущинского научного центра РАН – <http://cbp.iteb.psn.ru/library/default.html>

10. Центральная научная медицинская библиотека Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова – <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

ОСНОВНОЙ ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ЗАНЯТИЮ

1. Сущность вторичной (специализированной) лечебно-профилактической помощи населению

В соответствии с Основами законодательства Украины «Про охорону здоров'я» (1992) в зависимости от уровня сложности медицинской помощи выделяют 3 ее вида: первичная, вторичная, третичная.

Первичная медико-санитарная помощь предусматривает консультацию врача общей практики (семейного врача), диагностику и лечение основных наиболее распространенных заболеваний, направление пациентов для оказания специализированной помощи, проведение профилактических

мероприятий.

Вторичная (специализированная) лечебно-профилактическая помощь предусматривает квалифицированное консультирование, диагностику, профилактику и лечение врачами специалистами.

Третичная (высокоспециализированная) лечебно-профилактическая помощь оказывается врачами (или их группами), которые имеют соответствующую подготовку в области сложных для диагностики и лечения заболеваний, а также заболеваний, которые редко встречаются.

Вторичную (специализированную) лечебно-профилактическую помощь в амбулаторных условиях оказывают в городской местности: в самостоятельных поликлиниках для взрослых и детей, в поликлинических отделениях для взрослых и детей центральных районных городских, межрайонных больниц, в специализированных станциях скорой медицинской помощи, в поликлиниках медико-санитарных частей, в самостоятельных женских консультациях (или консультациях, входящих в состав родильного дома), в поликлинических отделениях диспансеров различного профиля и др.

Стационарная помощь оказывается в специализированных отделениях многопрофильных больниц, центральных, городских и других больниц, стационарах различных диспансеров, специализированных отделениях родильных домов и др.

В сельской местности этот вид помощи оказывается центральной районной больницей и другими районными медицинскими учреждениями (районные и межрайонные больницы, диспансеры, женские консультации и т.д.).

2. Самостоятельная поликлиника – структура, штатные нормативы врачебных кадров, организация работы. Основные задачи поликлиники, разделы её работы

Основным учреждением по оказанию вторичной (специализированной) амбулаторно-поликлинической помощи является **самостоятельная поликлиника**, поликлинические отделения для взрослых и детей. Для оказания этого вида помощи населению в штате поликлиники (городской, центральной районной больницы и др.) предусмотрены должности врачей-специалистов, количество которых зависит от мощности поликлиники и количества обслуживаемого населения. В соответствии с приказом МЗ Украины №33 от 23.02.2000 г. «О штатных нормативах и штатах учреждений здравоохранения» в городских поликлиниках с населением более 25 тыс. чел. предусмотрены должности врачей по оказанию специализированной лечебно-профилактической помощи (на 10000 населения в возрасте 18 лет и старше): кардиолог, ревматолог, хирург, ортопед-травматолог, уролог, офтальмолог, невропатолог, отоларинголог, эндокринолог, инфекционист, аллерголог-иммунолог, гастроэнтеролог, пульмонолог, проктолог, акушер-гинеколог.

Организация работы этих специалистов регламентируется расписанием

приема врачей в поликлинике.

Основные виды работ, это организация и проведения профилактической и лечебной работы среди населения. Рабочий день врача-специалиста, как правило, при 5-ти дневной рабочей неделе, составляет 6,5 часов, при нагрузке на 1 час 5 больных. Узкие специалисты обслуживают вызовы на дому только в тех случаях, когда вызов сделал участковый (семейный) врач. Врачи-специалисты осуществляют также диспансерное наблюдение за больными своего профиля с ведением соответствующей медицинской документации (медицинской карты амбулаторного больного, контрольной карты диспансерного наблюдения и др.).

Врачи-специалисты должны составлять годовые отчеты о своей деятельности, каждые 5 лет повышать профессиональный уровень на соответствующих курсах.

Штатно-организационная структура поликлиники: управление; кабинет доврачебного приема; отделение профилактики; регистратура; лечебно-профилактические отделения – семейные или терапевтические; специализированные отделения или кабинеты в зависимости от мощности поликлиники – кардиологические, пульмонологические, онкологические и т.д.; отделение восстановительного лечения; лечебно-вспомогательные кабинеты (отделения); диагностические кабинеты (отделения); дневной стационар; кабинет неотложной помощи; информационно-аналитическое отделение; другие подразделения.

Штатные нормативы врачебных кадров (число должностей на 10000 взрослого населения):

- врач-терапевт участковый 5,9;
- врачи: хирург, отоларинголог, офтальмолог, невропатолог по 0,5;
- врачи: кардиолог, эндокринолог по 0,3;
- врач-гастроэнтеролог – 0,25;
- врачи: пульмонолог, ревматолог по 0,15;
- врач-инфекционист – 0,2.

Эффективность деятельности поликлиники зависит от правильной организации работы всех её звеньев.

К основным задачам поликлиники относятся:

- организация и оказание первичной и вторичной специализированной, квалифицированной медицинской помощи в поликлинике и на дому;
- проведение медико-социальной экспертизы временной утраты трудоспособности;
- организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди населения, включая противоэпидемические;
- проведение диспансерного наблюдения за различными контингентами населения;

- гигиеническое воспитание и обучение населения;
- ведение официальной учетно-отчетной документации, проведение анализа работы и эффективности своей деятельности, изучение показателей здоровья населения, разработка мероприятий по снижению заболеваемости вообще, госпитализированной в частности и др.

Важное место в работе поликлиники занимает **специализированная амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, особенно в современных условиях** кардиологическая, пульмонологическая, травматологическая и онкологическая помощь.

3. Организация работы кардиологического кабинета

Болезни системы кровообращения – одна из самых актуальных проблем современной медицины второй половины XX в. и в начале XXI веков.

Заболевания системы кровообращения относятся к IX классу заболеваний по МКБ X, который объединяет 8 блоков.

Эти болезни занимают первое место среди причин смертности (60–65% умерших); первое место – среди причин инвалидности (на их долю приходится 20–22% инвалидов, а среди первичной инвалидности – 32,9%), а также первое место в общей заболеваемости населения (517,8‰), 2–3 место в первичной заболеваемости (52,4‰).

Сердечно-сосудистые заболевания приводят к частой госпитализации населения, их доля составляет около 12%, такие больные требуют длительного и интенсивного лечения. Они часто приводят к временной утрате трудоспособности населения, особенно у мужчин трудоспособного возраста, а также отмечается «омоложение» контингента больных, отмечается даже рост заболеваемости у детей.

Структура сети медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями представлена следующим образом:

1) внебольничную (амбулаторно-поликлиническую) помощь оказывают:

- кардиологические кабинеты поликлиник;
- кардиологические диспансеры;
- специализированная скорая медицинская помощь;

2) больничную (стационарную) помощь оказывают:

- кардиологические отделения с блоками реанимации и интенсивной терапии;

- кардиологические центры;

3) санаторно-курортную помощь оказывают:

- санаторно-курортные учреждения.

Высокоспециализированную и высококвалифицированную медицинскую помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями оказывают в ведущих научных центрах:

- Украинском научно-исследовательском институте кардиологии

им. М.Д. Стражеско;

– научно-исследовательском институте сердечно-сосудистой хирургии АМН.

Первичным звеном оказания специализированной помощи этим больным являются **кардиологические кабинеты поликлиник**.

В штаты кардиологического кабинета входят врач-кардиолог, прошедший подготовку по функциональной диагностике и электрокардиографии, и медсестра, которая владеет методикой регистрации ЭКГ.

К функциональным обязанностям кардиологического кабинета относятся:

- оказание консультативной помощи лечащим врачам по профилактике, выявлению и лечению больных ССЗ;
- оказание на поликлиническом этапе специализированной лечебно-диагностической помощи больным с заболеваниями кровообращения;
- направление больных по показаниям в диспансеры, центры, НИИ, санитарно-курортные учреждения;
- обеспечение диспансерного наблюдения за больными;
- организация и проведение организационно-методических мероприятий.

На стационарное лечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями направляют заведующие терапевтическими отделениями совместно с врачом-кардиологом поликлиники.

Особого внимания требуют больные с острым инфарктом миокарда, для оказания им помощи организуют палаты интенсивной терапии и реанимации. Практика показывает, что на госпитальном этапе организация специализированной или узкоспециализированной медицинской помощи позволяет получить наилучшие результаты в лечении, особенно для больных с острым инфарктом миокарда, который дает высокие показатели летальности.

В настоящее время в Украине создана поэтапная система оказания медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями:

1-ый этап – **догоспитальный** – на этом этапе помощь оказывают специализированные кардиологические бригады скорой помощи, врачи неотложной помощи, семейные врачи;

2-ой этап – **госпитальный (стационарный)** – помощь оказывается в специализированных кардиологических отделениях стационаров;

3-этап – **восстановительный** – осуществляется в отделениях восстановительного лечения, которые развернуты в ряде больниц и в кардиологических санаториях.

4. Организация работы пульмонологического кабинета

В структуре общей заболеваемости населения первое место **занимают болезни органов дыхания**, а среди них те, которые имеют хроническое течение, значительно влияют на состояние здоровья населения, понижают трудоспособность, увеличивают нагрузку на лечебно-профилактические учреждения, обуславливают потребность в усовершенствовании медицинской помощи больным пульмонологического профиля.

К учреждениям, оказывающим специализированную пульмонологическую помощь, относятся:

- государственный пульмонологический центр;
- пульмонологические отделения областных и городских больниц;
- пульмонологические кабинеты городских и районных больниц.

Пульмонологический кабинет в поликлинике оказывает специализированную лечебно-диагностическую помощь при неспецифических заболеваниях легких (НЗЛ).

К неспецифическим заболеваниям легких относятся:

- острые и хронические бронхиальные пневмонии;
- бронхиальная астма;
- бронхоэктатическая болезнь;
- плевриты и др.

В пульмонологическом кабинете работает врач-пульмонолог и медицинская сестра.

Функциональными обязанностями пульмонологического кабинета являются:

– оказание консультативной помощи лечащим врачам по профилактике, выявлению и лечению пульмонологических больных;

– оказание на поликлиническом этапе специализированной лечебно-диспансерной помощи больным трудоспособного возраста (при хроническом бронхите, хронической пневмонии, бронхиальной астме инфекционно-аллергического генеза, бронхоэктатической болезни);

– направление больных на госпитализацию в пульмонологическое отделение:

а) при проведении специальных исследований с целью дифференциальной диагностики бронхолегочных заболеваний;

б) при тяжелом течении пневмонии с легочной недостаточностью в фазе обострения;

в) при экссудативном плеврите неспецифической этиологии и других заболеваниях;

– направление больных в пульмонологические центры, НИИ, санаторно-курортные учреждения;

– организация и проведение организационно-методических мероприятий.

5. Организация работы травматологического кабинета (травматологического пункта)

В поликлиническом отделении больницы должен быть организован самостоятельный прием ортопедо-травматологических больных в круглосуточно работающем травматологическом пункте. Возглавляет травматологический пункт заведующий отделением, который одновременно выполняет функции районного врача ортопеда-травматолога. Это обеспечивает связь объединенного ортопедо-травматологического отделения с амбулаториями и здравпунктами, а также с родильными домами и акушерскими отделениями, расположенными в районе деятельности больницы. Пострадавшего, после соответствующей медицинской обработки, на дальнейшее лечение направляют в амбулаторию или в стационар. В том и другом случае должна быть обеспечена преемственность в лечении, то есть единая методика, выполняемая всеми врачами всех подразделений под общим руководством заведующего отделением.

Из опыта вытекает, что объединение приема в амбулаторном (поликлиническом) кабинете больных, не нуждающихся в экстренной помощи, и больных со свежей травмой приводит к нарушению ритмичности работы врача. По этим соображениям необходимо считать недопустимыми повторные приемы в круглосуточно работающем травматологическом кабинете больных, которым была оказана неотложная помощь с назначением последующего амбулаторного лечения.

В травматологическом кабинете следует оказывать лишь неотложную помощь и определять показания для дальнейшего стационарного или амбулаторного лечения: в первом случае больной немедленно направляется в отделение, во втором – в ортопедо-травматологический кабинет амбулатории (поликлиники).

Что касается размещения стационарных отделений, амбулаторных приемов и круглосуточно работающих травматологических кабинетов, то, руководствуясь имеющимися распоряжениями Министерства здравоохранения, необходимо иметь в виду и вышеприведенный принцип организации объединенных учреждений. Это значит, что:

1) ортопедо-травматологическое стационарное отделение должно организовываться в больнице, имеющей возможности обеспечить амбулаторный прием больных этого профиля;

2) на территории больницы, лучше в непосредственной близости от стационарного отделения, должен быть организован круглосуточно работающий травматологический кабинет;

3) больные, получившие помощь в этом кабинете, направляются для дальнейшего лечения либо в амбулаторию, либо в стационар;

4) заведующий стационарным отделением обеспечивает проведение единой методики лечения пострадавших во всех этих учреждениях;

5) врачи стационара, амбулатории и травматологического кабинета меняются по строгому графику, но все в одинаковой степени принимают

участие в дежурствах и в консультативной работе на здравпунктах и в амбулаториях предприятий, расположенных в районе;

б) по очереди на одного из врачей, осуществляющих амбулаторный прием, возлагается обязанность систематических посещений родильных отделений больниц и роддомов района для проведения осмотра новорожденных с целью раннего выявления возможных врожденных деформаций и последствий различных по характеру родовых травм.

Ортопедо-травматологические кабинеты амбулаторий (поликлиник) и круглосуточно работающие травматологические кабинеты, расположенные вдали от больниц, имеющих ортопедо-травматологические отделения, должны все же быть, если не объединены, то по меньшей мере прикреплены к ближайшим от них ортопедо-травматологическим стационарным отделениям. Это даст возможность, хоть и не систематически, но все же контролировать и своевременно вносить соответствующие поправки в их деятельность. Всей этой организацией в городах должен руководить городской ортопед-травматолог, находящийся в постоянной связи с департаментами здравоохранения города и области. В областных центрах, в которых нет городского ортопедо-травматолога, эти функции должен выполнять областной ортопед-травматолог.

Как указывалось выше, организовывать ортопедо-травматологические отделения следует в тех больницах, которые имеют возможность в своих поликлинических отделах выделить ортопедо-травматологический прием. Согласно приказам МЗ, это должно быть осуществлено в тех поликлиниках, где имеются два и больше хирургических приема. Следовательно, в этих поликлиниках один из хирургических кабинетов должен быть переоборудован в ортопедо-травматологический. В таком кабинете должно быть не менее двух комнат: приемная врача и перевязочная, приспособленная и для наложения гипсовых повязок. Эти две комнаты должны быть смежными, соединяющимися дверьми и имеющими самостоятельные выходы в коридор или в специальное помещение для ожидания. Необходимо также, чтобы эти комнаты были расположены вблизи от рентгеновского кабинета и по возможности от кабинетов лечебной гимнастики и физиотерапии.

Учитывая, что все больные с острой травмой обслуживаются в круглосуточно работающем травматологическом кабинете, на амбулаторный прием в поликлинике попадают, кроме плановых, уже обслуженные больные для дальнейшего лечения. Таким образом, в ортопедо-травматологическом кабинете этим больным, как правило, репозиций производить не будут. Основная задача врача этого кабинета в отношении таких больных состоит в наблюдении за сохранением иммобилизирующих повязок, в контроле за правильностью стояния фрагментов, за своевременным удалением иммобилизирующих повязок и за проведением функциональной терапии.

Врач амбулаторного кабинета выдает пострадавшему больничный лист, представляет больного на комиссию для продления срока нетрудоспособности и, заканчивая лечение, выписывает больного на работу. Лишь в тех случаях, когда наступает вторичное смещение отломков, врач решает произвести вторичную репозицию или направить больного в стационарное отделение.

В связи с изложенным оборудование перевязочной-гипсовочной в поликлинике может быть и проще и не столь многообразным: кроме оборудования обычных перевязочных, там должны быть инструменты для ухода за гипсовыми повязками и снятия их; стенные полки для хранения заготовленного гипсовального материала, марли, ваты и бинтов; две подставки для ног; деревянный стол со съемным тазодержателем; гипсоулавливатель; табуретки с тазами. В рентгеновском кабинете поликлиники необходим небольшой ручной экран. На приеме врачу помогает перевязочная медсестра, обученная технике гипсования.

Круглосуточно работающий травматологический кабинет (пункт), как уже указывалось, должен быть размещен вблизи от стационарного отделения. Имеются все основания считать наилучшим вариантом расположение его в том же здании, где размещены ортопедо-травматологическое и хирургическое отделения. Дело в том, что современные возможности обязывают обеспечить в больницах, оказывающих неотложную помощь, и реанимационную службу. Опыт показал, что наибольшее количество пострадавших, требующих этой помощи, приходится на травматологических больных ортопедического профиля. Поэтому вполне рационально обеспечить травматологический кабинет (пункт) всем необходимым для борьбы с шоком и реанимацией. Имея это в виду, круглосуточно работающий травматологический кабинет (пункт) должен располагать помещениями, обеспечивающими оказание полноценной помощи больным с травматическими повреждениями опорно-двигательного аппарата и всем необходимым для борьбы с шоком и реанимацией.

Поэтому круглосуточно работающий травматологический кабинет (пункт) должен располагать следующими кабинетами: кабинет врача, перевязочная и гипсовальный кабинет должны быть смежными комнатами с отдельными выходами в помещение для ожидания с рядом расположенными рентгеновским кабинетом, предоперационной и операционным залом, изолированными от помещения для ожидания. Таким образом, первые три комнаты расположены непосредственно у наружного входа в помещение, а вторые три – должны быть внутренними, то есть изолированными от наружного входа, но сообщающимися с первыми тремя внутренним коридором.

Все эти помещения необходимо соответствующим образом оборудовать специальной мебелью и инструментарием. Перевязочная травматологического кабинета служит преимущественно для производства местной анестезии при репозициях переломов и вправлении травматических вывихов, а также для первичной обработки небольших ранений у больных, могущих самостоятельно ходить. Что касается операционной, то она должна быть приспособлена главным образом для целей реанимации и борьбы с шоком. В этой операционной следует оказывать помощь больным с обширными или сложными повреждениями, которых нельзя первично обработать в перевязочной.

Для четкой и бесперебойной работы ортопедо-травматологических

отделений необходимо специальное оборудование. Ортопедо-травматологическое отделение больницы должно располагать ортопедическими кроватями, снабженными деревянными щитами, покрытыми плотным, но тонким ватным, а лучше – волосяным матрасом. Удобно, если матрас состоит из трех равных частей, что разрешает варьировать укладку больного в нужном положении. Кроме того, это облегчает уход за лежащими больными, к которым применяется постоянное вытяжение. Отделение должно быть полностью обеспечено аппаратурой для постоянного вытяжения.

В отделении обязательно должны быть кабинет для перевязок, кабинет для наложения гипсовых повязок, кладовая для хранения аппаратуры для вытяжения, рентгеновский кабинет и операционный блок. Перевязочную следует располагать в центре помещения для удобства перевозки больных из всех палат. Оборудование перевязочной ничем не отличается от обычных хирургических перевязочных. Рядом с перевязочной желательно иметь небольшую манипуляционную комнату для сестер. Кабинет для наложения гипсовых повязок должен входить в операционный блок и, следовательно, находиться вблизи от рентгеновского кабинета. Он оборудуется специальной мебелью и инструментарием. Площадь его должна быть достаточной для того, чтобы посредине стоял ортопедический стол, а у стены простой деревянный стол, на который можно было бы переложить больного для окончательной обработки гипсовой повязки. Из специальной мебели необходимы: шкаф для хранения заготовленного суточного запаса гипсовального материала, марли, ваты и бинтов; подставки для конечностей; табуретки для тазов; гипсоулавливатель; маленький столик для записей. Из инструментария здесь необходимы: ножницы для снятия гипсовых повязок; пилы для распиливания и несколько ножей для обрезывания гипсовых повязок; гипсорасширитель и клюв для отгибания краев гипсовых повязок. Кроме того, нужно иметь небольшой набор слесарных инструментов (молоток, зубило, плоскогубцы, кусачки, шило, тиски, маленькая наковальня). Весь этот инструментарий лучше всего держать в специальном шкафу – верстаке. В нем же должны быть проволока, фанерные дощечки, шпагат, швейные иглы и нитки. Если нет возможности выделить кладовую для аппаратуры вытяжения, в гипсовальном кабинете оборудуются настенные широкие полки, на которых в определенном порядке хранится эта аппаратура.

6. Организация работы онкологического кабинета

Проблемой номер два общественного здоровья являются **злокачественные заболевания**. Эти заболевания занимают второе место среди причин смерти человека, что и определяет их социально-медицинское значение.

Злокачественные новообразования являются второй причиной инвалидности (в структуре составляет 19,0–20,0%). Их последствия крайне негативно влияют как на общество в целом, **так и на семью больного и самого пациента.**

Для общества это экономические затраты, как прямые, так и опосредованные. **Прямые экономические затраты** составляют всего 20,0% от общих затрат – это затраты на диспансеризацию, обследование, лечение и реабилитацию больных; подготовку специалистов-онкологов; развертывание сети онкологических учреждений; медицинское оснащение; социальное обеспечение; затраты, направленные на предупреждение инвалидизации, снижение смертности.

Опосредствованный ущерб составляет до 80,0% всех затрат общества – это ожидаемые потери, обусловленные преждевременной смертностью населения в не- и трудоспособном возрасте (максимальными являются потери обществом детей от злокачественных заболеваний), оплатой больничных листов по временной нетрудоспособности; содержанием инвалидов.

Для семьи – это снижение дохода; распад семьи; сиротство; вдовство.

Для больного – это снижение социального статуса; снижение общественной активности; снижение межличностных контактов; снижение качества жизни; физические и психические страдания и т.д.

Кроме этого в целом под влиянием злокачественных заболеваний изменяются демографические показатели (увеличивается демографическая нагрузка, сокращается средняя продолжительность жизни населения, увеличивается смертность населения и т.д.).

Значимым подразделением для оказания онкологической помощи больным в поликлинике является **онкологический кабинет**. В онкологическом кабинете работает врач-онколог и медицинская сестра.

Онкологический кабинет, который является первичным звеном онкологической службы Украины, организуется в составе поликлиник (поликлинических отделений) городских или центральных районных больниц. Онкологический кабинет должен иметь в своем составе помещения для приема больных, осуществления лечебных процедур и хранения медицинской документации.

Административно онкологический кабинет **подчинен** главному врачу поликлиники, на базе которой он расположен, методически – областному онкологическому диспансеру.

Кабинет возглавляют врачи, имеющие специальную подготовку по онкологии и выполняющие функции районных онкологов. **Главной задачей онкологических кабинетов являются:**

- организация противораковых мероприятий в районе;
- проведение приема больных злокачественными новообразованиями, организация их госпитализации для специального онкологического лечения (радикальная операция, лучевая терапия, химиотерапия, гормонотерапия, иммунотерапия) в областных онкологических диспансерах, в онкологических отделениях областных или городских больниц и симптоматического лечения в хосписах – онкологических больницах для больных злокачественными

новообразованиями в IV стадии злокачественного процесса, или наблюдение у районного онколога по месту жительства;

- осуществление больным злокачественными новообразованиями отдельных видов специального лечения (гормонотерапии и химиотерапии) по назначению лечебно-профилактических учреждений онкологического профиля;
- организация учета онкологических больных и своевременное представление необходимой информации о данном контингенте в областной канцер-реестр при областных онкологических диспансерах;
- диспансерное наблюдение за онкологическими больными;
- организация рассмотрения запущенных форм злокачественных новообразований;
- санитарно-просветительная работа среди населения.

Важным разделом в организации онкологической помощи населению Украины и оценке деятельности лечебно-профилактических учреждений онкологического профиля, в которой большая роль отводится районным онкологам, является сбор и анализ данных об онкологических заболеваниях с целью эффективного управления работой системы здравоохранения в этой сфере. Основными задачами при этом являются: систематический анализ данных онкологической статистики о распространенности злокачественных опухолей среди населения, поло-возрастной структуре больных злокачественными новообразованиями, медико-географические особенности заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей, эффективность противораковых мероприятий.

Наиболее объективные и достоверные данные о распространенности онкологических заболеваний можно получить в базе данных областных канцер-реестров, функционирующих во всех областях Украины и расположенных в областных онкологических диспансерах. Кроме этого, в Национальном институте рака МЗ Украины находится Национальный канцер-реестр Украины. Таким образом, показатели распространенности и летальности в Украине с учетом локализации и вида опухолей можно проанализировать на основании данных Национального канцер-реестра Украины.

Эффективность профилактических осмотров, качество диагностики, особенности и эффективность специального лечения оцениваются по данным выживания.

Для обеспечения полноты учета, больных злокачественными новообразованиями медицинские работники используют первичные учетно-отчетные документы, к ним относятся: «Сообщение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (форма №090/о), «Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественными новообразованиями» (форма № 27-1/о), «Регистрационная карта диспансерного наблюдения больного злокачественными новообразованиями» (форма №030-6/о), которые позволяют пополнять базу данных территориальных канцер-реестров и, соответственно, Национальный канцер-регистр.

7. Организация работы детской больницы.

Структура, задачи и организации помощи детям

Лечебно-профилактическая помощь детям является неотъемлемой частью охраны материнства и детства.

Она обеспечивает организацию медицинского наблюдения за здоровыми детьми и подростками и предоставляет им квалифицированную медицинскую помощь.

Вторичная (специализированная) лечебно-профилактическая помощь детям оказывается в детских больницах, и включает в себя амбулаторно-поликлиническую и больничную (стационарную). Амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается специалистами в поликлиниках, а больничная – в стационарных отделениях.

Структура детской поликлиники представлена следующим образом:

- управление;
- регистратура;
- кабинет доврачебного приема;
- фильтр (боксы);
- лечебно-профилактические отделения (педиатрическое отделение: кабинеты педиатров, кабинет здорового ребенка и кабинет вакцинации; специализированные кабинеты или отделения: хирургический, неврологический, офтальмологический, отоларингологический, пульмонологический, гастроэнтерологический и др.; отделение восстановительного терапии: физиотерапевтический кабинет, кабинет ЛФК, кабинет массажа, кабинет механотерапии, логопедический кабинет, бассейн; дошкольно-школьное отделение);
- дневной стационар;
- молочная кухня, другие подразделения (кабинет неотложной помощи, дневной гельминтологический полустационар, информационно-аналитическое отделение, кабинет медико-социальной помощи);
- диагностическое отделение (рентгенологическое отделение, лаборатория, отделение функциональной диагностики);
- хозяйственная часть.

Основные функции детской поликлиники:

- оказание лечебно-консультативной помощи детям в поликлинике и на дому;
- организация и реализация комплекса профилактических мероприятий;
- проведение противоэпидемиологических мероприятий совместно с учреждения санэпиднадзора;
- оказание лечебно-профилактической помощи детям в детских дошкольно-школьных учреждениях;
- правовая и социальная защита детей;

- проведение организационно-методической работы;
- обеспечение диспансерного наблюдения за больными;
- внедрение в практику новых методов диагностики и лечения.

Потребность в стационарной помощи возникает при необходимости в постоянном врачебном наблюдении за больным ребенком, в проведении интенсивного комплексного лечения и исследования, которые невозможно осуществить в амбулаторно-поликлинических условиях.

Основной задачей детской больницы (отделения является предоставление специализированной квалифицированной медицинской помощи в достаточном объеме и надлежащего качества.

Структура стационара:

- 1) управление;
- 2) приемное отделение;
- 3) лечебные отделения:
 - а) соматические:
 - для детей в возрасте до 1 года;
 - для детей в возрасте от 1 до 3 лет;
 - для детей в возрасте от 3 до 5 лет;
 - б) специализированные:
 - палаты для детей в возрасте до 1 года;
 - палаты для детей в возрасте от 1 до 3 лет;
 - палаты для детей в возрасте от 3 до 5 лет;
 - в) другие подразделения:
 - лечебно-вспомогательные отделения;
 - диагностические отделения;
 - архив, кухня, прачечная, патологоанатомическое отделение.

В крупных стационарах создают самостоятельные отделения для недоношенных детей и больных новорожденных детей.

В детских больницах создают также реанимационные отделения или палаты интенсивной терапии, в том числе для новорожденных.

В круг задач стационара детской больницы входят:

- оказание детям специализированной и квалифицированной медицинской помощи;
- внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения больных детей на основе достижений медицинской науки и практики, а также передового опыта работы детских лечебно-профилактических учреждений, научной организации труда (НОТ);
- развитие и совершенствование организационных форм и методов работы детских учреждений, повышение качества и культуры лечебно-профилактической помощи детям.

8. Госпитальные округа, порядок их формирования

Госпитальные округа создаются для оказания экстренной и вторичной (специализированной) медицинской помощи пациентам в неотложном состоянии в условиях стационара, а также координации деятельности учреждений здравоохранения, которые размещены в границах госпитальных округов.

Госпитальные округа должны обеспечить:

- уровень безопасности и качества медицинской помощи населению на основе доказательной медицины и менеджмента;
- доступность необходимой медицинской помощи для пациентов;
- эффективность использования ресурсов здравоохранения.

В связи с организацией госпитальных округов в системе здравоохранения вводятся следующие медицинские термины: госпитальный округ, границы госпитального округа, многопрофильная больница интенсивного лечения и совет госпитального округа.

Госпитальный округ – географическая территория, в пределах которой обеспечивается доставка пациентов в учреждения здравоохранения для оказания в условиях стационара экстренной и вторичной (специализированной) медицинской помощи в течение 60 минут с момента вызова бригады экстренной медицинской помощи в неотложном состоянии.

Границы госпитального округа – условная линия, которая разделяет территории с различными направлениями маршрутизации экстренной медицинской помощи при транспортировке больных к многопрофильным больницам интенсивного лечения и используется:

- для диспетчеризации экстренной медицинской помощи;
- для планирования объемов медицинской помощи, оказываемой лицам при неотложных состояниях и заболеваниях или с хроническими заболеваниями, нуждающимся в оказании экстренной медицинской помощи.

Многопрофильная больница интенсивного лечения – многопрофильное учреждение здравоохранения, обеспечивающее оказание экстренной и вторичной (специализированной) медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара, дневного стационара или амбулаторных условий, взрослым и/или детям при неотложных состояниях и заболеваниях или с хроническими заболеваниями, требующими оказания экстренной медицинской помощи, с обязательным наличием отделений экстренной (неотложной) медицинской помощи.

Совет госпитального округа – консультативный орган для формирования решений по распределению средств, а также назначения и увольнения руководителей учреждений здравоохранения и других вопросов, связанных с организацией оказания вторичной медицинской помощи в пределах госпитального округа.

Госпитальный округ очерчивает территорию, на которой расположена одна многопрофильная больница интенсивного лечения II уровня и могут быть расположены одна или несколько больниц интенсивного лечения I уровня, а также могут быть расположены другие учреждения здравоохранения, обеспечивающие предоставление экстренной и вторичной (специализированной) медицинской помощи различных профилей и специализации.

Определение границ госпитального округа осуществляется областными государственными администрациями на основании критерия минимальной численности населения, проживающего на этой территории и наличия учреждений здравоохранения, которые способны оказывать экстренную медицинскую помощь. Госпитальные округа формируются в пределах области.

Граница госпитального округа определяется областными государственными администрациями на основе: возможности проезда к многопрофильным больницам интенсивного лечения, которая не превышает 60 минут с момента вызова бригады экстренной (неотложной) помощи, эквивалентна радиусу зоны обслуживания 60 км при условии наличия дорог с твердым покрытием.

Зона обслуживания может быть меньше при отсутствии путей сообщения или особенностей рельефа, которые существенно затрудняют коммуникации (реки без мостов, горы).

Границы госпитальных округов не пересекаются и могут не совпадать с границами административно-территориальных единиц.

Границы госпитального округа и соответствующие медицинские маршруты пациентов на получение экстренной и вторичной (специализированной) медицинской помощи при неотложных состояниях и заболеваниях могут оперативно изменяться по решению областной государственной администрации или центрального органа исполнительной власти, осуществляющего политику в сфере здравоохранения, при невозможности выполнять соответствующие функции, в случаях:

- чрезвычайных ситуаций любого вида и уровня, которые вызывают резкие изменения потребностей в экстренной медицинской помощи;
- неспособности больниц интенсивного лечения (II и/или I уровней) обеспечивать оказание медицинской помощи в необходимых объемах;
- нарушения транспортных коммуникаций и др.

Определение учреждений здравоохранения для поэтапного формирования на их базе многопрофильных больниц интенсивного лечения II уровня осуществляется областными государственными администрациями по критериям, установленным органом исполнительной власти, которые формируют политику в сфере здравоохранения, и согласуются основателями учреждений здравоохранения.

Решение о возложении на учреждение здравоохранения функции многопрофильной больницы интенсивного лечения I уровня по согласованию с основателем учреждения принимает областная государственная администрация

с учетом региональных особенностей и минимальной численности населения территории, обслуживаемой этой больницей, и базовых критериев отбора учреждений здравоохранения для многопрофильных больниц интенсивного лечения II уровня, установленными центральным органом исполнительной власти, формирующем политику в сфере здравоохранения.

При определении учреждений здравоохранения для формирования многопрофильной больницы интенсивного лечения следует руководствоваться следующим:

- (специализированной) медицинской помощью по полному перечню профилей и обязательным наличием отделения экстренной (неотложной) медицинской помощи, в соответствии с уставом (положением);
- количеством населения, проживающего в пределах 60-минутного проезда в заведение с момента вызова бригады экстренной (неотложной) помощи, составляет не менее 200 тыс. чел.

Для больниц интенсивного лечения I уровня:

- наличие ресурсного, материально-технического и кадрового обеспечения, в том числе отделения экстренной (неотложной) медицинской помощи для увеличения объемов предоставления вторичной (специализированной) медицинской помощи при неотложных состояниях и заболеваниях, в соответствии с уставом (положением);
- количество населения, проживающего в пределах 60-минутного проезда в заведение с момента вызова бригады экстренной (неотложной) помощи, составляет не менее 100 тыс. чел.

Совет госпитальных округов создается с целью формирования предложения по распределению средств субвенции для предоставления вторичной медицинской помощи между учреждениями, входящими в госпитальный округ.

Состав совета госпитального округа формируется из представителей органов местного самоуправления и утверждается решением областных, Киевской городской государственных администраций.

Совет госпитального округа действует на основании положения, утвержденного решением областных, Киевской городской государственных администраций.

Определено, что поэтапная замена медицинских маршрутов пациентов на получение вторичной (специализированной) медицинской помощи при острых состояниях и заболеваниях в рамках госпитальных округов, начинается с 1 января 2017 года.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Задание

На основании приведенных ниже данных разработать мероприятия по рациональному и эффективному использованию коечного фонда хирургического отделения городской больницы, для этого:

– рассчитать показатели деятельности хирургического отделения стационара;

– на основании показателей деятельности стационара, провести их анализ, сделать выводы и разработать мероприятия по улучшению его деятельности.

Некоторые данные деятельности хирургического отделения больницы в 2016 году

№ п/п	Количественные показатели деятельности		Количество	
1.	Численность населения (тыс.)		34,0	
2.	Число развернутых коек		250	
3.	Поступило больных		5650	
4.	Выписано:		5428	
	в том числе	с выздоровлением	2060	
		с улучшением состояния здоровья	3040	
		без изменений	328	
		умерло	72	
		остались в стационаре	150	
5.	Проведено койко-дней (тыс.)		85,2	
6.	Число прооперированных больных		470	
7.	Количество должностей хирургов		10	
8.	Количество больных, нуждающихся в неотложной помощи, но доставленных в стационар позднее 24 часов после установления диагноза		12	
9.	Количество больных, доставленных для предоставления срочной помощи		185	
10.	Число осложнений		10	
11.	Умерли после операции		5	
12.	Количество вскрытий		50	
13.	Совпадение диагнозов при вскрытии		45	
14.			5	
15.			4	

Анализ деятельности хирургического стационара

– Средняя занятость койки:

Количество проведенных больными койко-дней _____ = _____ дней

Среднегодовое количество коек _____

– Средняя длительность пребывания больных на койке:

Количество проведенных больными койко-дней _____ = _____ дней

Количество больных, прошедших через стационар
(выписанных+умерших) _____

– Оборот койки:

Количество выписанных и умерших больных _____ = _____

Среднегодовое количество коек _____

– Среднее количество операций на одну занятую должность хирурга:

Количество проведенных операций _____ = _____ опер.

Количество должностей хирургов _____

– Срочность хирургической помощи:

Количество больных, доставленных в стационар для
оказания неотложной помощи позднее 24 часов

после установления диагноза _____ x 100% = _____ %

Количество больных, доставленных для
предоставления неотложной помощи _____

– Послеоперационные осложнения:

Количество больных имеющих послеоперационные

_____ осложнения _____ x 100% = _____ %

Количество больных прооперированных
в стационаре _____

– Среднее число коек на 1 должность врача хирурга:

Среднегодовое число коек _____ = _____ коек

Число занятых должностей врачей хирургов _____

– Среднее число прооперированных хирургических больных на 1 должность врача хирурга:

Количество выбывших (выписанных + умерших)

из хирургического отделения за год _____ = _____ чел.

Число занятых должностей врачей хирургов _____

– Среднее число койко-дней на 1 должность врача хирурга:

Число койко-дней проведенных больными

в хирургическом стационаре за год _____ = _____ койко-дней

Число занятых должностей врачей хирургов _____

– Среднее число операций на 1 должность врача хирурга:

Число операций проведенных в стационаре за год _____ = _____ опер.

Число занятых должностей врачей хирургов _____

– Эффективность лечения в стационаре:

Количество выписанных с выздоровлением _____ x 100 = _____ %

Количество всех выписанных _____

Количество выписанных с улучшением состояния

здоровья _____ x 100 = _____ %

Количество всех выписанных _____

– Общая летальность:

Количество больных, умерших в стационаре _____ x 100 = _____ %

Количество выписанных + количество умерших _____

– Послеоперационная летальность:

Количество умерших из числа оперированных больных _____ x 100 = _____ %

Количество оперированных больных _____

Анализ деятельности _____

Вывод о деятельности стационара _____

Рекомендации по улучшению деятельности хирургического стационара _____

УЧЕТНО-ОТЧЕТНАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

Статистическая карта больного, выбывшего из стационара (ф.№ 066-0):

СТАТИСТИЧНА КАРТА ХВОРОГО, ЯКИЙ ВИБУВ ІЗ СТАЦІОНАРУ №

1. Дата госпіталізації:

--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)
2. Прізвище, ім'я, по батькові _____
3. Стать: чол. – 1, жін. – 2 ☐ 4. Дата народження

--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)
5. Житель міста, смт – 1, села – 2 ☐ 6. Проживає за адресою _____
(область, район, вулиця, будинок, квартира)
7. Ким направлений (медичний заклад) _____
8. Діагноз при направленні _____
9. Відділення госпіталізації _____ ☐ 10. Профіль ліжок _____
11. Госпіталізація екстрена – 1, планова – 2 ☐
12. Строки госпіталізації (до 6 годин – 1; 7 – 24 год. – 2; пізніше 24 год. – 3) ☐
13. Госпіталізація з приводу даного захворювання в даному році
вперше – 1, повторно – 2 ☐
14. Результат лікування:
виписаний(а) з одужанням – 1, поліпшенням – 2, погіршенням – 3,
без змін – 4; помер (ла) – 5; переведений(а) в інший лікувальний
заклад – 6; переведений(а) в інше відділення – 7; здоровий(а) – 8 (підкреслити) ☐
15. Дата виписки, смерті:

--	--	--	--	--	--

--	--

(число, місяць, рік) (час)
16. Проведено ліжко – днів _____
17. Діагноз стаціонару

Основний	Ускладнення	Супутні захворювання	Код основного діагнозу						
17а клінічний заключний			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
17 б патолого-анатомічний			<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						

18. В випадку смерті (вказати причину):

I. Безпосередня причина смерті захворювання

або ускладнення основного захворювання а) _____

захворювання, яке визвало або обумовило б) _____

безпосередню причину смерті

основне захворювання вказується останнім в) _____

II. Інші важливі захворювання, які сприяли смертельному результату, але не пов'язані з захворюванням або його ускладненням, які призвели до смерті

19. Хірургічні операції

Дата, час	Найменування операції (а)	Ускладнення (б)	
			19а
			19б

20. Обстежений на RW "_____" _____ 200__р.

на ВІЛ "_____" _____ 200__р.

21. Інвалід війни – 1; учасник війни – 2; потерпілий внаслідок аварії на

ЧАЕС – 3 (категорія _____серія _____ посвідчення № _____)

Підпис лікаря _____

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Дайте определение понятиям первичная, вторичная, третичная медицинская помощь.
2. Назовите лечебно-профилактические учреждения, которые оказывают вторичную (специализированную) медицинскую помощь в городской местности (амбулаторную и стационарную).
3. Назовите лечебно-профилактические учреждения, которые оказывают вторичную (специализированную) медицинскую помощь в сельской местности (амбулаторную и стационарную).
4. Самостоятельная поликлиника – структура, штатные нормативы врачебных кадров, организация работы.
5. Назовите основные задачи поликлиники.
6. Назовите основные разделы работы поликлиники.
7. Организация работы кардиологического кабинета.
8. Организация работы пульмонологического кабинета.
9. Организация работы травматологического кабинета (травматологического пункта).
10. Организация работы онкологического кабинета.
11. Детская больница и ее роль в оказании вторичной медико-санитарной помощи детям.
12. Детская поликлиника. Ее структура. Организация работы.
13. Стационар детской больницы. Структура, задачи.
14. Госпитальный округ, определение и цель их создания.
15. Границы госпитального округа, многопрофильная больница интенсивного лечения и совет госпитального округа, их определение.
16. Организация создания госпитальных округов.
17. Многопрофильные больницы интенсивного лечения 1 и 2 уровня, их задачи и различия.

СОДЕРЖАНИЕ

Методика проведения занятия.....	3
Основной теоретический материал для подготовки к занятию.....	6
1. Сущность вторичной (специализированной) лечебно-профилактической помощи населению	6
2. Самостоятельная поликлиника – структура, штатные нормативы врачебных кадров, организация работы. Основные задачи поликлиники, разделы её работы.....	7
3. Организация работы кардиологического кабинета.....	9
4. Организация работы пульмонологического кабинета.....	11
5. Организация работы травматологического кабинета (травматологического пункта).....	12
6. Организация работы онкологического кабинета	15
7. Организация работы детской больницы. Структура, задачи и организации помощи детям.....	18
8. Госпитальные округа, порядок их формирования	20
Практическое задание	23
Учетно-отчетная документация.....	26
Контрольные вопросы.....	28

Учебное издание

СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методические разработки для преподавателей
к проведению практического занятия по теме:
**«Организация оказания вторичной (специализированной)
лечебно-профилактической помощи населению»**
для подготовки студентов 6 курсов
по специальности: 7.12010001 «Лечебное дело», 7.12010002,
«Педиатрия», 7.12010003 «Медико-профилактическое дело».

Составители: ***Огнев Виктор Андреевич***
Сокол Константин Михайлович

Ответственный за выпуск ***В.А. Огнев.***

Формат А5. Ризография. Ум. друк. арк. 1,88.
Тираж 100 прим. Зам. № 16-33209.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Леніна, 4, м. Харків, 61022
izdatknmu@mail.ru, izdat@knmu.kharkov.ua
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і
розповсюджувачів видавничої продукції серії
ДК № 3242 від 18.07.2008 р.