



## СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Методические разработки  
для преподавателей к проведению практического занятия  
по теме ***«Организация и содержание работы лечебно-  
профилактических учреждений на разных этапах  
медицинского обеспечения сельского населения»***  
для подготовки студентов 5-х курсов по специальности:  
– 7.12010001 «Лечебное дело»,  
– 7.12010002 «Педиатрия»,  
– 7.12010003 «Медико-профилактическое дело».

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 и содержание работы лечебно-  
профилактических учреждений на разных этапах  
медицинского обеспечения сельского населения»**  
для подготовки студентов 5-х курсов по специальности  
– 7.12010001 «Лечебное дело»,  
– 7.12010002 «Педиатрия»,  
– 7.12010003 «Медико-профилактическое дело».

*Утверждено ученым советом  
Харьковского национального  
медицинского университета.  
Протокол № 10 от 22.09.2016*

Харьков  
ХНМУ  
2016

УДК 614.21-054(1-22)

Социальная медицина и организация здравоохранения : методические разработки для преподавателей к проведению практического занятия по теме «Организация и содержание работы лечебно-профилактических учреждений на разных этапах медицинского обеспечения сельского населения» для подготовки студентов 5-х курсов по специальности 7.12010001 «Лечебное дело», 7.12010002, «Педиатрия», 7.12010003 «Медико-профилактическое дело» / сост. В.А. Огнев, П.О. Трегуб. – Харьков : ХНМУ, 2016. – 35 с.

Составители: Огнев В.А.  
Трегуб П.О.

## МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

**Цель занятия:** изучить основы и особенности медицинской помощи сельскому населению.

### **Знать:**

#### **➤ программные вопросы:**

- этапы оказания медицинской помощи сельскому населению;
- влияние природных и социально-экономических условий, состояния демографических процессов, заболеваемости и инвалидности на организацию медицинской помощи;
- проблема укомплектованности медицинскими работниками амбулаторий семейной медицины;
- организация амбулаторной, стационарной и экстренной медицинской помощи сельскому населению;
- сущность организационно-методической и информационно-аналитической работы районных и областных больниц;
- современное состояние оказания медицинской помощи в селе;
- место семейного врача в селе;
- реформирование и перспективы развития сельского здравоохранения.

#### **➤ учетно-отчетная документация:**

- медицинская карта амбулаторного больного (ф. 0.25/у);
- статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (ф. 025-2/у);
- талон амбулаторного пациента (ф. 025-6/у) или (ф. 025-7/у);
- медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у);
- статистическая карта больного, который выбыл из стационара (ф. 066/у).
- контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у).
- отчет лечебно-профилактического учреждения (ф. 20).

### **Уметь:**

- проводить анализ организационно-методической и информационно-аналитической работы районных и областных больниц.

**Форма занятия:** практическое занятие.

**Место проведения занятия:** учебная комната кафедры.

### **Методическое обеспечение занятия:**

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

**Алгоритм проведения занятия:** После проверки присутствия студентов преподаватель 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, выполнение тестовых заданий с последующим разбором ответов.

Далее проводится выполнение практической части в рамках изучения представленной темы. Преподаватель объясняет сущность практического задания, алгоритм выполнения и требования, к нему предъявляемые. После этого студенты получают индивидуальные или групповые варианты для самостоятельной работы по выполнению задания. Преподаватель контролирует и координирует самостоятельную работу студентов по выполнению практического задания. По мере выполнения или по истечению установленного времени на выполнение самостоятельной работы преподаватель проверяет выполненные задания, оценивая их.

При необходимости контроль теоретических знаний может проводиться после выполнения практического занятия.

*Формы практических заданий:* Решение задачи по оказанию помощи сельскому населению.

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	65%
3	Выполнение практического задания	25%
4	Подведение итогов и объявление домашнего задания.	до 5%
	<b>Всего</b>	<b>100%</b>

#### **Рекомендуемая литература**

##### **Базовая литература**

1. Громадське здоров'я : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В.Ф. Москаленко, О.П. Гульчій, Т.С. Грузева [та ін.]. – Вид. 3. – Вінниця : Нова Книга, 2013. – С. 348-361.

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. Пособие по социальной медицине и организации здравоохранения / под ред. Ю.В. Вороненко. – Киев : Здоровье, 2002. – С. 141-150.

4. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. Н.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. – М. : Медицина, 1984. – С. 457-471.

5. Социальная медицина и организация здравоохранения / под общ. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленко. – Тернополь : Укрмедкнига. 2000. – С. 310-

331.

6. Тестовые задачи по социальной медицине, организации здравоохранения и биостатистике : уч. пособ. для студентов мед. ф-тов / под ред. В.А. Огнева. – Харьков : Майдан, 2005. – С. 167-176.

### **Вспомогательная литература**

1. Европейская база данных «Здоровье для всех». – Режим доступа : [www.euro.who.int/ru/home](http://www.euro.who.int/ru/home)

2. Здоровье 2020 – основы европейской политики и стратегии для XXI века. – ВОЗ, 2013. – 232 с.

3. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – 2-е изд. испр. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.

4. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – 3-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.

5. Стародубов В.И. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / В.И. Стародубов, О.П. Щепин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 619 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](http://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.itb.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**

В целом медицинская помощь сельскому населению оказывается на обычных принципах здравоохранения, однако осуществить ее аналогично оказанию медицинской помощи городскому населению – невозможно. Это обусловлено рядом обстоятельств, среди которых следует выделить:

- 1) большая рассредоточенность населения, а следовательно низкая плотность проживания населения;
- 2) специфика сельскохозяйственного труда;
- 3) состояние дорог внутри сельского района;
- 4) особенности возрастно-полового состава жителей (большой удельный вес женского населения, пожилых и т.д.);
- 5) значительное количество населенных пунктов с малой численностью жителей.

### **1. Этапная система оказания медицинской помощи сельскому населению, ее сущность, этапы**

Изменение взглядов и экономических условий при переходе на рыночные условия (отношения) хозяйствования обусловили необходимость перераспределения лечебно-профилактической помощи между лечебно-профилактическими учреждениями. Введены понятия первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), вторичная и третичная (ВМСП, ТМСП), даны их определения. В частности, **ПМСП** – это не только лечение наиболее распространенных заболеваний и травм основными методами, но и помощь в организации рационального питания, обеспечении матери и ребенка, иммунизация против основных инфекционных заболеваний, профилактика эпидемических заболеваний и борьба с ними, санитарное просвещение населения и др. В связи с этим на уровне сельского районного центра и произошло разделение учреждений здравоохранения для оказания первичной и вторичной медико-санитарной помощи. Первичную медицинскую помощь оказывают Центры первичной медико-санитарной помощи расположенные в районных городах и поселках городского типа. Центры первичной медико-санитарной помощи населению имеют в своей структуре сеть фельдшерско-акушерских пунктов (ФАПов), фельдшерских пунктов (ФП), амбулаторий общей практики (семейной медицины), а также медицинские пункты временного базирования.

Вторичную медицинскую помощь оказывают на уровне района в Центральных районных больницах с консультативно-диагностическими центрами или поликлиниками. Для приближения вторичной медико-санитарной помощи к населению ЦРБ могут размещать свои отделения или кабинеты на базе бывших участковых больниц или арендовать помещения в амбулаториях общей практики (семейной медицины).

Первичная медико-санитарная помощь базируется на принципах семейной медицины, сущность которых заключается в наблюдении за достаточно стабильным контингентом населения с учетом медико-социальных проблем; обеспечении семьи бесплатной, доступной, непрерывной, постоянной

ПМСП и др. Фактически в оказании ее принимают участие многочисленные лечебно-профилактические учреждения первичного уровня.

Важным остается требование к организации первичной медико-санитарной помощи населению, которое состоит в том, **что 70% населения каждого населенного пункта должны находиться на расстоянии не более чем 7 км от медицинского учреждения.**

Организацию лечебно-профилактической помощи сельскому населению условно можно подразделить на несколько этапов:

– **первый этап** – амбулатория общей практики (семейной медицины) обеспечивающая оказание врачебной, квалифицированной первичной медико-санитарной помощи, фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), фельдшерский пункт (ФП), медицинские пункты временного базирования;

– **второй этап** – районные медицинские учреждения, обеспечивающие первичную и вторичную медико-санитарную помощь (ВМСП). Первичную медико-санитарную помощь оказывают Центры первичной медико-санитарной помощи населению, вторичную Центральные районные больницы, консультативно-диагностические центры или поликлиники;

– **третий этап** – областные лечебно-профилактические учреждения (областные больницы, диспансеры), которые обеспечивают специализированную и узкоспециализированную медицинскую помощь;

– **четвертый этап** – межобластные, республиканские медицинские учреждения, клиники НИИ, которые обеспечивают так же специализированную и узкоспециализированную помощь.

## **2. Первый этап оказания**

### **медико-санитарной помощи сельскому населению**

**Амбулатория семейной медицины.** В современных условиях наиболее рационально обеспечивать население первичной медико-санитарной помощью на принципах семейной медицины в специальных учреждениях – амбулаториях общей практики (семейной медицины).

*Амбулатория семейной медицины может быть организована как:*

– самостоятельное амбулаторно-поликлиническое учреждение, подчинённое соответствующему Центру первичной медико-санитарной помощи населению;

– подразделение коммунального поликлинического учреждения;

– подразделение негосударственного медицинского учреждения;

– частное медицинское учреждение (в них могут работать несколько врачей).

В регионах и городах Украины применяют различные организационные формы оказания первичной медико-санитарной помощи. Действуют семейные амбулатории с одним врачом, отделения семейных врачей (бригады). Более целесообразной считают групповую практику.

Число врачей семейной амбулатории зависит от числа пациентов и существующих нормативов. Кроме семейного врача, к амбулатории семейной медицины в крупных населенных пунктах Центральная районная больница может прикреплять для оказания вторичной медико-санитарной помощи врачей специалистов (врача-стоматолога, акушера-гинеколога и других медицинских



работников). При этом ЦРБ арендует у центра первичной медико-санитарной помощи соответствующие помещения.

Руководит амбулаторией заведующий – опытный врач, который так же занимается финансово-хозяйственной деятельностью. Финансируется амбулатория из государственного или местного бюджетов, за счет страховых взносов и взносов пациентов. Амбулатория пользуется правом юридического лица, имеет круглую печать, штамп, счет в банке. Амбулатория имеет имущество и автотранспорт. Амбулатория ведет учетную и отчетную документацию установленного образца.

Структура и штаты амбулатории зависят, прежде всего, от числа жителей, которые находятся под ее опекой. Амбулатория должна иметь: регистратуру; кабинет врача; кабинет осмотра; манипуляционную; экспресс-лабораторию; кабинет функциональной диагностики; физиотерапевтический кабинет; операционно-перевязочную комнату; стерилизационную; комнату для медицинского персонала; хозяйственную комнату; палату для дневного пребывания больных.

*Основными принципами функционирования семейной медицины являются:*

1) ориентация на реализацию национальной политики здравоохранения по сохранению здоровья граждан Украины и доктрины ВООЗ «Здоровье для всех в 21 веке»;

2) общедоступность для всех граждан независимо от положения в обществе, возраста, пола, состояния физического и психического развития;

3) использование научно обоснованных и ориентированных на современные технологии профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, которые базируются на отечественных традициях, передовом опыте и достижениях науки здравоохранения;

4) соблюдение комплексного социального, медицинского, экологического и психологического подхода к охране здоровья;

5) профилактическая направленность, сохранение здоровья и формирование здорового образа жизни;

6) финансирование из разных источников, включая страховые фонды;

7) государственная гарантия медико-санитарного обеспечения семей, отсутствие монопольного характера и возможность здоровой конкуренции

*Задачами амбулатории общей практики (семейной медицины) являются:*

– мониторинг состояния здоровья, факторов и условий, определяющих здоровье населения, реализации профилактических мероприятий и программ с оценкой их эффективности;

– обучение элементам гигиены, соблюдения здорового образа жизни, приемам предоставления само- и взаимопомощи;

– привлечение к решению проблем здравоохранения населения подготовленного санитарного актива, общественных организаций, работодателей, органов местного самоуправления;

– обеспечение на закрепленной территории гарантированного объема первичной медико-санитарной помощи;

- предоставление скорой и неотложной помощи при состояниях, которые угрожают жизни, травмах и отравлениях каждому человеку, независимо от местожительства, национальности, вероисповедания и экономического состояния;
- осуществление профилактической работы, направленной на устранение факторов риска, выявление латентных и ранних форм заболеваний;
- динамическое наблюдение за состоянием здоровья каждого гражданина закрепленной территории и членов его семьи на протяжении всей жизни, а также, людей других участков по их желанию;
- активное участие в реализации программ, которые оказывают содействие охране здоровья граждан и их семей, в особенности женщин и детей;
- организация предоставления всех вторичных (кроме первичной) видов медпомощи (специализированной и узкоспециализированной) у разных специалистов поликлиник и в стационарных условиях;
- участие в предоставлении медико-социальной помощи инвалидам, лицам преклонного возраста и другим социально-незащищенным группам населения.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях, в которых работает группа семейных врачей в количестве не менее 5–7 человек, можно сформировать самостоятельное отделение семейных врачей.

Отделение общей практики / семейной медицины организуется для предоставления квалифицированной первичной лечебно-профилактической помощи прикрепленному населению по семейно-территориальному принципу. Отделение общей практики / семейной медицины организуется как структурный подраздел амбулаторно-поликлинического учреждения при наличии 3 и более должностей врачей. Отделение общей практики / семейной медицины возглавляет врач общей практики / семейной медицины, который, назначается и освобождается главным врачом лечебно-профилактического учреждения.

*Задачами отделения общей практики / семейной медицины являются:*

- обеспечение квалифицированной, в том числе неотложной медпомощью, прикрепленного населения в объеме специальности «общая практика / семейная медицина» в условиях поликлиники и на дому;
- направление больных на консультацию к врачам других специальностей поликлиники и по договоренности – в другие лечебно-профилактические учреждения;
- организация и проведение консилиумов с привлечением специалистов поликлиники и других лечебно-профилактических учреждений;
- при наличии показаний – организация направления больных в стационар;
- проведение медико-социальной экспертизы временной утраты трудоспособности;
- обеспечение преемственности в работе с отделениями поликлиники и другими лечебно-профилактическими учреждениями;

- осуществление комплекса мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, травм, отравлений, снижение инвалидности и смертности населения;
- обеспечение проведения диспансеризации населения и наблюдение за состоянием его здоровья;
- организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий на участке;
- проведение санитарно-образовательной работы среди населения, пропаганда здорового образа жизни;
- внедрение современных методов профилактики, диагностики, лечения, реабилитации при разных заболеваниях;
- ведение учетно-отчетной медицинской документации;
- консультация населения участка по медико-социальным, психологическим вопросам, вопросам планирования семьи.

Врачи, которые работают в отделении общей практики / семейной медицины, обследование и лечение больных проводят в лечебно-диагностических службах учреждения, в составе которого функционирует отделение, и по договоренности – в других лечебно-профилактических учреждениях.

*Штатные нормативы медицинского персонала отделения (амбулатории) общей практики / семейной медицины* устанавливаются из расчета: 1 должность семейного врача на 1100–1200 лиц взрослого и детского населения в сельской местности, 1400–1500 лиц – в городской местности. Должности медицинских сестер общей практики / семейной медицины вводятся из расчета 1,5 должности на 1 должность врача общей практики / семейной медицины, 1 должность младшей медицинской сестры вводится из расчета на 3 врача, которые ведут амбулаторный прием.

Должность заведующего отделением вводится вместо 0,5 должности врача общей практики / семейной медицины, должность старшей медицинской сестры вводится вместо 0,5 должности медицинской сестры общей практики / семейной медицины. Должность сестры-хозяйки вводится вместо 0,75 должности младшей медицинской сестры.

Прикрепленное к отделению (участку) население, а также режим работы отделения общей практики / семейной медицины, утверждаются главным врачом Центра первичной медико-санитарной помощи населению.

Финансирование отделения общей практики / семейной медицины осуществляется за счет ассигнований лечебно-профилактического учреждения, в составе которого оно функционирует.

Персонал отделения общей практики / семейной медицины в своей работе руководствуется действующим законодательством, соответствующим положением, приказами, другими указаниями МЗ Украины, распоряжениями и приказами территориальных органов управления здравоохранением, которым подчинено лечебно-профилактическое учреждение, приказами главного врача лечебно-профилактического учреждения и положением об отделении.

Планы работы, отчеты и анализ деятельности отделения составляются заведующим отделением и подаются руководству в установленном порядке.

**Организационные формы работы семейной медицины (модели семейной медицины).** Эффективность семейной медицины во многом зависит от организационной формы работы семейной медицины. В международной практике принято выделять определенные модели работы врача общей практики (семейного врача).

Врач общей практики может работать один (одиночная практика), в партнерстве (2 врача общей практики), в группе из нескольких врачей (групповая практика).

В последнее время отмечается тенденция к более широкому распространению групповой практики. Так, если в 1951 году в Западной Европе 81% врачей общей практики работали в одиночку или вдвоем и 6% врачей общей практики работали в группах врачей, состоящих из 4-х и более человек, то в 1983 году это соотношение было уже – 29% и 49%. Основной причиной данной тенденции является то, что на каждого врача приходится меньше дежурств, у врача появляется большая возможность взять отпуск, более широкие возможности для диагностики, лечения (лучшее оборудование, аппаратура), расширение возможностей для профессионального общения, взаимных консультаций, учебы.

В ряде стран (Турция, Израиль, Финляндия, Скандинавские страны) врачи общей практики работают в центрах здоровья, обслуживающих не менее 10000 населения, в каждом центре не менее 3 врачей общей практики и в среднем 11 человек вспомогательного персонала.

Модели работы врачей общей практики (семейной медицины) формировались в зависимости от социально-экономических условий в той или иной стране и их классифицируют следующим образом.

**1-я модель – индивидуальная практика (сольный вариант).** С позиции экономической рентабельности индивидуальная практика целесообразна в населенных пунктах с малой численностью населения, в новых районах городов без развитой инфраструктуры, при разбросе территориальных участков и др. Индивидуально работающие семейные врачи могут направлять больных в диагностические и вспомогательно-лечебные подразделения лечебно-профилактического учреждения на условиях, обозначенных в контракте. При индивидуальной форме практики врач работает один или вместе со средним медицинским персоналом и является независимым хозяйственным субъектом, который самостоятельно формирует свою прибыль и отвечает по своим финансовым обязательствам. Часть врачей общей практики предпочитают работать индивидуально, что объясняется **следующими причинами**: не всегда возможно работать в группах, когда население проживает на очень больших территориях; когда нет коллег, тогда меньше возможностей возникновения конфликтов; врач, который работает сам, лучше знает своих больных, поскольку отвечает за меньшее количество пациентов; обслуживание больных может быть на самом высоком уровне, если врач придерживается высоких стандартов, но если врач отойдет от некоторых стандартов компетенции, то нет никого, кто бы обратил на это внимание.

Индивидуальные врачебные практики на современном этапе развития не могут быть отнесены к перспективным формам организации первичной медико-санитарной помощи, прежде всего, из-за ограниченности возможностей создания достаточно прочной материально-технической базы, позволяющей

использовать соответствующие уровню помощи современные диагностические и лечебные технологии. Индивидуальная врачебная практика целесообразна только в местностях с низкой плотностью населения, где функционирования группы врачей экономически нерентабельно. Мировой опыт свидетельствует о замене индивидуальных практик групповыми.

**2-я модель – спаренный вариант.** Во втором варианте (спаренном) вместе работают два семейных врача или два родственных врача, один из которых больше специализируется в педиатрии, а второй – в терапии.

**3-я модель – групповая семейная практика.** Все врачи – семейные врачи, каждый имеет свой семейно-территориальный участок. Все семейные врачи работают в одном помещении семейной медицины. Групповая семейная практика в организационном аспекте предусматривает работу ячейки семейной медицины разного количества семейных врачей, которые имеют полную самостоятельность (юридическое лицо), или начали свою деятельность в филиале поликлиники, больницы или медицинского объединения. Группа семейных врачей также может работать в поликлинике, и если их больше 5–7 человек, то можно сформировать самостоятельное отделение семейных врачей.

Функционирование группы семейных врачей (групповая семейная практика) может осуществляться на разных основах:

1) они работают только как семейные врачи и имеют закрепленные семейные территориальные участки;

2) все они являются семейными врачами, но кроме этого, в отдельности специализируются и предоставляют медицинскую помощь в разных областях медицины.

Последний вариант, в зависимости от количества семейных врачей, может быть представлен двумя формами: А – группа врачей небольшая и они охватывают дополнительно, кроме семейной практики, ещё и основные виды медицинской помощи – терапевтическую, педиатрическую, акушерско-гинекологическую, хирургическую с травматологической; Б – это большая группа (больше 7–9 человек), каждый из членов которой специализируется в предоставлении разных видов специализированной медицинской помощи.

**4-я модель – многопрофильные центры здоровья.** В ряде стран (Турция, Израиль, Финляндия, Скандинавские страны) врачи общей практики работают в центрах здоровья, обслуживающих не менее 10000 населения, в каждом центре не менее 3 врачей общей практики и в среднем 11 человек вспомогательного персонала. В отличие от большинства одиночных и групповых практик, в состав центра здоровья входят лаборатория, рентгеновский кабинет, больничные койки для острых и хронических больных. Некоторые центры имеют своих собственных консультантов-специалистов, но в любом случае получают внешние консультации от врачей специалистов. Центр здоровья это не здание, это система организации медицинской помощи. Акцент в центрах здоровья делается на охрану материнства и детства, сохранения здоровья пожилого населения, планирование семьи, формирование здорового образа жизни и т.д.

В центрах здоровья нет персональной ответственности, все врачи несут коллективную ответственность. Население имеет приписку к центру здоровья, это вызывает ряд проблем и не очень устраивает пациентов. В связи с чем рассматриваются варианты персональной ответственности врачей.

В странах могут одновременно присутствовать разные модели работы врачей общей практики, как правило с преобладанием какой-либо одной. Индивидуальная практика чаще всего встречается в Австрии, Бельгии, Дании. Групповая практика преобладает в Великой Британии, США. Центры здоровья распространены в Скандинавских странах.

Предлагаемые модели имеют свои плюсы и минусы, однако, выбор той или иной модели для внедрения в практику, зависит от мощности и местоположения медицинского учреждения, которое желает осуществить переход к медико-санитарному обеспечению на принципах семейной медицины, материально-технической и финансово-экономической базы, а также степени подготовки самих врачей и желания их работать в том или другом аспекте.

Сольные и спаренные варианты наилучшие для населения, так как в этих случаях ячейки семейной медицины расположены непосредственно на семейном территориальном участке.

Групповая семейная практика может быть рекомендована как в больших городах, так и в небольших населенных пунктах, однако, это экономически более выгодная модель функционирования семейной медицины, при которой семейные врачи представляют ещё и специализированные виды медицинской помощи.

При функционировании любого из вариантов должен остаться свободный выбор пациентом семейного врача, несмотря на то, что за ним закрепляется определенная территория обслуживания. О выборе другого врача подопечные должны сообщить участковому семейному врачу, а в дальнейшем между этими врачами имеет место передача определенной информации, в особенности об инфекционных и венерических заболеваниях.

Итак, выбор модели функционирования семейной медицины зависит от конкретных условий с учетом многих экономических, социальных, медицинских и других факторов. Решение может непосредственно приниматься самим населением и органами местной власти при активном участии руководства органов и учреждений здравоохранения, прерогативой которых является разработка соответствующих программ усовершенствования первичной медико-санитарной помощи на основах семейной медицины.

Все описанные модели семейной медицины должны функционировать в тесном содружестве с диагностически-консультационными лечебными реабилитационными центрами, детскими и родильными домами, а также структурами социального обеспечения.

В перспективе, если семейные врачи будут проживать непосредственно на территории закрепленного участка, и будут приняты соответствующие нормативные документы, им необходимо будет предоставлять круглые сутки скорую и неотложную медицинскую помощь. Ясно, что для этого должна быть обеспечена соответствующая материально-техническая база, обучение врачей и медицинских сестер, а также финансово-экономические расчеты за выполненную работу.

Опыт успешных систем здравоохранения многих стран указывает, что там, где есть развитая общая врачебная и медицинская практика, семейные врачи на высоком профессиональном уровне обеспечивают предоставление населению неотложной помощи. Они более серьезно и ответственно относятся

к диспансеризации хронических больных, и количество вызовов на дом в вечернее и ночное время в три-четыре раза меньше, чем в тех системах медобеспечения, где функционирует врачебная неотложная помощь в виде отдельного структурного подразделения. Существующая, как и бывшая система здравоохранения не может обеспечить преемственности в работе между станциями экстренной (скорой) помощи и участковыми службами территориальных поликлиник.

За включение в обязанности семейных врачей предоставления неотложной помощи жителям закрепленных семейно-территориальных участков, говорит также то, что они хорошо знают своих пациентов, функциональное состояние их органов и систем, ранее перенесённые заболевания, генетический статус, а также восприятие организмом больных тех или иных медпрепаратов. Семейные врачи могут поставить своим больным диагноз легче и быстрее, нежели врачи неотложной помощи, которые видят пациентов впервые и имеют ограниченное время визита.

Эффективное функционирование всех моделей семейной медицины является возможным при условии надлежащего психологического и социального обеспечения. Специалисты семейной медицины должны иметь соответствующий социально-правовой статус, а новая форма организации и предоставления медико-санитарной помощи должны активно поддерживаться органами местного самоуправления, депутатскими комиссиями здравоохранения и широкими кругами общественности.

**Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), критерии формирования, задачи.** ФАПы формируются в селах, расположенных на удалении до 2 км от базового села при наличии 700 жителей, на удалении 6 км и более при наличии 300 жителей и меньше.

Одна из важнейших задач ФАПов – профилактика травматизма и обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия. В целом же, осуществляемая медицинскими работниками работа состоит из двух разделов:

**А. Лечебно-профилактическая помощь населению:** амбулаторный прием больных; оказание медицинской помощи на дому; выполнение назначений врачей; участие в диспансеризации больных с хроническими заболеваниями и лиц с факторами риска; помощь врачу на приеме больных; патронаж беременных; медицинская помощь роженицам; диспансерное наблюдение детей; организация экспертизы временной утраты трудоспособности и др.;

**Б. Санитарно-противоэпидемические мероприятия:** выявление инфекционных больных; организация и проведение текущей дезинфекции; наблюдение за контактными с инфекционными больными; проведение профилактических прививок; осуществление мероприятий дегельминтизации; проведение текущего санитарного надзора за объектами хозяйственной деятельности, школами, детскими садами, территорией населенных пунктов; осуществление санитарно-просветительной работы; подготовка санитарного актива, контроль за его деятельностью; осуществление мероприятий по профилактике сельскохозяйственного травматизма и отравления ядохимикатами.

### **3. Второй этап обеспечения**

#### **медицинской помощью сельского населения**

На уровне районного центра медико-санитарное обслуживание населения осуществляется **Центрами первичной медико-санитарной помощи населению**, которые организуют и оказывают первичную медико-санитарную помощь населению и **Центральными районными больницами** с консультативно-диагностическими центрами или поликлиниками, диспансерами и другими учреждениями для оказания вторичной медико-санитарной помощи. В районных центрах также созданы центры экстренной (скорой) медицинской помощи населению.

**Центр первичной медицинской (медико-санитарной) помощи населению, его задачи, права и обязанности.** Основными организационными структурами ПМСП населению являются центры ПМСП и центры экстренной медицинской помощи которые регламентируются Законами Украины №36-12-VI от 07.07.2011 года «О порядке проведения реформирования системы здравоохранения в Винницкой, Днепропетровской, Донецкой областях и городе Киеве» и №5081-VI от 05.07.2012 года «Об экстренной медицинской помощи».

Центр первичной медицинской (медико-санитарной) помощи населению создается по решению органа местного самоуправления в соответствии с его полномочиями и находится в его подчинении с целью обеспечения потребностей населения в первичной медицинской (медико-санитарной) помощи.

Центр первичной медицинской (медико-санитарной) помощи является юридическим лицом, коммунальным некоммерческим предприятием или муниципальным некоммерческим учреждением. Как и другие лечебно-профилактические учреждения он проходит государственную регистрацию, аккредитацию и получает лицензию на осуществление медицинской практики в соответствии с законодательством Украины.

В своей работе центр руководствуется Конституцией Украины, законами Украины, актами Президента Украины и Кабинета Министров Украины, нормативно-правовыми актами Министерства здравоохранения Украины, Положением о нем, другими нормативно-правовыми актами. Ликвидация и реорганизация ЦПМСП осуществляются по решению органа местного самоуправления (учредителя) в соответствии с законодательством.

#### ***Основными задачами центра ПМСП являются:***

- 1) организация предоставления прикрепленному населению первичной медико-санитарной помощи;
- 2) обеспечение надлежащей доступности и качества первичной медицинской (медико-санитарной) помощи для прикрепленного населения;
- 3) организация взаимодействия с учреждениями здравоохранения, предоставляющими вторичную (специализированную) медицинскую помощь, третичную (высокоспециализированную) медицинскую помощь, а также экстренную медицинскую помощь;
- 4) организация и оказание неотложной медицинской помощи населению;
- 5) планирование развития первичной медико-санитарной помощи



населению;

6) проведение организационно-методической работы по обеспечению первичной медико-санитарной помощи;

7) осуществление финансового, материально-технического и кадрового обеспечения первичной медицинской (медико-санитарной) помощи;

8) обеспечение взаимодействия между подразделениями центра первичной медико-санитарной помощи в интересах сохранения и укрепления здоровья населения;

9) содействие доступности для населения сельской местности в получении экстренной стоматологической помощи;

10) организация и создание условий для осуществления розничной торговли лекарственными средствами.

***Согласно возложенных на него задач, Центр первичной медицинской (медико-санитарной) помощи:***

1) предоставляет населению первичную медико-санитарную помощь;

2) обеспечивает справедливую и равную доступность первичной медико-санитарной помощи населению, путем развития сети подразделений первичной медико-санитарной помощи и приближения ее к местам проживания населения;

3) реализует права граждан Украины **свободно выбирать врача**, предоставляющего первичную медико-санитарную помощь (врач общей практики / семейный врач, врач-терапевт/педиатр участковый);

4) обеспечивает преемственность и последовательность обследования, лечения и реабилитации пациентам во взаимодействии с другими медицинскими учреждениями;

5) при необходимости направляет пациентов для получения медицинской помощи на вторичном и третичном уровнях оказания медицинской помощи;

6) организует и осуществляет диспансеризации населения;

7) обеспечивает деятельность по приобретению, перевозке, хранению, отпуску, использованию и уничтожению наркотических средств, их аналогов или прекурсоров, заменителей и аналогов, сильнодействующих средств и психотропных веществ, при наличии лицензии на осуществление соответствующих видов деятельности в центре первичной медицинской (медико-санитарной) помощи;

8) оказывает паллиативную помощь пациентам на последних стадиях течения неизлечимых заболеваний, которая включает комплекс мероприятий, направленных на облегчение физических и эмоциональных страданий пациентов;

9) проводит санитарно-просветительскую работу, обучение населения здоровому образу жизни, основам оказания самопомощи и взаимопомощи;

10) организует раннее выявление и профилактику инфекционных и неинфекционных заболеваний, в том числе социально-значимых заболеваний;

11) устанавливает наличие показаний и осуществляет отбор больных для санаторно-курортного лечения;

12) проводит медико-социальную экспертизу временной утраты трудоспособности;

13) направляет лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу стойкой утраты трудоспособности, направляет пациентов на медико-социальную реабилитацию;

14) выписывает рецепты для льготного обеспечения медикаментами отдельных групп населения в соответствии с действующим законодательством;

15) обеспечивает взаимодействие структурных подразделений центра с детскими дошкольными учреждениями, учебными заведениями, социальными службами, правоохранительными органами, предприятиями, учреждениями и организациями, средствами массовой информации, общественными организациями в интересах сохранения и укрепления здоровья населения;

16) обеспечивает управление и контроль за качеством оказания медицинской помощи населению;

17) проводит организационно-методическую работу по предоставлению первичной медицинской (медико-санитарной) помощи в структурных подразделениях по следующим направлениям: сбор, обобщение и контроль достоверности статистической информации; отчетность согласно подчинения и предоставления оперативной информации; анализ состояния здоровья населения; изучение и прогнозирование потребности населения в первичной медико-санитарной помощи; планирование лечебно-профилактических мероприятий в соответствии с потребностями населения; анализ доступности первичной медико-санитарной помощи для населения; планирование развития сети и ее кадрового обеспечения;

18) организует повышение квалификации кадров, в том числе непрерывное обучение кадров без отрыва от производства (вместе с высшими медицинскими учебными заведениями);

19) внедряет современные методы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных, передового опыта по организации первичной медико-санитарной помощи, современных информационных технологий;

20) внедряет и совершенствует систему управления качеством оказания первичной медико-санитарной помощи;

21) проводит анализ состояния финансового обеспечения центра первичной медицинской (медико-санитарной) помощи и его структурных подразделений и разрабатывает финансовые планы;

22) осуществляет закупки лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинского оборудования и инвентаря, других средств, необходимых для функционирования центра первичной медицинской (медико-санитарной) помощи и его подразделений;

23) обеспечивает содержание зданий, сооружений и технических средств центра первичной медицинской (медико-санитарной) помощи и его подразделений в надлежащем состоянии;

24) обеспечивает надлежащую эксплуатацию и функционирование медицинского оборудования в подразделениях центра первичной медицинской (медико-санитарной) помощи;

25) осуществляет контроль за использованием материально-технических ресурсов в подразделениях центра первичной медицинской (медико-санитарной) помощи.

*Как и другие лечебно-профилактические учреждения Центр первичной медико-санитарной помощи кроме обязанностей имеет также и права, он имеет **право** самостоятельно:*

- осуществлять планирование работы в соответствии с государственными заказами и программами;
- организовывать свою деятельность по обеспечению выполнения договора о медицинском обслуживании населения;
- осуществлять распределение финансовых и имущественных ресурсов между своими подразделениями;
- заключать договоры, соглашения, выступать истцом и ответчиком в суде.

*Кроме этого, Центр ПМСП по согласованию с Учредителем имеет **право**:*

- заключать договоры о медицинском обслуживании населения в рамках бюджетной программы и в соответствии с действующим законодательством с врачами общей практики / семейными врачами, которые осуществляют хозяйственную деятельность с медицинской практикой как физические лица-предприниматели;
- заключать договоры с другими коммунальными и государственными учреждениями здравоохранения о проведении диагностических исследований, входящих в компетенцию первичной медико-санитарной помощи населению;
- осуществлять иную, кроме оказания медицинской помощи, хозяйственную деятельность, не запрещенную законодательством.

**Организационная структура центра первичной медико-санитарной помощи.** Структурными подразделениями Центра первичной медико-санитарной помощи являются:

- *административная часть/управление:* главный врач; заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию (1 должность на 25 врачей, но не менее 1 должности); заместитель главного врача по экспертизе временной утраты трудоспособности (1 должность на 25 врачей, но не менее 1 должности); главная медицинская сестра; главный бухгалтер; заведующий хозяйственной частью;
- *информационно-аналитический кабинет:* заведующий кабинетом; статистик медицинский; инженер-программист;
- *лечебно-профилактические учреждения:* амбулатории семейного врача; фельдшерско-акушерские пункты (ФАПы); фельдшерские пункты (ФП); медицинские пункты временного базирования;
- *хозяйственная часть:* бухгалтерия; экономист; инспектор отдела кадров; юрисконсульт; секретарь; инженер по охране труда (50 и более сотрудников); электрик (750 электроточек); другие.

**ЦРБ - центр организационно-методической работы по организации вторичной лечебно-профилактической работы с населением района.**

Эффективность оказания вторичной лечебно-профилактической помощи зависит от создания специализированных медицинских учреждений. В настоящее время в сельских районах таковыми являются центральные районные больницы, которые в дальнейшем, скорее всего, будут

реорганизованы в территориальные госпитальные округа. В центральной районной больнице в настоящее время работают врачи по 18–20 специальностям, которые и обеспечивают совместно с консультативно-диагностическими центрами или поликлиниками вторичную лечебно-профилактическую медицинскую помощь.

*Задачами центральной районной больницы являются:*

- оказание вторичной медико-санитарной помощи населению района (амбулаторной и стационарной);
- обеспечение неотложной и скорой медицинской помощи населению района;
- внедрение в практику работы лечебно-профилактических учреждений района современных методов и средств профилактики, диагностики и лечения больных;
- организация консультативно-диагностической помощи населению района;
- организационно-методическое руководство работой консультативно-диагностическим центром (поликлиникой), отделениями и кабинетами, оказывающими вторичную лечебно-профилактическую помощь населению и контроль за их деятельностью;
- разработка и внедрение методов, направленных на повышение качества медицинского обслуживания;
- разработка, организация и внедрение мероприятий по повышению квалификации медицинских работников, рационального их использования, эффективного использования материально-технической базы.

*Организационно-методическая работа ЦРБ включает в себя следующие мероприятия:*

- анализ показателей здоровья населения района;
- анализ показателей работы ЛПУ района;
- изучение и распространение передового опыта работы;
- планирование и организация повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- планирование и организация выездов специалистов ЦРБ в сельские врачебные участки для консультативной помощи населению района и врачам;
- разработка мероприятий по улучшению качества медицинского обеспечения населения.

В штате ЦРБ работают также главные специалисты района: хирург, терапевт, специалист по охране материнства и детства, их роль заключается в:

- непосредственном руководстве организацией лечебно-профилактического процесса;
- анализе показателей здоровья населения;
- внедрении новых методов диагностики и лечения больных;
- планировании повышения знаний специалистов своего профиля;
- проведении экспертизы объема и качества работы медицинского персонала;
- осуществлении организационно-методического руководства организации и проведения диспансеризации.

#### **4. Третий этап оказания помощи сельскому населению**

На третьем этапе задействованы лечебно-профилактические учреждения областного центра или подчиненных ему.

На 3-м этапе сельскому населению оказывается узкоспециализированная лечебно-профилактическая помощь в областных объединенных клинических больницах, диспансерах, специализированных больницах (онкологическая, скорой и неотложной помощи и др.), но основным учреждением по оказанию узкоспециализированной лечебно-профилактической помощи остается областная объединенная клиническая больница.

***Ее задачами является:***

- обеспечение населения области в полном объеме высокоспециализированной стационарной и поликлинической помощью;
- организация и оказание экстренной и консультативной медицинской помощи на территории области;
- внедрение в практику работы больницы современных методов и способов диагностики, лечения, опыта работы лучших ЛПУ;
- повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала ЛПУ области;
- организация, руководство и контроль за статистическим учетом и отчетностью, составление общих отчетов, анализ показателей деятельности ЛПУ области;
- разработка мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обеспечения и улучшения здоровья населения.

*При областных больницах работают пансионаты для больных, приезжающих на консультацию или обследование, общежитие для медицинских работников и мощный центр медицинской статистики управления здравоохранения при областной госадминистрации со следующими отделами: статистики, экономической статистики, аналитический, компьютерной обработки медико-статистической информации.*

Работники центра контролируют качество статистического учета и отчетности ЛПУ, принимают отчеты и на их данных составляют сводные отчеты по области, проводят их анализ и составляют отчет о сети и деятельности ЛПУ (Ф. №47-здоров). Также работники центра изучают состояние здоровья населения, готовят материалы для публикации в печати.

***Структурной единицей ОКБ является консультативная поликлиника ОКБ. Ее задачи состоят в следующем:***

- оказание высококвалифицированной медицинской помощи больным по направлениям ЛПУ области;
- решение вопросов дальнейшего лечения с определением медицинской тактики и места лечения;
- привлечение для консультации высококвалифицированных специалистов как практического здравоохранения, так и ВУЗов, НИИ;
- направление в ЛПУ, направивших на консультацию больных, заключений об установленном диагнозе, назначенном лечении, рекомендаций;
- разработка для ЛПУ предложений (инструкций) о порядке и показаниях для направления на консультацию;

- организация и проведение выездных консультаций врачей;
- систематический анализ случаев расхождения диагнозов ЛПУ, направившего пациента и консультативной поликлиники;
- анализ ошибок, допущенных врачами ЛПУ при обследовании и лечении больных, накануне направления их на консультацию в поликлинику;
- составление обзоров и информационных писем о состоянии здоровья и уровне лечебно-профилактической работы в районе и лечебно-профилактических учреждениях области.

*В стационаре ОКБ имеются все профильные отделения для оказания специализированной и узкоспециализированной медицинской помощи населению области.*

*Организация и оказание неотложной и планово-консультативной помощи.* Эта работа планируется и выполняется самостоятельным подразделением (отделением) с аналогичным названием. Это отделение организует круглосуточную службу (как правило, фельдшерскую) приема и регистрации вызовов из больниц районов, городов области и обеспечивает своевременное оказание экстренной и планово-консультативной помощи населению. При необходимости оказания медицинской помощи в областной больнице обеспечивает транспортировку больного, используя как автомобильный транспорт, так и авиационный (санитарную авиацию). Нередко это отделение, по распоряжению главного врача, обеспечивает доставку различных грузов (донорской крови и ее препаратов, консервированных органов и других материалов) в районные больницы.

*Основными разделами организационно-методической работы ОКБ являются:*

- оценка состояния здоровья населения;
- анализ деятельности ЛПУ и разработка мероприятий по улучшению их работы;
- изучение, обобщение и распространение передового опыта работы;
- планирование повышения квалификации;
- организация планово-консультативных вызовов в районы и города области врачей-специалистов;
- организационно-методическая помощь органам здравоохранения и ЛПУ области.

В организационно-методической работе ОКБ принимают участие главные специалисты области: хирург, терапевт, акушер-гинеколог, педиатр, ведущие специалисты ОКБ, как правило, это заведующие отделениями всех профилей лечебно-профилактического процесса: ведущий хирург, терапевт, офтальмолог и т.д.

Особое значение в организационно-методической работе занимает *планирование выездов врачей-специалистов в ЛПУ в сельской местности*, где проводится следующая работа:

- консультация больных с привлечением лечащих врачей;
- проведение операций совместно со специалистами ЛПУ;
- проведение научно-профилактических и патологоанатомических конференций;

– осуществление проверки организации лечебно-профилактической помощи, выполнения рекомендаций предыдущих выездов и др.;

По результатам выездов специалисты составляют отчет о состоянии медицинской помощи соответствующего профиля с указанием рекомендаций по улучшению лечебно-профилактической работы в районе.

#### **5. Четвертый этап оказания помощи сельскому населению**

При необходимости, население сельских районов может быть направлено для обеспечения лечебно-профилактической помощью на 4 этап медицинской помощи, который представлен межобластными или государственными центрами, республиканскими больницами, клиниками научно-исследовательских институтов академии медицинских наук, клиниками высших учебных учреждений и др. В этих учреждениях оказывается высоко специализированная медицинская помощь, которую не могут оказать другие медицинские учреждения.

**В настоящее время можно выделить основные направления дальнейшего улучшения лечебно-профилактической помощи сельскому населению, среди них:**

– улучшение связи между этапами оказания лечебно-профилактической помощи;

– улучшение качества оказания экстренной (скорой) и неотложной медицинской помощи;

– проведение комплекса мероприятий по улучшению работы всех медицинских учреждений сельских районов, прежде всего обеспечение их эффективными лекарственными средствами, улучшение материально-технической базы.

– формирование учреждений по социальной защите престарелых и организацию медицинского наблюдения за ними.

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

На основании приведенных в Пособии по социальной медицине и организации здравоохранения / под ред. Ю.В. Вороненко. – Киев : Здоровье, 2002. ситуационных задач (с. 142-148) необходимо:

- оценить отдельные показатели здоровья сельского населения;
- определить целесообразность расположения соответствующих учреждений здравоохранения и показатели их деятельности;
- разработать мероприятия по улучшению лечебно-профилактической помощи сельскому населению.

### **Ситуационную задачу кратко переписать из пособия:**

На территории сельского врачебного участка проживает 4600 жителей, в том числе в пунктовом селе – 2300 жителей. В сельской амбулатории работают терапевт (на 1,5 ставки) и стоматолог. На участке функционируют два фельдшерско-акушерские пункта (ФАПы), в том числе в селе Д., где количество жителей составляет 1080 человек, расстояние до пунктового села 6 км. ФАП действует также в селе К., которое находится на расстоянии 7,2 км, и в котором проживают 310 жителей. В остальных трех селах проживает 283, 330 и 297 жителей. Эти села расположены на расстоянии 8 км, 3 км и 3,5 км от пунктового села. Количество посещений врачей на одного жителя этого участка составляет 4,1.

### **Анализ и вывод:**

Отсутствие должности педиатра в данной сельской амбулатории негативно влияет на оказание помощи детскому населению. Фельдшерско-акушерский пункт, который находится в селе Д. расположен далеко от пунктового села, т.к. при количестве жителей 700 и больше расстояние до пунктового села должно быть до 2 км. Посещение врачей на одного жителя данного участка ниже среднего уровня, т.к. 4,1 меньше, чем средний показатель для сельских поселений 5,4.

**Мероприятия по улучшению медицинской помощи сельскому населению:** Необходимо обеспечить сельскую амбулаторию врачом-педиатром для обеспечения детского населения участка педиатрической медицинской помощью. Также повысить качество оказания медицинской помощи населению участка.



## ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1.	На сельском врачебном участке растет заболеваемость раком шейки матки. Принято решение осуществить плановое обследование женщин. Какой вид медицинских осмотров будет проведен?	
	A	Комплексный
	B	Предварительный
	C	Скрининговый
	D	Текущий
	* E	Целевой
2.	Врачом изучаются уровни общей заболеваемости населения сельского врачебного участка. Какой учетно-статистический документ является источником получения этой информации?	
	* A	Контрольная карта диспансерного наблюдения
	B	Медицинская карта профилактически осмотренного
	C	Медицинская карта амбулаторного больного
	D	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов
	E	Талон на прием к врачу
3.	К врачу сельской врачебной амбулатории дважды в течение календарного года (в марте и в ноябре) обращался пациент. В двух случаях у него было диагностировано одно и то же заболевание – острая респираторно-вирусная инфекция. Какие документы необходимо заполнить для регистрации этих заболеваний?	
	A	На первый случай статистический талон с пометкой «+», на второй – с отметкой «–»
	B	На каждый случай отдельно статистический талон с отметкой «–»
	* C	На каждый случай отдельно статистический талон с пометкой «+»
	D	На первый случай статистический талон с пометкой «+», на второй – не заполняется
	E	Ни на один из случаев статистический талон не заполняется
4.	Районному кардиологу поручено разработать план проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий по снижению смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Какие меры должны быть запланированы по вторичной профилактике этих заболеваний?	
	A	Предупреждение возникновения заболеваний
	* B	Предупреждение рецидивов и осложнений заболеваний
	C	Направление больных на санаторно-курортное лечение
	D	Направление больных на стационарное лечение
	E	Оптимизация способа и условий жизни
5.	Житель пунктового села, 50 лет, после полученной амбулаторно-поликлинической помощи в сельской врачебной амбулатории по поводу пневмонии не выздоровел, а наоборот – болезнь осложнилась экссудативным плевритом. В какое заведение должен быть направлен больной семейным врачом для продолжения оказания помощи?	
	A	Во фтизиопульмонологический диспансер
	B	В областную больницу
	C	В противотуберкулезный диспансер

	* D	В центральную районную больницу
	E	В городскую больницу
6.	Для организации медицинской помощи сельскому населению характерны значительный удельный вес доврачебной помощи, этапность, наличие передвижных форм лечебно-профилактической помощи и т.п. Укажите, что является основной особенностью организации медицинской помощи сельскому населению?	
	A	Значительный удельный вес доврачебной помощи
	B	Наличие специализированной помощи на сельском врачебном участке
	C	Наличие передвижных форм лечебно-профилактической помощи
	D	Отсутствие участковости
	* E	Этапность
7.	Мужчина 45 лет, житель пунктового села, заболел гриппом, временно нетрудоспособен и нуждается в амбулаторно-поликлинической помощи. Куда он должен обратиться для ее получения?	
	A	В центральную районную больницу
	B	В городскую поликлинику
	C	В районную поликлинику
	* D	В сельскую врачебную амбулаторию
	E	В областную больницу
8.	В районе N. организуется сельская врачебная амбулатория по оказанию лечебно-профилактической помощи на I-м этапе. Какие врачи-специалисты будут осуществлять прием больных?	
	* A	Акушер-гинеколог, терапевт
	B	Педиатр, акушер-гинеколог, офтальмолог
	C	Педиатр, терапевт, офтальмолог
	D	Терапевт, стоматолог, педиатр, акушер-гинеколог
	E	Терапевт, педиатр, невропатолог
9.	Больному Д., проживающему в сельской местности, был поставлен диагноз: хронический поверхностный бронхит с пониженной секреторнопродуктивной функцией, фаза обострения. В каком заведении он должен получить специализированную медицинскую помощь?	
	A	Диспансер
	B	Областная больница
	C	Сельская амбулатория
	* D	Центральная районная больница
	E	Фельдшерско-акушерский пункт
10.	На сельском врачебном участке в связи с неукомплектованностью медицинским персоналом и недостаточной занятостью коек возникла необходимость в реорганизации участковой больницы в отделение сестринского ухода. Кто должен принять соответствующее решение?	
	* A	Главный врач центральной районной больницы (руководитель районного территориального медицинского объединения)
	B	Главный врач сельской участковой больницы
	C	Главный врач областной больницы
	D	Заведующий сельской амбулатории

	<i>Е</i>	<i>Начальник управления МОЗ Украины</i>
11.	<i>На сельском врачебном участке вспышка паротита среди школьников. С целью анализа этой ситуации среди прочего осуществили экспертную оценку медицинской документации. Записи в каких медицинских документах оценивались в первую очередь?</i>	
	<i>* А</i>	<i>История развития ребенка</i>
	<i>В</i>	<i>Медицинская карта ребенка</i>
	<i>С</i>	<i>Медицинская карта стационарного больного</i>
	<i>Д</i>	<i>Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях</i>
	<i>Е</i>	<i>Отчет о медицинской помощи детям</i>
12.	<i>На территории, которую обслуживает сельская участковая больница, проживает 6200 жителей. Согласно плану подлежало профилактическим осмотрам 560 рабочих сельских хозяйств с различными факторами риска. Проведены профилактические осмотры 400 рабочих. У 120 человек выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы, из которых 90 человек поставлены на диспансерный учет. Какой из показателей наиболее целесообразно использовать для оценки организации диспансеризации в больнице?</i>	
	<i>А</i>	<i>Удельный вес лиц с впервые установленным диагнозом</i>
	<i>* В</i>	<i>Удельный вес рабочих, охваченных профилактическими осмотрами</i>
	<i>С</i>	<i>Удельный вес лиц, у которых выявлены заболевания</i>
	<i>Д</i>	<i>Удельный вес лиц, подлежащих профилактическим осмотрам</i>
	<i>Е</i>	<i>Частота заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями</i>
13.	<i>В консультативную поликлинику областной больницы направили из центральной районной больницы больного. Какая основная цель направления?</i>	
	<i>А</i>	<i>Медико-социальная экспертиза временной потери трудоспособности</i>
	<i>В</i>	<i>Медико-социальная экспертиза стойкой потери трудоспособности</i>
	<i>С</i>	<i>Осуществление диспансерного наблюдения</i>
	<i>* Д</i>	<i>Предоставление высокоспециализированной консультативной помощи</i>
	<i>Е</i>	<i>Предоставление медпомощи</i>
14.	<i>В районе А. функционируют: центральная районная больница, лабораторный центр, 15 амбулаторий семейной медицины. Какое из перечисленных учреждений обеспечивает вторичную лечебно-профилактическую помощь населению района?</i>	
	<i>А</i>	<i>Амбулатория семейной медицины</i>
	<i>В</i>	<i>Областной диспансер</i>
	<i>* С</i>	<i>Центральная районная больница</i>
	<i>Д</i>	<i>Центральная районная больница, лабораторный центр</i>
	<i>Е</i>	<i>Все перечисленные</i>
15.	<i>В районе А. функционируют: центральная районная больница, 12 амбулаторий семейной медицины, 15 ФАПов. Какому из приведенных учреждений наиболее присущие управленческие функции?</i>	
	<i>А</i>	<i>Амбулаториям семейной медицины</i>
	<i>* В</i>	<i>Центральной районной больнице</i>

	C	Центральной районной больнице, ФАПам
	D	Центральной районной больнице и амбулаториям семейной медицины
	E	Всем перечисленным
16.	В районе Д. развернуты: в райцентре Н. – центральная районная больница, в поселке городского типа С. – районная больница. Какой функцией эти учреждения здравоохранения существенно отличаются?	
	A	Обеспечение экстренной (скорой) медицинской помощью населению района
	* B	Организационно-методическое руководство работой лечебно-профилактических учреждений района
	C	Предоставление специализированной стационарной помощи населению района
	D	Предоставление первичной помощи населению пунктового центра и приписных участков
	E	Предоставление специализированной амбулаторно-поликлинической помощи населению района
17.	На территории амбулатории семейной медицины проводятся плановые флюорографические обследования населения. К каким видам медицинских осмотров относятся эти обследования?	
	A	Комплексные
	B	Одномоментные
	C	Предварительные
	D	Текущие
	* E	Целевые
18.	При организации участков семейной медицины учитываются: количество населения, расстояние между населенными пунктами и прочее. Какой может быть средняя численность населения на участке семейной медицины?	
	A	2–3 тысячи чел.
	* B	4–5 тысяч чел.
	C	5–6 тысяч чел.
	D	6–7 тысяч чел.
	E	7–8 тысяч чел.
19.	В предоставлении медицинской помощи сельскому населению важную роль играют ФАПы. Какая частица от всех обращений сельского населения за медицинской помощью приходится на эти учреждения?	
	A	10–20%
	B	20–30%
	* C	30–40%
	D	40–50%
	E	50–60%
20.	Уменьшение средней длительности лечения в круглосуточном стационаре достигается в первую очередь за счет:	
	A	Введения новых форм организации работы в стационарах
	B	Интенсификации лечебно-диагностического процесса
	* C	Улучшения работы амбулаторно-поликлинических учреждений
	D	Улучшения работы приемочного отделения
	E	Улучшения работы служб скорой и неотложной помощи
21.	В предоставлении медицинской помощи сельскому населению	

	большую роль играют ФАПы, на них приходится от 30 до 40% всех обращений сельского населения. Определите, чем руководствуются при размещении ФАПов:	
	A	Демографической структурой населения, которое обслуживается
	B	Имеющимися средствами в местном бюджете
	* C	Количеством населения и расстоянием до пунктового села
	D	Наличием медицинского персонала
	E	Уровнями и структурой заболеваемости
22.	Какие врачи должны предоставлять амбулаторную помощь в амбулаториях семейной медицины, если численность населения на участке составляет 8 тыс. лиц, а врачи работают в партнерстве по спаренной модели?	
	* A	Два врача, один специализирующийся в терапии, а второй в педиатрии
	B	Два врача, специализирующихся в педиатрии
	C	Два врача, специализирующихся в терапии
	D	Семейный врач, специализирующийся в педиатрии
	E	Семейный врач, специализирующийся в терапии
23.	В сельском районе ЦРБ возглавляет главный врач, который осуществляет общее руководство больницей. К административно-управленческому аппарату относятся также и заместители главного врача по медицинской части, по экспертизе временной нетрудоспособности, по экономическим вопросам и др. Укажите, при наличии какого количества коек в ЦРБ вводится должность заместителя главного врача по медицинской части?	
	A	30 и больше коек
	B	50 и больше коек
	C	75 и больше коек
	* D	100 и больше коек
	E	150 и больше коек
24.	На территории, которую обслуживает отделение Центральной районной больницы по оказанию вторичной медицинской помощи, проживает 6200 жителей. В соответствии с планом, профилактическим осмотрам подлежало 560 рабочих сельских хозяйств с разными факторами риска. Проведены профилактические осмотры 400 рабочих. У 120 лиц выявлены заболевания сердечно-сосудистой системы, из них 90 лиц поставлены на диспансерный учет. Что из показателей наиболее целесообразно использовать для оценки организации диспансеризации в больнице?	
	* A	Удельный вес рабочих, охваченных профилактическими осмотрами
	B	Удельный вес лиц, в которых выявлены заболевания
	C	Удельный вес лиц, которые подлежали профилактическим осмотрам
	D	Удельный вес лиц с впервые установленным диагнозом
	E	Частота заболеваемости на сердечно-сосудистые болезни
25.	Одним из факторов, который влияет на организацию лечебно-профилактической помощи сельскому населению, является низкая плотность расселения его по территории. Какую особенность ее организации он обуславливает?	

	A	Наличие узкоспециализированной помощи на участке семейной медицины
	B	Отсутствие доврачебной помощи
	C	Отсутствие участковости
	D	Централизация терапевтической помощи на участке семейной медицины
	* E	Этапность
26.	Организация медицинской помощи сельскому населению имеет ряд особенностей. Определите эту особенность по нижеследующим положениям:	
	A	Наличие узкоспециализированной помощи на участке семейной медицины
	B	Отсутствие доврачебной помощи
	C	Отсутствие участковости
	* D	Создание передвижных форм лечебно-профилактической помощи
	E	Централизация терапевтической помощи на участке семейной медицины
27.	Одной из особенностей организации медицинской помощи сельскому населению является этапность ее предоставления. Сколько этапов оказания помощи сельскому населению?	
	A	Один
	B	Два
	C	Три
	* D	Четыре
	E	Пять
28.	Сельское население может получить медицинскую помощь на разных этапах ее предоставления. Какие учреждения относятся к I этапу организации медицинской помощи?	
	A	Диспансеры
	B	Национальные специализированные центры
	C	Областные медицинские учреждения
	D	Районные медицинские учреждения
	* E	Участок семейной медицины
29.	Сельское население может получить медицинскую помощь на разных этапах ее предоставления. Какие учреждения относятся ко II этапу организации медицинской помощи?	
	A	Амбулатория семейной медицины
	B	Национальные специализированные центры
	C	Областные медицинские учреждения
	* D	Районные медицинские учреждения
	E	Участок семейной медицины
30.	Сельское население может получить медицинскую помощь на разных этапах ее предоставления. Какие учреждения относятся к III этапу организации медицинской помощи?	
	A	Амбулатория семейной медицины
	B	Доврачебные учреждения
	* C	Областные медицинские учреждения
	D	Районные медицинские учреждения
	E	Участок семейной медицины

31.	Медицинскую помощь сельскому населению предоставляют врачи и средние медицинские работники. Какой процент от общего числа посещений составляют посещения к средним медицинским работникам?	
	A	10,0–19,0
	B	20,0–29,0
	C	30,0–39,0
	* D	40,0–49,0
	E	50,0 и больше
32.	На третьем этапе сельскому населению предоставляется высококвалифицированная и узкоспециализированная медицинская помощь. Какие учреждения здравоохранения предоставляют ее на этом этапе?	
	A	Амбулатория семейной медицины
	B	Женская консультация
	* C	Областная больница
	D	Районный диспансер
	E	Центральная районная больница
33.	Лечебно-профилактические учреждения предоставляют населению медицинскую помощь разной степени сложности: первичную, вторичную и третичную. Какие функции предусматривает первичная лечебно-профилактическая помощь как составная часть вторичной медико-санитарной помощи?	
	* A	Диагностику и лечения основных наиболее распространенных заболеваний
	B	Консультацию и помощь при сложных для диагностики и лечения заболеваний
	C	Квалифицированное консультирование, диагностику, профилактику и лечение
	D	Лечения в специализированных отделениях больниц
	E	Лечения в медицинских центрах и диспансерах
34.	Лечебно-профилактические учреждения предоставляют населению медицинскую помощь разной степени сложности: первичную, вторичную и третичную. Какие функции предусматривает вторичная лечебно-профилактическая помощь?	
	A	Высокоспециализированная помощь при сложных для диагностики и лечения заболеваниях
	B	Диагностика и лечение основных наиболее распространенных заболеваний
	* C	Квалифицированное консультирование, диагностику, профилактику и лечение врачами – специалистами
	D	Лечение в специализированных отделениях больниц
	E	Лечение в соматических больницах
35.	Лечебно-профилактические учреждения предоставляют населению медицинскую помощь разной степени сложности: первичную, вторичную и третичную. Какие функции предусматривает третичная лечебно-профилактическая помощь как составная часть первичной медико-санитарной помощи?	
	A	Диагностика и лечение основных наиболее распространенных заболеваний

	* В	Консультация и помощь при сложных для диагностики и лечения заболеваний
	С	Квалифицированное консультирование, диагностика, профилактика и лечение
	Д	Лечение в специализированных отделениях больниц
	Е	Лечение в медицинских центрах и диспансерах
36.	Лечебно-профилактическую помощь сельскому населению на разных этапах предоставляют Центральные районные больницы, областные больницы, амбулатории, диспансеры и т.п. Назовите основное учреждение второго этапа предоставления медицинской помощи сельскому населению:	
	А	Бюро судебной медицинской экспертизы
	В	Диспансеры
	С	Станция переливания крови
	Д	Областная больница
	* Е	Центральная районная больница
37.	На организацию лечебно-профилактической помощи сельскому населению влияют медико-социальные, социально-экономические и медико-демографические факторы. Определите, что из приведенного ниже относится к одному из медико-социальных факторов?	
	А	Принципы финансирования здравоохранения
	В	Разные формы собственности
	С	Состояние путей сообщения в сельском районе
	Д	Специфика сельскохозяйственной работы
	* Е	Уровень заболеваемости и инвалидности, образ жизни
38.	Среди факторов, которые влияют на организацию лечебно-профилактической помощи сельскому населению, есть медико-демографические факторы. Что из приведенного ниже относится к этим факторам?	
	А	Коммунально-жилые условия
	* В	Особенности возрастного и полового состава жителей
	С	Плотность расселения жителей
	Д	Состояние путей соединения в сельском районе
	Е	Специфика сельскохозяйственной работы
39.	Кто из медицинских работников аппарата управления центральной районной больницы занимается организацией предоставления специализированных видов медицинской помощи населению района?	
	А	Главный врач центральной районной больницы (главный врач района)
	В	Заведующий организационно-методическим кабинетом
	* С	Заместитель главного врача по медицинскому обслуживанию населения
	Д	Заместитель главного врача центральной районной больницы по организационно-методической работе
	Е	Районные специалисты
40.	Семейный врач, при подозрении заболевания на дизентерию у пациента Т., направил его в инфекционное отделение с целью предупреждения распространения этой болезни. Какие первоочередные противоэпидемические мероприятия он должен провести, после сообщения об этом случае в органы санитарного	



	эпидемического надзора?
	* А Взять на учет контактных лиц
	В Определить причину заболевания
	С Провести дезинфекцию по месту жительства подозреваемого на дизентерию
	Д Провести общий осмотр всех пациентов семейно-территориального участка
	Е Сообщить главному врачу
41.	Среди особенностей организации лечебно-профилактической помощи сельскому населению, является ее этапность и создание передвижных форм. Определите, что еще относится к особенностям предоставления медицинской помощи этому населению?
	* А Значительный удельный вес доврачебной помощи
	В Наличие специализированной медпомощи на участке семейной медицины
	С Осуществления консультативной помощи
	Д Отсутствие участковости
	Е Централизация терапевтической помощи на 1 этапе
42.	Одной из задач фельдшерско-акушерского пункта является проведение профилактических прививок, выявление инфекционных больных, патронаж беременных и детей. Определите, что еще из приведенного относится к задачам ФАП?
	А Предоставление специализированной помощи
	В Предоставление больничной медпомощи
	* С Предоставление доврачебной медпомощи
	Д Проведение лабораторных исследований
	Е Стационарная помощь
43.	Центральная районная больница – одно из главных учреждений предоставления медицинской помощи сельскому населению. Среди ее задач: предоставление амбулаторной и стационарной специализированной лечебно-профилактической помощи, скорой медпомощи, предоставление консультативной помощи и прочие. Определите, что из приведенного ниже также относится к задачам этой больницы:
	* А Организационно-методическое руководство работой всех ЛПЗ района
	В Предоставление социальной помощи разным контингентам
	С Проведение текущей дезинфекции
	Д Проведение санитарно-технических мероприятий в районе
	Е Проведение заключительной дезинфекции
44.	Среди задач областной больницы есть задача предоставления узкоспециализированной поликлинической и стационарной помощи, повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала и прочие. Определите, что из приведенного ниже также относится к задачам этой больницы?
	* А Организационно-методическая работа среди медицинских учреждений области
	В Организация и проведение оздоровительных мероприятий
	С Проведение профилактических обзоров
	Д Противозидемическая работа

	Е	Текущий санитарный надзор в лечебно-профилактических учреждениях
--	---	--

*\*\* – выделенные курсивом тестовые задания необходимы при подготовке к экзаменам КРОК*

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Условия и факторы, влияющие на организацию лечебно-профилактической помощи сельскому населению;
2. Этапность оказания медицинской помощи сельскому населению, лечебно-профилактические учреждения, задействованный на разных этапах.
3. Амбулатория общей практики (семейной медицины), ее организация основные задачи;
4. Принципы семейной медицины в организации и оказании лечебно-профилактической помощи населению;
5. Отделение общей практики (семейной медицины), его организация и основные задачи.
6. Организационные формы работы семейной медицины (модели семейной медицины).
7. Особенности формирования фельдшерско-акушерского пункта, суть их работы.
8. Центр первичной медико-санитарной помощи населению, структура, задачи, источники финансирования.
9. Организационная структура центра первичной медико-санитарной помощи.
10. Центральная районная больница, структура, задачи.
11. Сущность организационно-методической работы центральной районной больницы.
12. Роль районных специалистов в обеспечении вторичной медико-санитарной помощи населению.
13. Значение областной больницы в системе оказания медицинской помощи сельскому населению.
14. Структура областной больницы.
15. Особенности работы основных структурных подразделений областной больницы.
16. Четвертый этап оказания лечебно-профилактической помощи сельскому населению
17. Основные направления развития сельского здравоохранения.

## СОДЕРЖАНИЕ

Методика проведения занятия.....	3
Основной теоретический материал для подготовки к занятию.....	6
1. Этапная система оказания медицинской помощи сельскому населению, ее сущность, этапы .....	6
2. Первый этап оказания медико-санитарной помощи сельскому населению.....	7
3. Второй этап обеспечения медицинской помощью сельского населения.....	15
4. Третий этап оказания помощи сельскому населению.....	20
5. Четвертый этап оказания помощи сельскому населению.....	22
Практическое задание .....	23
Тестовые задания.....	24
Контрольные вопросы.....	33

*Учебное издание*

## **СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Методические разработки для преподавателей  
к проведению практического занятия  
по теме: **«Организация и содержание работы лечебно-  
профилактических учреждений на разных этапах медицинского  
обеспечения сельского населения»**  
для подготовки студентов 5-х курсов по специальности: 7.12010001  
«Лечебное дело», 7.12010002, «Педиатрия», 7.12010003 «Медико-  
профилактическое дело»

Составители: **Огнев Виктор Андреевич**  
**Трегуб Павел Олегович**

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

Формат А5. Ризография. Ум. друк. арк. 2,19.  
Тираж 100 прим. Зам. № 16-33265.

---

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.