Харківський національний медичний університет



СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Методичні розробки

для викладачів до проведення практичного заняття
на тему ***«Організація і зміст роботи лікувально-профілактичних закладів на різних етапах медичного забезпечення сільського населення»***

для підготовки студентів 5-го курсу по спеціальності:

– 7.12010001«Лікувальна справа»,

– 7.12010002«Педіатрія»,

– 7.12010003«Медико-профілактична справа».

Харків

2018

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ’Я

ТА УПРАВЛІННЯ ОХОРОНОЮ ЗДОРОВ’Я

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА

ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Методичні розробки

для викладачів до проведення практичного заняття
на тему ***«Організація і зміст роботи лікувально-профілактичних закладів на різних етапах медичного забезпечення сільського населення»***

для підготовки студентів 5-го курсу по спеціальності:

– 7.12010001«Лікувальна справа»,

– 7.12010002«Педіатрія»,

– 7.12010003«Медико-профілактична справа».

*Затверджено вченою радою Харківського національного медичного університету.*

*Протокол №10 від 19.10.2017*

Харків

ХНМУ

2018

УДК614.21-054(1-22)

Соціальна медицина та організація охорони здоров'я : методичні розробки для викладачів до проведення практичного заняття на тему «Організація і зміст роботи лікувально-профілактичних закладів на різних етапах медичного забезпечення сільського населення» для підготовки студентів 5-го курсу за спеціальностями 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа» / уклад. В.А. Огнєв, П.О. Трегуб – Харків : ХНМУ, 2018. – 35 с.

|  |  |
| --- | --- |
| Укладачі: | Огнєв В.А. |
|  | Трегуб П.О. |

**МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ЗАНЯТТЯ**

**Мета заняття:** вивчити основи та особливості надання медичної допомоги сільському населенню.

**Знати:**

* ***програмні питання:***

– етапи надання медичної допомоги сільському населенню;

– вплив природних і соціально-економічних умов, стану демографічних процесів, захворюваності та інвалідності на організацію медичної допомоги;

– проблема укомплектованості медичними працівниками амбулаторій сімейної медицини;

– організація амбулаторної, стаціонарної та екстреної медичної допомоги сільському населенню;

– сутність організаційно-методичної та інформаційно-аналітичної роботи районних та обласних лікарень;

– сучасний стан надання медичної допомоги в сільській місцевості;

– місце сімейного лікаря в сільській місцевості;

– реформування і перспективи розвитку охорони здоров'я в сільській місцевості.

* ***обліково-звітна документація:***

– медична карта амбулаторного хворого (ф.0.25/о);

– статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф.025-2/о);

– талон амбулаторного пацієнта (ф.025-6/о) або (ф.025-7/о);

– медична карта стаціонарного хворого (ф.003/о);

– статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (ф.066/о).

– контрольна карта диспансерного спостереження (ф.030/о).

– звіт лікувально-профілактичного закладу (ф.20).

**Вміти:**

– проводити аналіз організаційно-методичної та інформаційно-аналітичної роботи районних та обласних лікарень.

**Форма заняття:** практичне заняття.

**Місце проведення заняття:** учбова кімната кафедри.

**Методичне забезпечення заняття:**

– методичні розробки до занять;

– методична література: робочий зошит для студентів (базова підготовка);

– презентаційні матеріали;

– тестові завдання;

– лекційний курс.

**Алгоритм проведення заняття:** після перевірки присутності студентів викладач оголошує тему і мету заняття, пояснює актуальність її вивчення і можливість використання в практичній діяльності.

Після введення в заняття викладач з'ясовує у студентів, які питання виникли при підготовці до теми. Далі викладач переходить до розгляду і контролю знань студентів за основним теоретичним матеріалом, приділяючи додаткову увагу питанням, які студенти не змогли зрозуміти при самостійній підготовці до заняття.

*Застосовувані форми контролю:* усне опитування студентів, теоретична або проблемна дискусія, бліц-контрольні за варіантами – час на виконання 5–7 хв., завдання по визначенню термінології, письмовий контроль теоретичних знань – індивідуальні завдання або завдання за кількома варіантами, які включають 3–4 теоретичних питання (час на виконання не більше 20 хв.).

Після контролю теоретичних знань викладач робить основні висновки з вивченої теми, підводить підсумки контролю теоретичних знань і практичних навичок студентів, а також оголошує студентам отримані ними на занятті оцінки та домашнє завдання.

**План заняття і розрахунок часу у відсотках до тривалості заняття:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Введення в заняття | до 5% |
| 2 | Розгляд основних питань теми і контроль теоретичних знань | 65% |
| 3 | Виконання практичного завдання | 25% |
| 4 | Підведення підсумків та оголошення домашнього завдання. | до 5% |
|  | **Всього** | 100% |

**Рекомендована література**

**Базова література**

1. Біостатистика / за заг. ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Ф. Москаленка. – К. : Книга плюс, 2009. − С. 57-71.
2. 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. − 560 с.
3. Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. Н.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. – М. : Медицина, 1984. – С. 102-112.
4. Социальная медицина и организация здравоохранения / под общ. ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленко. – Тернополь : Укрмедкнига. 2000. – С. 23-32.
5. 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. 13-20.

**Допоміжна література**

1. Посібник із соціальноїї медицини та організації охорони здоров'я / під редакцією Ю.В. Вороненко. – Київ: Здоров'я. 2002. – 360 с.
2. Репродуктивне здоров’я: медико-соціальні проблеми / за ред. В.М. Лобаса, Г.О. Слабкого. – Донецьк : Либідь, 2004. – 146 с.
3. Соціальна медицина та організація охорони здоров’я (для позааудиторної самостійної підготовки до практичних занять, для ВМНЗ III–IV рівнів акредитації) / за редакцією Руденя В.В. – Львів. – 2003. – 180 с.

**Інформаційні ресурси**

1. U.S. National Library of Medicine – Національна медична бібліотека США – <http://www.nlm.nih.gov/>

2. Державна науково-педагогічна бібліотека України ім. В.О. Сухомлинського – <http://www.dnpb.gov.ua/>

3. Население Украины. Демографический ежегодник. – К.: Госкомстат Украины – [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua)

4. Наукова бібліотека Харківського національного медичного університету – <http://libr.knmu.edu.ua/index.php/biblioteki>

5. Наукова педагогічна бібліотека ім. К.Д. Ушинського Російської академії освіти – <http://www.gnpbu.ru/>

6. Національна бібліотека України ім. В.І. Вернадського – <http://www.nbuv.gov.ua/>

7. Національна наукова медична бібліотека України – <http://www.library.gov.ua/>

8. Харківська державна наукова бібліотека ім. В.Г. Короленка – http://korolenko.kharkov.com

9. Центральна бібліотека Пущинського наукового центра РАН – <http://cbp.iteb.psn.ru/library/default.html>

10. Центральна наукова медична бібліотека Першого Московського державного медичного університету ім. І.М. Сеченова – <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

**ОСНОВНИЙ ТЕОРЕТИЧИЙ
МАТЕРІАЛ ДЛЯ ПІДГОТОВКИ ДО ЗАНЯТТЯ**

В цілому медична допомога сільському населенню надається на звичайних принципах охорони здоров'я, однак, здійснити її аналогічно наданню медичної допомоги міському населенню неможливо. Це обумовлено рядом обставин, серед яких слід виділити:

1. велике розосередження населення, а отже низька щільність проживання населення;
2. специфіка сільськогосподарської праці;
3. стан доріг в межах сільського району;
4. особливості статево-вікового складу жителів (велика питома вага жіночого населення, людей похилого віку і т.д.);
5. значна кількість населених пунктів з малою чисельністю жителів.

**1. Етапна система надання медичної допомоги**

**сільському населенню, її сутність, етапи**

Зміна поглядів і економічних умов при переході на ринкові умови (відносини) господарювання зумовила необхідність перерозподілу лікувально-профілактичної допомоги між лікувально-профілактичними закладами. Введено поняття первинна медико-санітарна допомога (ПМСД), вторинна і третинна (ВМСД, ТМСД), подані їх визначення. Зокрема, **ПМСД** – це не тільки лікування найбільш поширених захворювань і травм основними методами, але і допомога в організації раціонального харчування, забезпеченні матері та дитини, імунізація від основних інфекційних захворювань, профілактика епідемічних захворювань і боротьба з ними, санітарна освіта населення та ін. У зв'язку з цим на рівні сільського районного центру відбувся поділ закладів охорони здоров'я для надання первинної та вторинної медико-санітарної допомоги. Первинну медичну допомогу надають Центри первинної медико-санітарної допомоги, що розташовані в районних містах і селищах міського типу. Центри первинної медико-санітарної допомоги населенню мають у своїй структурі мережу фельдшерсько-акушерських пунктів (ФАПів), фельдшерських пунктів (ФП), амбулаторій загальної практики (сімейної медицини), а також медичні пункти тимчасового базування.

Вторинну медичну допомогу надають на рівні району в Центральних районних лікарнях з консультативно-діагностичними центрами або поліклініками. Для наближення вторинної медико-санітарної допомоги до населення ЦРЛ можуть розміщувати свої відділення або кабінети на базі колишніх дільничних лікарень або орендувати приміщення в амбулаторіях загальної практики (сімейної медицини).

Первинна медико-санітарна допомога базується на засадах сімейної медицини, сутність яких полягає в спостереженні за досить стабільним контингентом населення з урахуванням медико-соціальних проблем; забезпечення сім'ї безкоштовною, доступною, безперервною, постійною ПМСД та ін. Фактично в наданні її беруть участь численні лікувально-профілактичні заклади первинного рівня.

Важливою залишається вимога до організації первинної медико-санітарної допомоги населенню, яка полягає в тому, що 70% населення кожного населеного пункту повинні знаходитися на відстані не більше ніж 7 км від медичного закладу.

Організацію лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню умовно можна поділити на 4 етапи:

**– перший етап –** амбулаторія загальної практики (сімейної медицини), що забезпечує надання лікарської, кваліфікованої первинної медико-санітарної допомоги, фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП), фельдшерський пункт (ФП), медичні пункти тимчасового базування;

**– другий етап –** районні медичні заклади, що забезпечують первинну і вторинну медико-санітарну допомогу (ВМСД). Первинну медико-санітарну допомогу надають Центри первинної медико-санітарної допомоги населенню, вторинну – Центральні районні лікарні, консультативно-діагностичні центри або поліклініки**;**

**– третій етап –** обласні лікувально-профілактичні установи (обласні лікарні, диспансери), які забезпечують спеціалізовану і вузькоспеціалізовану медичну допомогу**;**

**– четвертий етап** – міжобласні, республіканські медичні установи, клініки НДІ, які забезпечують так само спеціалізовану і вузькоспеціалізовану медичну допомогу.

**2. Перший етап надання
медико-санітарної допомоги сільському населенню**

**Амбулаторія сімейної медицини.** В сучасних умовах найбільш раціонально забезпечувати населення первинною медико-санітарною допомогою на засадах сімейної медицини в спеціальних установах – амбулаторіях загальної практики (сімейної медицини).

*Амбулаторія сімейної медицини може бути організована як:*

– самостійний амбулаторно-поліклінічний заклад, підпорядкований відповідному Центру первинної медико-санітарної допомоги населенню;

– підрозділ комунального поліклінічного закладу;

– підрозділ недержавного медичного закладу;

– приватний медичний заклад (в них можуть працювати кілька лікарів).

У регіонах і містах України застосовують різні організаційні форми надання первинної медико-санітарної допомоги. Діють сімейні амбулаторії з одним лікарем, відділення сімейних лікарів (бригади). Більш доцільною вважають групову практику.

Число лікарів сімейної амбулаторії залежить від числа пацієнтів і існуючих нормативів. Крім сімейного лікаря, до амбулаторії сімейної медицини у великих населених пунктах ЦРЛ може прикріплювати для надання вторинної медико-санітарної допомоги лікарів спеціалістів (лікаря-стоматолога, акушера-гінеколога та інших медичних працівників). При цьому ЦРЛ орендує у Центра первинної медико-санітарної допомоги відповідні приміщення.

Керує амбулаторією завідувач – досвідчений лікар, який так само займається фінансово-господарською діяльністю. Фінансується амбулаторія з державного або місцевого бюджетів, за рахунок страхових внесків і внесків пацієнтів. Амбулаторія користується правом юридичної особи, має круглу печатку, штамп, рахунок в банку. Амбулаторія має майно та автотранспорт. Амбулаторія веде облікову і звітну документацію встановленого зразка.

Структура і штати амбулаторії залежать, перш за все, від числа жителів, які знаходяться під її опікою. Амбулаторія повинна мати: реєстратуру; кабінет лікаря; кабінет огляду; маніпуляційну; експрес-лабораторію; кабінет функціональної діагностики; фізіотерапевтичний кабінет; операційно-перев'язувальну кімнату; стерилізаційну; кімнату для медичного персоналу; господарську кімнату; палату для денного перебування хворих.

*Основними принципами функціонування сімейної медицини є:*

– орієнтація на реалізацію національної політики охорони здоров'я щодо збереження здоров'я громадян України та доктрини ВООЗ «Здоров'я для всіх в 21 столітті»;

– принцип загальної доступності для всіх громадян незалежно від положення в суспільстві, віку, статі, стану фізичного і психічного розвитку;

– використання науково обґрунтованих та орієнтованих на сучасні технології профілактики, діагностики, лікування та реабілітації, які базуються на вітчизняних традиціях, передовому досвіді та досягненнях науки охорони здоров'я;

– дотримання комплексного соціального, медичного, екологічного і психологічного підходу до охорони здоров'я;

– профілактична направленість, збереження здоров'я та формування здорового способу життя;

– фінансування з різних джерел, включаючи страхові фонди;

– державна гарантія медико-санітарного забезпечення сімей, відсутність монопольного характеру і можливість здорової конкуренції.

*Завданнями амбулаторії загальної практики (сімейної медицини) є:*

– моніторинг стану здоров'я, факторів та умов, що визначають здоров'я населення, реалізації профілактичних заходів та програм з оцінкою їх ефективності;

– навчання елементам гігієни, дотримання здорового способу життя, прийомам надання само- і взаємодопомоги;

– залучення до вирішення проблем охорони здоров'я населення підготовленого санітарного активу, громадських організацій, роботодавців, органів місцевого самоврядування;

– забезпечення на закріпленій території гарантованого обсягу первинної медико-санітарної допомоги;

– надання швидкої та невідкладної допомоги при станах, що загрожують життю, травмах і отруєннях кожній людині, незалежно від місця проживання, національності, віросповідання і економічного стану;

– проведення профілактичної роботи, спрямованої на усунення факторів ризику, виявлення латентних та ранніх форм захворювань;

– динамічне спостереження за станом здоров'я кожного громадянина закріпленої території та членів його сім'ї на протязі всього життя, а також, людей інших ділянок за їх бажанням;

– активна участь в реалізації програм, які сприяють охороні здоров'я громадян та їх сімей, особливо жінок і дітей;

– організація надання всіх вторинних (крім первинної) видів медичної допомоги (спеціалізованої та вузькоспеціалізованої) у різних фахівців поліклінік і в стаціонарних умовах;

– участь у наданні медико-соціальної допомоги інвалідам, особам похилого віку та іншим соціально-незахищеним групам населення.

В амбулаторно-поліклінічних закладах, в яких працює група сімейних лікарів в кількості не менше 5–7 чоловік, можна сформувати самостійне відділення сімейних лікарів.

Відділення загальної практики (сімейної медицини) організовується для надання кваліфікованої загальної практики (сімейної медицини) організовується як структурний підрозділ амбулаторно-поліклінічного закладу при наявності трьох і більше посад лікарів. Відділення загальної практики (сімейної медицини) очолює лікар загальної практики (сімейної медицини), який, призначається і звільняється головним лікарем лікувально-профілактичного закладу.

*Завданнями відділення загальної практики (сімейної медицини) є:*

– забезпечення кваліфікованою, в тому числі невідкладною медичною допомогою, прикріпленого населення в обсязі спеціальності «загальна практика (сімейна медицина)» в умовах поліклініки і на дому;

– направлення хворих на консультацію до лікарів інших спеціальностей поліклініки та за домовленістю – в інші лікувально-профілактичні установи;

– організація та проведення консиліумів із залученням фахівців поліклініки та інших лікувально-профілактичних закладів;

– при наявності показань – організація направлення хворих в стаціонар;

– проведення медико-соціальної експертизи тимчасової втрати працездатності;

– забезпечення наступності в роботі з відділеннями поліклініки та іншими лікувально-профілактичними закладами;

– здійснення комплексу заходів, спрямованих на профілактику захворювань, травм, отруєнь, зниження інвалідності і смертності населення;

– забезпечення проведення диспансеризації населення і спостереження за станом його здоров'я;

– організація і проведення санітарно-протиепідемічних заходів на ділянці;

– проведення санітарно-освітньої роботи серед населення, пропагування здорового способу життя;

– впровадження сучасних методів профілактики, діагностики, лікування та реабілітації при різних захворюваннях;

– ведення обліково-звітної медичної документації;

– консультація населення ділянки за медико-соціальними, психологічними питаннями та у питаннях планування сім'ї.

Лікарі, які працюють у відділенні загальної практики (сімейної медицини), проводять обстеження і лікування хворих в лікувально-діагностичних службах установи, в складі якого функціонує відділення, і за домовленістю – в інших лікувально-профілактичних установах.

*Штатні нормативи медичного персоналу відділення (амбулаторії) загальної практики (сімейної медицини)* встановлюються з розрахунку: 1 посада сімейного лікаря на 1100–1200 осіб дорослого і дитячого населення в сільській місцевості, 1400–1500 осіб – в міській місцевості. Посади медичних сестер загальної практики (сімейної медицини) вводяться з розрахунку 1,5 посади на 1 посаду лікаря загальної практики (сімейної медицини), 1 посада молодшої медичної сестри вводиться з розрахунку на 3 лікаря, які ведуть амбулаторний прийом.

Посада завідуючого відділенням вводиться замість 0,5 посади лікаря загальної практики (сімейної медицини), посада старшої медичної сестри вводиться замість 0,5 посади медичної сестри загальної практики (сімейної медицини). Посада сестри-господині вводиться замість 0,75 посади молодшої медичної сестри.

Прикріплене до відділення (дільниці) населення, а також режим роботи відділення загальної практики (сімейної медицини), затверджується головним лікарем Центру первинної медико-санітарної допомоги населенню.

Фінансування відділення загальної практики (сімейної медицини) здійснюється за рахунок асигнувань лікувально-профілактичного закладу, в складі якого воно функціонує.

Персонал відділення загальної практики (сімейної медицини) в своїй роботі керується чинним законодавством, відповідним положенням, наказами, іншими вказівками МОЗ України, розпорядженнями і наказами територіальних органів управління охороною здоров'я, яким підпорядкований лікувально-профілактичний заклад, наказами головного лікаря лікувально-профілактичного закладу і положенням про відділення.

Плани роботи, звіти і аналіз діяльності відділення складаються завідуючим відділенням та подаються керівництву в установленому порядку.

***Організаційні форми роботи сімейної медицини (моделі сімейної медицини).*** Ефективність сімейної медицини багато в чому залежить від організаційної форми роботи лікаря загальної практики сімейної медицини. У міжнародній практиці прийнято виділяти певні моделі роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря).

Лікар загальної практики може працювати один (одиночна практика), в партнерстві (2 лікаря загальної практики), в групі з кількох лікарів (групова практика).

Останнім часом відзначається тенденція до більш широкого поширення групової практики. Так, якщо в 1951 році в Західній Європі 81% лікарів загальної практики працювали по одинці або у двох і 6% лікарів загальної практики працювали в групах лікарів, що складаються з 4-х і більше осіб, то в 1983 році це співвідношення було вже – 29% та 49% відповідно. Основною причиною цієї тенденції є те, що на кожного лікаря приходиться менше чергувань, у лікаря з'являється велика можливість взяти відпустку, більш широкі можливості для діагностики, лікування (найкраще обладнання, апаратура), розширення можливостей для професійного спілкування, взаємних консультацій, навчання.

У ряді країн (Туреччина, Ізраїль, Фінляндія, Скандинавські країни) лікарі загальної практики працюють в центрах здоров’я, що обслуговують не менше 10000 населення, в кожному центрі не менше 3 лікарів загальної практики і в середньому 11 осіб допоміжного персоналу.

Моделі роботи лікарів загальної практики (сімейної медицини) формувалися в залежності від соціально-економічних умов в тій чи іншій країні, їх класифікують наступним чином.

***1-ша модель – індивідуальна практика (сольний варіант).*** З позиції економічної рентабельності індивідуальна практика доцільна в населених пунктах з малою чисельністю населення, в нових районах міст без розвиненої інфраструктури, при розкиді територіальних ділянок на великих територіях та ін. Індивідуально працюючи сімейні лікарі мають змогу направляти хворих в діагностичні та допоміжні лікувальні підрозділи лікувально-профілактичного закладу на умовах, позначених в контракті. При індивідуальній формі практики лікар працює один або разом з середнім медичним персоналом і є незалежним господарським суб'єктом, який самостійно формує свій прибуток і відповідає за своїми фінансовими зобов'язаннями. Частина лікарів загальної практики воліють працювати індивідуально, що пояснюється ***наступними причинами***: не завжди можливо працювати в групах, коли населення проживає на дуже великих територіях; коли немає колег, тоді менше можливостей виникнення конфліктів; лікар, який працює сам, краще знає своїх хворих, оскільки відповідає за меншу кількість пацієнтів; обслуговування хворих може бути на найвищому рівні, якщо лікар дотримується високих стандартів, але якщо лікар відійде від деяких стандартів компетенції, то немає нікого, хто б звернув на це увагу.

Індивідуальні лікарські практики на сучасному етапі розвитку не можуть бути віднесені до перспективних форм організації первинної медико-санітарної допомоги, перш за все, через обмеженість можливостей створення досить міцної матеріально-технічної бази, що дозволяє використовувати відповідно рівню допомоги сучасні діагностичні та лікувальні технології. Індивідуальна лікарська практика доцільна тільки в місцевостях з низькою щільністю населення, де функціонування групи лікарів є економічно нерентабельним. Світовий досвід свідчить про заміну індивідуальних практик груповими.

***2-га модель – спарений варіант.*** У другому варіанті (спареному) разом працюють два сімейних лікаря або два споріднених лікаря, один з яких більше спеціалізується в педіатрії, а другий – в терапії.

***3-тя модель – групова сімейна практика****.* Всі лікарі – сімейні лікарі, кожен має свою сімейно-територіальну дільницю. Всі сімейні лікарі працюють в одному приміщенні сімейної медицини. Групова сімейна практика в організаційному аспекті передбачає роботу осередку сімейної медицини різної кількості сімейних лікарів, які мають повну самостійність (юридична особа), або почали свою діяльність у філії поліклініки, лікарні або медичного об'єднання. Група сімейних лікарів також може працювати в поліклініці, і якщо їх більше 5–7 чоловік, то можна сформувати самостійне відділення сімейних лікарів.

Функціонування групи сімейних лікарів (групова сімейна практика) може здійснюватися на різних засадах:

– вони працюють тільки як сімейні лікарі і мають закріплені сімейні територіальні ділянки;

– всі вони є сімейними лікарями, але крім цього, окремо спеціалізуються і надають медичну допомогу в різних областях медицини.

Останній варіант, в залежності від кількості сімейних лікарів, може бути представлений двома формами:

***Перша форма*** – група лікарів невелика і вони охоплюють додатково, окрім сімейної практики, ще й основні види медичної допомоги – терапевтичну, педіатричну, акушерсько-гінекологічну, хірургічну з травматологічною;

***Друга форма*** – це велика група (більше 7–9 чоловік), кожен з членів якої спеціалізується в наданні різних видів спеціалізованої медичної допомоги.

***4-та модель – багатопрофільні центри здоров'я*.** У ряді країн (Туреччина, Ізраїль, Фінляндія, Скандинавські країни) лікарі загальної практики працюють в центрах здоров’я, що обслуговують не менше 10000 населення, в кожному центрі не менше 3 лікарів загальної практики і в середньому 11 осіб допоміжного персоналу. На відміну від більшості індивідуальних та групових практик, до складу центру здоров'я входять лабораторія, рентгенівський кабінет, лікарняні ліжка для хворих з гострими та хронічними захворюваннями. Деякі центри мають своїх власних консультантів-фахівців, але в будь-якому випадку отримують зовнішні консультації від лікарів фахівців. Центр здоров'я – це не будівля, а система організації медичної допомоги. Акцент в центрах здоров’я робиться на охорону материнства і дитинства, збереження здоров'я населення похилого віку, планування сім'ї, формування здорового способу життя і т.д.

У центрах здоров'я немає персональної відповідальності, всі лікарі несуть колективну відповідальність. Населення має приписку до центру здоров'я, це викликає ряд проблем і не дуже влаштовує пацієнтів. У зв'язку з чим розглядаються варіанти персональної відповідальності лікарів.

У країнах можуть одночасно бути присутні різні моделі роботи лікарів загальної практики, як правило з переважанням якоїсь однієї. Індивідуальна практика найчастіше зустрічається в Австрії, Бельгії, Данії. Групова практика переважає у Великій Британії, США. Центри здоров'я поширені в Скандинавських країнах.

Запропоновані моделі мають свої плюси і мінуси, проте, вибір тієї чи іншої моделі для впровадження в практику, залежить від потужності та місця розташування медичного закладу, який бажає здійснити перехід до медико-санітарного забезпечення на принципах сімейної медицини, матеріально-технічної та фінансово-економічної бази, а також ступеня підготовки самих лікарів і бажання їх працювати в тому чи іншому аспекті.

Сольні і спарені варіанти найкращі для населення, так як в цих випадках осередки сімейної медицини розташовані безпосередньо на сімейній територіальній ділянці.

Групова сімейна практика може бути рекомендована як у великих містах, так і в невеликих населених пунктах, проте, це економічно більш вигідна модель функціонування сімейної медицини, при якій сімейні лікарі представляють ще й спеціалізовані види медичної допомоги.

При функціонуванні будь-якого з варіантів повинен залишитися вільний вибір пацієнтом сімейного лікаря, не зважаючи на те, що за ним закріплюється певна територія обслуговування. Про вибір іншого лікаря підопічні повинні повідомити дільничного сімейного лікаря, а в подальшому між цими лікарями має місце передача певної інформації, особливо про інфекційні та венеричні захворювання.

Отже, вибір моделі функціонування сімейної медицини залежить від конкретних умов з урахуванням багатьох економічних, соціальних, медичних та інших факторів. Рішення може безпосередньо прийматися самим населенням і органами місцевої влади за активної участі керівництва органів і закладів охорони здоров'я, прерогативою яких є розробка відповідних програм удосконалення первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини.

Всі описані моделі сімейної медицини повинні функціонувати в тісній взаємодії з діагностично-консультаційними лікувальними реабілітаційними центрами, дитячими та пологовими будинками, а також структурами соціального забезпечення.

У перспективі, якщо сімейні лікарі будуть проживати безпосередньо на території закріпленої за ними ділянки, та будуть прийняті відповідні нормативні документи, їм необхідно буде надавати цілодобово швидку і невідкладну медичну допомогу. Зрозуміло, що для цього повинна бути забезпечена відповідна матеріально-технічна база, навчання лікарів та медичних сестер, а також фінансово-економічні розрахунки за виконану роботу.

Досвід успішних систем охорони здоров'я багатьох країн показує, що там, де є розвинена загальна лікарська і медична практика, сімейні лікарі на високому професійному рівні забезпечують надання населенню невідкладної допомоги. Вони більш серйозно і відповідально ставляться до диспансеризації хронічних хворих, і кількість викликів до дому у вечірній та нічний час в три-чотири рази менше, ніж в тих системах медичного забезпечення, де функціонує лікарська невідкладна допомога у вигляді окремого структурного підрозділу. Існуюча, як і колишня система охорони здоров'я не може забезпечити спадкоємність в роботі між станціями екстреної (швидкої) медичної допомоги та дільничними службами територіальних поліклінік.

За включення до обов'язків сімейних лікарів надання невідкладної допомоги жителям закріплених сімейно-територіальних ділянок, говорить також те, що вони добре знають своїх пацієнтів, функціональний стан їх органів та систем, раніше перенесені захворювання, генетичний статус, а також сприйняття організмом хворих тих чи інших медичних препаратів. Сімейні лікарі можуть поставити своїм хворим діагноз легше і швидше, ніж лікарі невідкладної допомоги, які бачать пацієнтів вперше і мають обмежений час візиту.

Ефективне функціонування всіх моделей сімейної медицини є можливим за умови належного психологічного і соціального забезпечення. Фахівці сімейної медицини повинні мати відповідний соціально-правовий статус, а нова форма організації та надання медико-санітарної допомоги населенню повинні активно підтримуватися органами місцевого самоврядування, депутатськими комісіями охорони здоров'я та широкими колами громадськості.

**Фельдшерсько-акушерський пункт (ФАП), критерії формування, завдання.** ФАПи формуються в селах, що розташовані на відстані до 2 км від базового села при наявності 700 жителів, на віддаленні 6 км і більше при наявності 300 жителів і менше.

Одна з найважливіших задач ФАПів – профілактика травматизму і забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя. В цілому ж, здійснювана медичними працівниками робота складається з двох розділів:

***Лікувально-профілактична допомога населенню:*** амбулаторний прийом хворих; надання медичної допомоги на дому; виконання призначень лікарів; участь в диспансеризації хворих з хронічними захворюваннями та осіб з факторами ризику; допомога лікарю на прийомі хворих; патронаж вагітних; медична допомога породіллям; диспансерне спостереження дітей; організація експертизи тимчасової втрати працездатності та інші.;

***Санітарно-протиепідемічні заходи:*** виявлення інфекційних хворих; організація і проведення поточної дезінфекції; спостереження за контактними з інфекційними хворими; проведення профілактичних щеплень; здійснення заходів дегельмінтизації; проведення поточного санітарного нагляду за об'єктами господарської діяльності, школами, дитячими садками, територією населених пунктів; здійснення санітарно-освітньої роботи; підготовка санітарного активу, контроль за його діяльністю; здійснення заходів щодо профілактики сільськогосподарського травматизму та отруєння отрутохімікатами.

**3. Другий етап забезпечення**
**медичною допомогою сільського населення**

На рівні районного центру медико-санітарне обслуговування населення здійснюється **Центрами первинної медико-санітарної допомоги населенню,** які організовують та надають первинну медико-санітарну допомогу населенню та **Центральними районними лікарнями** з консультативно-діагностичними центрами або поліклініками, диспансерами та іншими установами для надання вторинної медико-санітарної медичної допомоги. У районних центрах також створені центри екстреної (швидкої) медичної допомоги населенню.

**Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги населенню, його завдання, права та обов'язки.** Основними організаційними структурами ПМСД населенню є центри ПМСД та центри екстреної медичної допомоги які регламентуються Законами України №36-12-VI від 07.07.2011 року «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві» і №5081-VI від 05.07.2012 року «Про екстрену медичну допомогу».

Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги населенню створюється за рішенням органу місцевого самоврядування відповідно до його повноважень і знаходиться в його підпорядкуванні з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній (медико-санітарної) допомозі.

Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги є юридичною особою, комунальним некомерційним підприємством або муніципальним некомерційним закладом. Як і інші лікувально-профілактичні заклади він проходить державну реєстрацію, акредитацію та отримує ліцензію на здійснення медичної практики відповідно до законодавства України.

У своїй роботі центр керується Конституцією України, законами України, актами Президента України і Кабінету Міністрів України, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України, Положенням про нього, іншими нормативно-правовими актами. Ліквідація та реорганізація ЦПМСД здійснюються за рішенням органу місцевого самоврядування (засновника) відповідно до чинного законодавства.

***Основними завданнями центру ПМСД є:***

– організація надання прикріпленому населенню первинної медико-санітарної допомоги;

– забезпечення належної доступності і якості первинної медико-санітарної допомоги для прикріпленого населення;

– організація взаємодії із закладами охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) медичну допомогу, третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу, а також екстрену медичну допомогу;

– організація та надання невідкладної медичної допомоги населенню;

– планування розвитку первинної медико-санітарної допомоги населенню;

– проведення організаційно-методичної роботи щодо забезпечення первинної медико-санітарної допомоги;

– здійснення фінансового, матеріально-технічного та кадрового забезпечення первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;

– забезпечення взаємодії між підрозділами центру первинної медико-санітарної допомоги в інтересах збереження і зміцнення здоров'я населення;

– сприяння доступності для населення сільської місцевості в отриманні екстреної стоматологічної допомоги;

– організація і створення умов для здійснення роздрібної торгівлі лікарськими засобами.

***Згідно покладених на нього завдань, Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги:***

– надає населенню первинну медико-санітарну допомогу;

– забезпечує справедливу і рівну доступність первинної медико-санітарної допомоги населенню, шляхом розвитку мережі підрозділів первинної медико-санітарної допомоги та наближення її до місць проживання населення;

– реалізує право громадян України **вільно обирати лікаря,** який надає первинну медико-санітарну допомогу (лікар загальної практики (сімейний лікар), лікар-терапевт/педіатр дільничний);

– забезпечує спадкоємність і послідовність обстеження, лікування та реабілітації пацієнтів у взаємодії з іншими медичними закладами;

– при необхідності направляє пацієнтів для отримання медичної допомоги на вторинному та третинному рівнях надання медичної допомоги;

– організовує та здійснює диспансеризацію населення;

– забезпечує придбання, перевезення, зберігання, відпуск, використання та знищення наркотичних засобів, їх аналогів або прекурсорів, замінників і аналогів, сильнодіючих засобів і психотропних речовин, при наявності ліцензії на здійснення відповідних видів діяльності в центрі первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;

– надає паліативну допомогу пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів;

– проводить санітарно-просвітницьку роботу, навчання населення здоровому способу життя, основам надання самодопомоги і взаємодопомоги;

– організовує раннє виявлення та профілактику інфекційних і неінфекційних захворювань, в тому числі соціально-значущих захворювань;

– встановлює наявність показань та здійснює відбір хворих для санаторно-курортного лікування;

– проводить медико-соціальну експертизу тимчасової втрати працездатності;

– направляє осіб з ознаками стійкої втрати працездатності на медико-соціальну експертизу стійкої втрати працездатності, а також пацієнтів на медико-соціальну реабілітацію;

– виписує рецепти для пільгового забезпечення медикаментами окремих верств населення відповідно до чинного законодавства;

– забезпечує взаємодію структурних підрозділів центру з дитячими дошкільними закладами, навчальними закладами, соціальними службами, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, громадськими організаціями в інтересах збереження і зміцнення здоров'я населення;

– забезпечує управління і контроль за якістю надання медичної допомоги населенню;

– проводить організаційно-методичну роботу з надання первинної медичної (медико-санітарної) допомоги в структурних підрозділах за наступними напрямками: збір, узагальнення та контроль достовірності статистичної інформації; звітність відповідно до підпорядкування та надання оперативної інформації; аналіз стану здоров'я населення; вивчення та прогнозування потреби населення у первинній медико-санітарній допомозі; планування лікувально-профілактичних заходів відповідно до потреб населення; аналіз доступності первинної медико-санітарної допомоги для населення; планування розвитку мережі та її кадрового забезпечення;

– організовує підвищення кваліфікації кадрів, в тому числі безперервне навчання кадрів без відриву від виробництва (разом з вищими медичними навчальними закладами);

– впроваджує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування та реабілітації хворих, передового досвіду з організації первинної медико-санітарної допомоги, сучасних інформаційних технологій;

– впроваджує та удосконалює систему управління якістю надання первинної медико-санітарної допомоги;

– проводить аналіз стану фінансового забезпечення центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його структурних підрозділів та розробляє фінансові плани;

– здійснює закупівлі лікарських засобів, виробів медичного призначення, медичного обладнання та інвентарю, інших засобів, необхідних для функціонування центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів;

– забезпечує утримання будинків, споруд та технічних засобів центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів в належному стані;

– забезпечує належну експлуатацію і функціонування медичного обладнання в підрозділах центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги;

– здійснює контроль за використанням матеріально-технічних ресурсів в підрозділах центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги.

*Як і інші лікувально-профілактичні заклади, Центр первинної медико-санітарної допомоги окрім обов'язків, має також і права. Він має* ***право*** *самостійно:*

– здійснювати планування роботи відповідно до державних замовлень і програм;

– організовувати свою діяльність щодо забезпечення виконання договору про медичне обслуговування населення;

– здійснювати розподіл фінансових та майнових ресурсів між своїми підрозділами;

– укладати договори, угоди, виступати позивачем і відповідачем в суді.

*Крім цього, Центр ПМСД за погодженням з Засновником має* ***право****:*

– укладати договори про медичне обслуговування населення в рамках бюджетної програми та відповідно до чинного законодавства з лікарями загальної практики (сімейними лікарями), які здійснюють господарську діяльність з медичної практики як фізичні особи-підприємці;

– укладати договори з іншими комунальними та державними закладами охорони здоров'я про проведення діагностичних досліджень, що входять в компетенцію первинної медико-санітарної допомоги населенню;

– здійснювати іншу, крім надання медичної допомоги, господарську діяльність, незаборонену законодавством.

***Організаційна структура Центру первинної медико-санітарної допомоги. Структурними підрозділами Центру первинної медико-санітарної допомоги є***:

*– адміністративна частина/управління****:*** головний лікар; заступник головного лікаря з медичного обслуговування (1 посаду на 25 лікарів, але не менше 1 посади); заступник головного лікаря з експертизи тимчасової втрати працездатності (1 посада на 25 лікарів, але не менше 1 посади); головна медична сестра; головний бухгалтер; завідувач господарською частиною;

*– інформаційно-аналітичний кабінет***:** завідувач кабінетом; медичний статистик; інженер-програміст;

*– лікувально-профілактичні установи:* амбулаторії сімейного лікаря; фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи); фельдшерські пункти (ФП); медичні пункти тимчасового базування;

*– господарська частина:* бухгалтерія; економіст; інспектор відділу кадрів; юрисконсульт; секретар; інженер з охорони праці (50 і більше співробітників) та інші.

**ЦРЛ – центр організаційно-методичної роботи з організації вторинної лікувально-профілактичної роботи з населенням району.**

Ефективність надання вторинної лікувально-профілактичної допомоги залежить від створення спеціалізованих медичних закладів. В даний час в сільських районах такими є центральні районні лікарні, які в подальшому, швидше за все, будуть реорганізовані в територіальні госпітальні округи. В центральній районній лікарні на сьогодні працюють лікарі по 18–20 спеціальностям, які і забезпечують спільно з консультативно-діагностичними центрами або поліклініками надання вторинної лікувально-профілактичної медичної допомоги.

*Завданнями центральної районної лікарні є:*

– надання вторинної медико-санітарної допомоги населенню району (амбулаторної та стаціонарної);

– забезпечення невідкладної та швидкої медичної допомоги населенню району;

– впровадження в практику роботи лікувально-профілактичних закладів району сучасних методів і засобів профілактики, діагностики та лікування хворих;

– організація консультативно-діагностичної допомоги населенню району;

* організаційно-методичне керівництво роботою консультативно-діагностичним центром (поліклінікою), відділеннями і кабінетами, як і надають вторинну лікувально-профілактичну допомогу населенню та контроль за їх діяльністю;

– розробка та впровадження методів, спрямованих на підвищення якості медичного обслуговування;

– розробка, організація та впровадження заходів по підвищенню кваліфікації медичних працівників, раціонального їх використання, ефективного використання матеріально-технічної бази.

*Організаційно-методична робота ЦРЛ включає в себе наступні заходи:*

– аналіз показників здоров'я населення району;

– аналіз показників роботи ЛПЗ району;

– вивчення і поширення передового досвіду роботи;

– планування і організація підвищення кваліфікації лікарів і середнього медичного персоналу;

– планування та організація виїздів фахівців ЦРЛ в сільські лікарські дільниці для консультативної допомоги населенню району і лікарям;

– розробка заходів щодо поліпшення якості медичного забезпечення населення.

У штаті ЦРЛ працюють також головні фахівці району: хірург, терапевт, фахівець з охорони материнства і дитинства, їх роль полягає в наступному:

– безпосереднє управління організацією лікувально-профілактичного процесу;

– аналіз показників здоров'я населення;

– впровадження нових методів діагностики та лікування хворих;

– планування та підвищення знань фахівців свого профілю;

– проведення експертизи об’єму та якості роботи медичного персоналу;

– здійснення організаційно-методичного керівництва організацією та проведення диспансеризації.

**4. Третій етап надання допомоги сільському населенню**

На третьому етапі в наданні медичної допомоги населенню задіяні лікувально-профілактичні установи обласного центру або підлеглих йому.

На 3-му етапі сільському населенню надається вузькоспеціалізована лікувально-профілактична допомога в обласних об'єднаних клінічних лікарнях, диспансерах, спеціалізованих лікарнях (онкологічна, швидкої та невідкладної допомоги та ін.). Але основним закладом з надання вузькоспеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги є **обласна об'єднана клінічна лікарня.**

***Її завданнями є:***

– забезпечення населення області в повному обсязі високоспеціалізованою стаціонарною та поліклінічною допомогою;

– організація і надання екстреної та консультативної медичної допомоги на території області;

– впровадження в практику роботи лікарні сучасних методів та способів діагностики, лікування, досвіду роботи кращих ЛПУ;

– підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу ЛПЗ області;

– організація, керівництво і контроль за статистичним обліком і звітністю, складання загальних звітів, аналіз показників діяльності ЛПЗ області;

– розробка заходів, спрямованих на підвищення якості медичного забезпечення та поліпшення здоров'я населення.

*При обласних лікарнях працюють пансіонати* для хворих, які приїжджають на консультацію або обстеження, гуртожиток для медичних працівників *і потужний центр медичної статистики управління охорони здоров'я* при обласній держадміністрації з такими відділами: статистики, економічної статистики, аналітичний, комп'ютерної обробки медико-статистичної інформації.

Працівники центру контролюють якість статистичного обліку та звітності ЛПЗ, приймають звіти та на їх даних складають зведені звіти по області, проводять їх аналіз і складають звіт про мережу та діяльність ЛПЗ. Також працівники центру вивчають стан здоров'я населення, готують матеріали для публікації у пресі.

*Структурною одиницею ОКЛ є* ***консультативна поліклініка ОКЛ. Її завдання*** *полягають у наступному:*

– надання висококваліфікованої медичної допомоги хворим за направленнями ЛПЗ області;

– вирішення питань подальшого лікування з визначенням медичної тактики і місця лікування;

– залучення для консультації висококваліфікованих фахівців як практичної охорони здоров'я, так і ВНЗ, НДІ;

– направлення в ЛПЗ, які направили на консультацію хворих, висновків про встановлений діагноз, призначене лікування, рекомендації;

– розробка для ЛПЗ пропозицій (інструкцій) про порядок та показання для направлення на консультацію;

– організація та проведення виїзних консультацій лікарів;

– систематичний аналіз випадків розбіжності діагнозів ЛПЗ, який направив пацієнта і консультативною поліклінікою;

– аналіз помилок, допущених лікарями ЛПЗ при обстеженні і лікуванні хворих, напередодні направлення їх на консультацію в поліклініку;

– складання оглядів та інформаційних листів про стан здоров'я і рівень лікувально-профілактичної роботи в районі та лікувально-профілактичних закладах області.

*В стаціонарі ОКЛ є всі профільні відділення* для надання спеціалізованої та вузькоспеціалізованої медичної допомоги населенню області*.*

*Організація і надання невідкладної та планово-консультативної допомоги.* Ця робота планується і виконується самостійним підрозділом (відділенням) з аналогічною назвою. Це відділення організовує цілодобову службу (як правило, фельдшерську) прийому та реєстрації викликів з лікарень районів, міст області та забезпечує своєчасне надання екстреної і планово-консультативної допомоги населенню. При необхідності надання медичної допомоги в обласній лікарні забезпечує транспортування хворого, використовуючи як автомобільний транспорт, так і авіаційний (санітарну авіацію). Нерідко це відділення, за розпорядженням головного лікаря, забезпечує доставку різних вантажів (донорської крові та її препаратів, консервованих органів та інших матеріалів) в районні лікарні.

*Основними розділами організаційно-методичної роботи ОКЛ є:*

– оцінка стану здоров'я населення;

– аналіз діяльності ЛПЗ та розробка заходів щодо поліпшення їх роботи;

– вивчення, узагальнення і поширення передового досвіду роботи;

– планування підвищення кваліфікації;

– організація планово-консультативних викликів в райони і міста області лікарів-фахівців;

– організаційно-методична допомога органам охорони здоров'я та ЛПЗ області.

В організаційно-методичній роботі ОКЛ беруть участь головні фахівці області: хірург, терапевт, акушер-гінеколог, педіатр, провідні фахівці ОКЛ, як правило, це завідувачі відділеннями всіх профілів лікувально-профілактичного процесу: провідний хірург, терапевт, офтальмолог і т.д.

Особливе значення в організаційно-методичній роботі займає *планування виїздів лікарів-фахівців ЛПЗ в сільській місцевості*, де проводиться наступна робота:

– консультація хворих із залученням лікарів;

– проведення операцій спільно з фахівцями ЛПЗ;

– проведення науково-профілактичних та патологоанатомічних конференцій;

– здійснення перевірки організації лікувально-профілактичної допомоги, виконання рекомендацій попередніх виїздів та інші.

За результатами виїздів фахівці складають звіт про стан медичної допомоги відповідного профілю із зазначенням рекомендацій щодо поліпшення лікувально-профілактичної роботи в районі.

**5. Четвертий етап надання допомоги сільському населенню**

При необхідності, населення сільських районів може бути направлено для забезпечення лікувально-профілактичною допомогою на 4 етап медичної допомоги, який представлений міжобласними або державними центрами, республіканськими лікарнями, клініками науково-дослідних інститутів академії медичних наук, клініками вищих навчальних закладів та ін. В цих установах надається високоспеціалізована медична допомога, яку не можуть надати інші медичні установи.

**В даний час можна виділити основні направлення подальшого поліпшення лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню, серед них:**

– покращення зв'язку між етапами надання лікувально-профілактичної допомоги;

– покращення якості надання екстреної (швидкої) та невідкладної медичної допомоги;

– проведення комплексу заходів щодо поліпшення роботи всіх медичних установ сільських районів, перш за все забезпечення їх ефективними лікарськими засобами, поліпшення матеріально-технічної бази.

– формування установ щодо соціального захисту людей похилого віку та організації медичного спостереження за ними.

**ПРАКТИЧНЕ ЗАВДАННЯ**

На підставі наведених у посібнику із соціальної медицини та організації охорони здоров'я / під ред. Ю.В. Вороненко. – Київ : Здоров'я, 2002. ситуаційних завдань (с. 142–148) необхідно:

– оцінити окремі показники здоров'я сільського населення;

– визначити доцільність розташування відповідних закладів охорони здоров'я та показники їх діяльності;

– розробити заходи щодо поліпшення лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню.

**Ситуаційну задачу коротко переписати з посібника:**

На території сільської лікарської дільниці проживає 4600 жителів, в тому числі в пунктовому селі –2300 жителів. В сільській амбулаторії працюють терапевт (на 1,5 ставки) та стоматолог. На ділянці функціонують два фельдшерсько-акушерські пункти (ФАПи), в тому числі в селі Д., де кількість жителів становить 1080 осіб, відстань до пунктового села 6км. ФАП діє також в селі К., яке знаходиться на відстані 7,2 км, і в якому проживають 310 жителів. В інших трьох селах проживає 283,330 і 297 жителів. Ці села розташовані на відстані 8 км, 3 км і 3,5 км від пунктового села. Кількість відвідувань лікарів на одного жителя цієї ділянки становить 4,1.

**Аналіз та висновок:**

Відсутність посади педіатра в даній сільській амбулаторії негативно впливає на надання допомоги дитячому населенню. Фельдшерсько-акушерський пункт, який знаходиться в селі Д. розташований далеко від пунктового села, тому що при кількості жителів 700 і більше відстань до пунктового села має бути до 2 км. Відвідування лікарів на одного жителя даної ділянки нижче середнього рівня, тому що 4,1 менше, ніж середній показник для сільських поселень 5,4.

**Заходи щодо поліпшення медичної допомоги сільському населенню:** Необхідно забезпечити сільську амбулаторію лікарем-педіатром для забезпечення дитячого населення дільниці педіатричною медичною допомогою. Також підвищити якість надання медичної допомоги населенню.

**ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| *1.* | *На сільській лікарській ділянці зростає захворюваність на рак шийки матки. Прийнято рішення здійснити планове обстеження жінок. Який вид медичних оглядів буде проведено?* |
|  | *A* | *Комплексний* |
|  | *B* | *Попередній* |
|  | *C* | *Поточний* |
|  | *D* | *Скринінговий* |
|  | *\*E* | *Цільовий* |
| *2.* | *Лікарем вивчаються рівні загальної захворюваності населення сільської лікарської дільниці. Який обліково-статистичний документ є джерелом отримання цієї інформації?* |
|  | *\*A* | *Контрольна карта диспансерного спостереження* |
|  | *B* | *Медична карта амбулаторного хворого*  |
|  | *C* | *Медична карта профілактично оглянутого* |
|  | *D* | *Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів* |
|  | *E* | *Талон на прийом до лікаря* |
| *3.* | *До лікаря сільської лікарської амбулаторії двічі протягом календарного року (в березні і в листопаді) звертався пацієнт. У двох випадках у нього було діагностовано одне і теж захворювання – гостра респіраторно-вірусна інфекція. Які документи необхідно заповнити для реєстрації цих захворювань?* |
|  | *\*A* | *На кожен випадок окремо статистичний талон з позначкою**«+»* |
|  | *B* | *На кожен випадок окремо статистичний талон з відміткою**«-»* |
|  | *C* | *На перший випадок статистичний талон з позначкою «+», на другий – з відміткою «–»* |
|  | *D* | *На перший випадок статистичний талон з позначкою «+», на другий – не заповнюється* |
|  | *E* | *Ні на один з випадків статистичний талон не заповнюється* |
| *4.* | *Районному кардіологу доручено розробити план проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів щодо зниження смертності від серцево-судинних захворювань. Які заходи повинні бути заплановані з вторинної профілактики цих захворювань?* |
|  | *A* | *Направлення хворих на санаторно-курортне лікування*  |
|  | *B* | *На правлення хворих на стаціонарне лікування*  |
|  | *C* | *Оптимізація способу і умов життя* |
|  | *D* | *Попередження виникнення захворювань* |
|  | *\*E* | *Попередження рецидивів і ускладнень захворювань* |
| *5.* | *Житель пунктового села, 50 років, після отриманої амбулаторно-поліклінічної допомоги в сільській лікарській амбулаторії з приводу пневмонії не видужав, а навпаки – хвороба ускладнилася ексудативним плевритом. В який заклад повинен бути направлений хворий сімейним лікарем для продовження надання допомоги?* |
|  | *A* | *В міську лікарню* |
|  | *B* | *В обласну лікарню* |
|  | *C* | *В протитуберкульозний диспансер* |
|  | *D* | *В фтізіопульмонологічний диспансер* |
|  | *\*E* | *В центральну районну лікарню* |
| *6.* | *Для організації медичної допомоги сільському населенню характерні значна питома вага долікарської допомоги, етапність, наявність пересувних форм лікувально-профілактичної допомоги і т. д. Вкажіть, що є основною особливістю організації медичної допомоги сільському населенню?* |
|  | *A* | *Відсутність дільничності*  |
|  | *\*B* | *Етапність* |
|  | *C* | *Значна питома вага долікарської допомоги*  |
|  | *D* | *Наявність пересувних форм лікувально-профілактичної допомоги* |
|  | *E* | *Наявність спеціалізованої допомоги на сільській лікарській ділянці* |
| *7.* | *Чоловік 45 років, житель пунктового села, захворів на грип, тимчасово непрацездатний і потребує амбулаторно-поліклінічної допомоги. Куди він повинен звернутися для її отримання?* |
|  | *A* | *В міську поліклініку* |
|  | *B* | *В обласну лікарню* |
|  | *C* | *В районну поліклініку* |
|  | *\*D* | *В сільську лікарську амбулаторію* |
|  | *E* | *В центральну районну лікарню* |
| *8.* | *В районі N. організовується сільська лікарська амбулаторія з надання лікувально-профілактичної допомоги на 1-му етапі. Які лікарі-фахівці здійснюватимуть прийом хворих?* |
|  | *\*A* | *Акушер-гінеколог, терапевт* |
|  | *B* | *Педіатр, акушер-гінеколог, офтальмолог* |
|  | *C* | *Педіатр, терапевт, офтальмолог* |
|  | *D* | *Терапевт, стоматолог, педіатр, акушер-гінеколог* |
|  | *E* | *Терапевт, педіатр, невропатолог* |
| *9.* | *Хворому Д., який проживає в сільській місцевості, був поставлений діагноз: хронічний поверхневий бронхіт зі зниженою секретопродукційною функцією, фаза загострення. В якому закладі він повинен отримати спеціалізовану медичну допомогу?* |
|  | *A* | *Диспансер* |
|  | *B* | *Обласна лікарня* |
|  | *C* | *Сільська амбулаторія* |
|  | *D* | *Фельдшерсько-акушерський пункт*  |
|  | *\*E* | *Центральна районна лікарня* |
| *10.* | *На сільській лікарській ділянці в зв'язку з неукомплектованістю медичним персоналом і недостатньою зайнятістю ліжок виникла необхідність в реорганізації дільничної лікарні у відділення сестринського догляду. Хто повинен прийняти відповідне рішення?* |
|  | *A* | *Головний лікар обласної лікарні*  |
|  | *B* | *Головний лікар сільської дільничної лікарні* |
|  | *\*C* | *Головний лікар центральної районної лікарні (керівник районного територіального медичного об'єднання)* |
|  | *D* | *Завідувач сільської амбулаторії* |
|  | *E* | *Начальник управління МОЗ України* |
| *11.* | *На сільській лікарській ділянці спалах паротиту серед школярів. З метою аналізу цієї ситуації серед іншого здійснили експертну оцінку медичної документації. Записи в яких медичних документах оцінювалися в першу чергу?* |
|  | *A* | *Звіт про медичну допомогу дітям*  |
|  | *B* | *Звіт про окремі інфекційні і паразитарні захворювання*  |
|  | *\*C* | *Історія розвитку дитини*  |
|  | *D* | *Медична карта дитини* |
|  | *E* | *Медична карта стаціонарного хворого* |
| *12.* | *На території, яку обслуговує сільська дільнична лікарня, проживає 6200 жителів. Згідно з планом підлягало профілактичним оглядам 560 робітників сільських господарств з різними факторами ризику. Проведено профілактичні огляди 400 робітників. У 120 осіб виявлені захворювання серцево-судинної системи, з яких 90 осіб поставлені на диспансерний облік. Який з показників найбільш доцільно використовувати для оцінки організації диспансеризації в лікарні?* |
|  | *A* | *Питома вага осіб з вперше встановленим діагнозом* |
|  | *B* | *Питома вага осіб, у яких виявлені захворювання* |
|  | *\*C* | *Питома вага осіб, які підлягають профілактичним оглядам*  |
|  | *D* | *Питома вага робітників, охоплених профілактичними оглядами*  |
|  | *E* | *Частота захворюваності серцево-судинними хворобами* |
| 13. | У консультативну поліклініку обласної лікарні направили з центральної районної лікарні хворого. Яка основна мета спрямування? |
|  | A | Здійснення диспансерного спостереження  |
|  | B | Медико-соціальна експертиза стійкої втрати працездатності |
|  | C | Медико-соціальна експертиза тимчасової втрати працездатності |
|  | \*D | Надання високоспеціалізованої консультативної допомоги |
|  | E | Надання медичної допомоги |
| 14. | У районі А. функціонують: центральна районна лікарня, лабораторний центр, 15 амбулаторій сімейної медицини. Яка з перерахованих установ забезпечує вторинну лікувально-профілактичну допомогу населенню району? |
|  | A | Амбулаторія сімейної медицини |
|  | B | Обласний диспансер |
|  | \*C | Центральна районна лікарня |
|  | D | Центральна районна лікарня, лабораторний центр |
|  | E | Всі перераховані |
| 15. | У районі А. функціонують: центральна районна лікарня, 12 амбулаторій сімейної медицини, 15 ФАПів. Які з наведених установ найбільш властиві управлінські функції? |
|  | A | Амбулаторія сімейної медицини |
|  | \*B | Центральна районна лікарня |
|  | C | Центральна районна лікарня та амбулаторія сімейної медицини  |
|  | D | Центральна районна лікарня, ФАПи |
|  | E | Всі перераховані |
| 16. | У районі Д. розгорнуті: в райцентрі Н. – центральна районна лікарня, в селищі міського типу С. – районна лікарня. Якою функцією ці установи охорони здоров'я суттєво відрізняються? |
|  | A | Забезпечення екстреною (швидкою) медичною допомогою населення району |
|  | \*B | Організаційно-методичне керівництво роботою лікувально-профілактичних закладів району |
|  | C | Надання первинної допомоги населенню пунктового центру і приписних дільниць |
|  | D | Надання спеціалізованої амбулаторно-поліклінічної допомоги населенню району  |
|  | E | Надання спеціалізованої стаціонарної допомоги населенню району |
| 17. | На території амбулаторії сімейної медицини проводяться планові флюорографічні обстеження населення. До яких видів медичних оглядів відносяться ці обстеження? |
|  | A | Комплексні |
|  | B | Одномоментні |
|  | C | Попередні |
|  | D | Поточні |
|  | \*E | Цільові |
| 18. | При організації дільниць сімейної медицини враховуються: кількість населення, відстань між населеними пунктами та інше. Якою може бути середня чисельність населення на ділянці сімейної медицини? |
|  | A | 2–3тисячічіл. |
|  | \*B | 4–5тисячічіл. |
|  | C | 5–6тисячічіл. |
|  | D | 6–7тисячічіл. |
|  | E | 7–8тисячічіл. |
| 19. | У наданні медичної допомоги сільському населенню важливу роль відіграють ФАПи. Яка частка від усіх звернень сільського населення за медичною допомогою доводиться на ці установи? |
|  | A | 10–20% |
|  | B | 20–30% |
|  | \*C | 30–40% |
|  | D | 40–50% |
|  | E | 50–60% |
| 20. | Зменшення середньої тривалості лікування в цілодобовому стаціонарі досягається в першу чергу за рахунок: |
|  | A | Введення нових форм організації роботи в стаціонарах |
|  | B | Інтенсифікації лікувально-діагностичного процесу |
|  | \*C | Покращення роботи амбулаторно-поліклінічних установ |
|  | D | Покращення роботи приймального відділення |
|  | E | Покращення роботи служб швидкої та невідкладної допомоги |
| 21. | У наданні медичної допомоги сільському населенню велику роль відіграють ФАПи, на них припадає від 30 до 40% всіх звернень сільського населення. Визначте, чим керуються при розміщенні ФАПів: |
|  | A | Демографічною структурою населення, яке обслуговується |
|  | \*B | Кількістю населення і відстанню до пунктового села |
|  | C | Наявними засобами в місцевому бюджеті  |
|  | D | Наявністю медичного персоналу |
|  | E | Рівнями і структурою захворюваності |
| 22. | Які лікарі повинні надавати амбулаторну допомогу в амбулаторіях сімейної медицини, якщо чисельність населення на ділянці становить 8 тис. осіб, а лікарі працюють в партнерстві по спареній моделі? |
|  | \*A | Два лікаря, один спеціалізується в терапії, а другий в педіатрії |
|  | B | Два лікаря, що спеціалізуються в педіатрії |
|  | C | Два лікаря, що спеціалізуються в терапії |
|  | D | Сімейний лікар, який спеціалізується в педіатрії |
|  | E | Сімейний лікар, який спеціалізується втерапії |
| 23. | У сільському районі ЦРЛ очолює головний лікар, який здійснює загальне керівництво лікарнею. До адміністративно-управлінського апарату відносяться також і заступники головного лікаря по медичній частині, по експертизі тимчасової непрацездатності, з економічних питань та ін. Вкажіть, при наявності якої кількості лікарняних ліжок в ЦРЛ вводиться посада заступника головного лікаря з медичної частини? |
|  | A | 30 і більше ліжок |
|  | B | 50 і більше ліжок |
|  | C | 75 і більше ліжок |
|  | \*D | 100 і більше ліжок |
|  | E | 150 і більше ліжок |
| 24. | На території, яку обслуговує відділення Центральної районної лікарні з надання вторинної медичної допомоги, проживає 6200 жителів. Відповідно до плану, профілактичним оглядам підлягало 560 робочих сільських господарств з різними факторами ризику. Проведено профілактичні огляди 400 робітників. У 120 осіб виявлені захворювання серцево-судинної системи, з них 90 осіб поставлені на диспансерний облік. Який з показників найбільш доцільно використовувати для оцінки організації диспансеризації в лікарні? |
|  | A | Питома вага осіб, в яких виявлені захворювання |
|  | B | Питома вага осіб з вперше встановленим діагнозом |
|  | C | Питома вага осіб, які підлягали профілактичним оглядам |
|  | \*D | Питома вага робітників, охоплених профілактичними оглядами  |
|  | E | Частота захворюваності на серцево-судинні хвороби |
| 25. | Одним з факторів, який впливає на організацію лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню, є низька щільність розселення його по території. Яку особливість її організації він обумовлює? |
|  | \*A | Етапність |
|  | B | Відсутність дільничного  |
|  | C | Відсутність долікарської допомоги |
|  | D | Наявність вузькоспеціалізованої допомоги на ділянці сімейної медицини |
|  | E | Централізація терапевтичної допомоги на ділянці сімейної медицини |
| 26. | Організація медичної допомоги сільському населенню має ряд особливостей. Визначте, особливість за нижче наведеним положенням: |
|  | A | Відсутність дільничного  |
|  | B | Відсутність долікарської допомоги |
|  | C | Наявність вузькоспеціалізованої допомоги на ділянці сімейної медицини |
|  | \*D | Створення пересувних форм лікувально-профілактичної допомоги |
|  | E | Централізація терапевтичної допомоги на ділянці сімейної медицини |
| 27. | Однією з особливостей організації медичної допомоги сільському населенню являється етапність її надання. Скільки етапів надання допомоги сільському населенню? |
|  | A | Один |
|  | B | Два |
|  | C | Три |
|  | \*D | Чотири |
|  | E | П'ять |
| 28. | Сільське населення може отримати медичну допомогу на різних етапах її надання. Які установи відносяться до І етапу організації медичної допомоги? |
|  | A | Диспансери |
|  | \*B | Ділянка сімейної медицини  |
|  | C | Національні спеціалізовані центри |
|  | D | Обласні медичні установи |
|  | E | Районні державні медичні установи |
| 29. | Сільське населення може отримати медичну допомогу на різних етапах її надання. Які установи відносяться до ІІ етапу організації медичної допомоги? |
|  | A | Амбулаторія сімейної медицини |
|  | B | Ділянка сімейної медицини  |
|  | C | Національні спеціалізовані центри |
|  | D | Обласні медичні установи |
|  | \*E | Районні державні медичні установи |
| 30. | Сільське населення може отримати медичну допомогу на різних етапах її надання. Які установи належать до ІІІ етапу організації медичної допомоги? |
|  | A | Амбулаторія сімейної медицини |
|  | B | Ділянка сімейної медицини  |
|  | C | Долікарські установи |
|  | \*D | Обласні медичні установи |
|  | E | Районні державні медичні установи |
| 31. | Медичну допомогу сільському населенню надають лікарі та середні медичні працівники. Який відсоток від загального числа відвідувань становлять відвідування до середніх медичних працівників? |
|  | A | 10,0–19,0 |
|  | B | 20,0–29,0 |
|  | C | 30,0–39,0 |
|  | \*D | 40,0–49,0 |
|  | E | 50,0 і більше |
| 32. | На третьому етапі сільському населенню надається висококваліфікована і вузькоспеціалізована медична допомога. Які установи охорони здоров'я надають її на цьому етапі? |
|  | A | Амбулаторія сімейної медицини |
|  | B | Жіноча консультація |
|  | \*C | Обласна клінічна лікарня |
|  | D | Районний диспансер |
|  | E | Центральна районна лікарня |
| 33. | Лікувально-профілактичні заклади надають населенню медичну допомогу різного ступеня складності: первинну, вторинну і третинну. Які функції передбачає первинна лікувально-профілактична допомога як складова частина вторинної медико-санітарної допомоги? |
|  | \*A | Діагностику та лікування основних найпоширеніших захворювань |
|  | B | Кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування  |
|  | C | Консультацію та допомогу при складних для діагностики і лікування захворювань |
|  | D | Лікування в медичних центрах і диспансерах  |
|  | E | Лікування в спеціалізованих відділеннях лікарень |
| 34. | Лікувально-профілактичні заклади надають населенню медичну допомогу різного ступеня складності: первинну, вторинну і третинну. Які функції передбачає вторинна лікувально-профілактична допомога? |
|  | A | Високоспеціалізована допомога при складних для діагностики і лікування захворюваннях |
|  | B | Діагностика і лікування основних найпоширеніших захворювань |
|  | \*C | Кваліфіковане консультування, діагностику, профілактику і лікування лікарями-спеціалістами |
|  | D | Лікування в соматичних лікарнях  |
|  | E | Лікування в спеціалізованих відділеннях лікарень |
| 35. | Лікувально-профілактичні заклади надають населенню медичну допомогу різного ступеня складності: первинну, вторинну і третинну. Які функції передбачає третинна лікувально-профілактична допомога як складова частина первинної медико-санітарної допомоги? |
|  | A | Діагностика і лікування основних найпоширеніших захворювань |
|  | B | Кваліфіковане консультування, діагностика, профілактика та лікування  |
|  | \*C | Консультація і допомога при складних для діагностики і лікування захворювань |
|  | D | Лікування в медичних центрах і диспансерах  |
|  | E | Лікування в спеціалізованих відділеннях лікарень |
| 36. | Лікувально-профілактичну допомогу сільському населенню на різних етапах надають центральні районні лікарні, обласні лікарні, амбулаторії, диспансери, тощо. Назвіть, основне місце здійснення другого етапу надання медичної допомоги сільському населенню: |
|  | A | Бюро судової медичної експертизи |
|  | B | Диспансери |
|  | C | Обласна лікарня  |
|  | D | Станція переливання крові |
|  | \*E | Центральна районна лікарня |
| 37. | На організацію лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню впливають медико-соціальні, соціально-економічні та медико-демографічні чинники. Визначте, що з наведеного нижче відноситься до одного з медико-соціальних факторів? |
|  | A | Принципи фінансування охорони здоров'я |
|  | \*B | Рівень захворюваності та інвалідності, спосіб життя  |
|  | C | Різні форми власності  |
|  | D | Специфіка сільськогосподарської роботи |
|  | E | Стан шляхів сполучення в сільському районі |
| 38. | Серед факторів, які впливають на організацію лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню, є медико-демографічні чинники. Що з наведеного нижче відноситься до цих чинників? |
|  | A | Комунально-житлові умови |
|  | \*B | Особливості вікового і статевого складу жителів |
|  | C | Специфіка сільськогосподарської роботи |
|  | D | Стан шляхів сполучення в сільському районі |
|  | E | Щільність розселення жителів  |
| 39. | Хто з медичних працівників апарату управління центральної районної лікарні займається організацією надання спеціалізованих видів медичної допомоги населенню району? |
|  | A | Головний лікар центральної районної лікарні (головний лікар району) |
|  | B | Завідувач організаційно-методичним кабінетом |
|  | \*C | Заступник головного лікаря з медичного обслуговування населення |
|  | D | Заступник головного лікаря центральної районної лікарні з організаційно-методичної роботи |
|  | E | Районні фахівці |
| 40. | Сімейний лікар, при підозрі захворювання на дизентерію у пацієнта Т., направив його в інфекційне відділення з метою попередження поширення цієї хвороби. Які першочергові протиепідемічні заходи він повинен провести, після повідомлення про цей випадок в органи санітарного епідемічного нагляду? |
|  | \*A | Взяти на облік контактних осіб |
|  | B | Визначити причину захворювання |
|  | C | Повідомити головному лікарю  |
|  | D | Провести дезінфекцію за місцем проживання підозрюваного на дизентерію |
|  | E | Провести загальний огляд всіх пацієнтів сімейно-територіальної ділянки |
| 41. | Серед особливостей організації лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню, є її етапність і створення пересувних форм. Визначте, що ще належить до особливостей надання медичної допомоги цьому населенню? |
|  | A | Відсутність дільничного  |
|  | B | Здійснення консультативної допомоги |
|  | \*C | Значна питома вага долікарської допомоги |
|  | D | Наявність спеціалізованої медичної допомоги на ділянці сімейної медицини |
|  | E | Централізація терапевтичної допомоги на 1 етапі |
| 42. | Одним із завдань фельдшерсько-акушерського пункту є проведення профілактичних щеплень, виявлення інфекційних хворих, патронаж вагітних і дітей. Визначте, що ще з наведеного відноситься до завдань ФАПу? |
|  | \*A | Надання долікарської медичної допомоги  |
|  | B | Надання лікарняної медичної допомоги |
|  | C | Надання спеціалізованої допомоги |
|  | D | Проведення лабораторних досліджень |
|  | E | Стаціонарна допомога |
| 43. | Центральна районна лікарня – одна з головних установ надання медичної допомоги сільському населенню. Серед її завдань: надання амбулаторної та стаціонарної спеціалізованої лікувально-профілактичної допомоги, швидкої медичної допомоги, надання консультативної допомоги та інші. Визначте, що з наведеного нижче також відноситься до завдань цієї лікарні |
|  | A | Надання соціальної допомоги різним контингентам  |
|  | \*B | Організаційно-методичне керівництво роботою всіх ЛПЗ району |
|  | C | Проведення заключної дезінфекції  |
|  | D | Проведення поточної дезінфекції |
|  | E | Проведення санітарно-технічних заходів в районі |
| 44. | Серед завдань обласної клінічної лікарні є надання вузькоспеціалізованої поліклінічної та стаціонарної допомоги, підвищення кваліфікації лікарів та середнього медичного персоналу та інші. Визначте, що з наведеного нижче також відноситься до завдань цієї лікарні? |
|  | \*A | Організаційно-методична робота серед медичних установ області |
|  | B | Організація і проведення оздоровчих заходів |
|  | C | Поточний санітарний нагляд в лікувально-профілактичних установах  |
|  | D | Проведення профілактичних оглядів |
|  | E | Протиепідемічна робота |

*\*\* – виділені курсивом тестові завдання необхідні при підготовці до іспитів КРОК*

**КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ**

1. Умови та фактори, що впливають на організацію лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню;

2. Етапність надання медичної допомоги сільському населенню, лікувально-профілактичні установи, що задіяні на різних етапах;

3. Амбулаторія загальної практики (сімейної медицини), її організація основні завдання;

4. Принципи сімейної медицини в організації та наданні лікувально-профілактичної допомоги населенню;

5. Відділення загальної практики (сімейної медицини), його організація та основні завдання;

6. Організаційні форми роботи сімейної медицини (моделі сімейної медицини);

7. Особливості формування фельдшерсько-акушерських пунктів, зміст їх роботи;

8. Центр первинної медико-санітарної допомоги населенню, структура, задачі, джерела фінансування;

9. Організаційна структура центру первинної медико-санітарної допомоги;

10. Центральна районна лікарня, структура, завдання;

11. Сутність організаційно-методичної роботи центральної районної лікарні;

12. Роль районних фахівців в забезпеченні вторинної медико-санітарної допомоги населенню;

13. Значення обласної лікарні в системі надання медичної допомоги сільському населенню;

14. Структура обласної лікарні;

15. Особливості роботи основних структурних підрозділів обласної лікарні;

16. Четвертий етап надання лікувально-профілактичної допомоги сільському населенню;

17. Основні напрямки розвитку охорони здоров'я в сільській місцевості.

**ЗМІСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| Методика проведення заняття…....................................................................... | 3 |
| Основний теоретичний матеріал для підготовки до заняття……….…...….. | 5 |
| 1. Етапна система надання медичної допомоги сільському населенню, її сутність, етапи....………………………………………………. | 6 |
| 2. Перший етап надання медико-санітарної допомоги сільському населенню.....………………………………………………………………….. | 7 |
| 3. Другий етап забезпечення медичною допомогою сільського населення…………………………………………………….…………….…. | 14 |
| 4. Третій етап надання допомоги сільському населенню………..… | 19 |
| 5. Четвертий етап надання допомоги сільському населенню…...… | 21 |
| Практичне завдання…………………..……………………………….…….. | 22 |
| Тестові завдання……………………………………...………….………...… | 23 |
| Контрольні питання………………………..……………….………..……..… | 33 |

*Навчальне видання*

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА**

**ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

Методичні розробки для викладачів

до проведення практичного заняття на тему:
**«Організація і зміст роботи лікувально-профілактичних установ на різних етапах медичного забезпечення сільського населення»**

для підготовки студентів 5-гокурсу за спеціальністю: 7.12010001 «Лікувальна справа», 7.12010002, «Педіатрія», 7.12010003 «Медико-профілактична справа»»

|  |  |
| --- | --- |
| Укладачі: | ***Огнєв Віктор Андрійович*** |
|  | ***Трегуб Павло Олегович*** |

Відповідальний за випуск *В.А. Огнєв*

ФорматА5.Ризографія.Ум.друк.арк.2,19.

Тираж 100 прим. Зам. №17-33533.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Редакційно-видавничий відділ

ХНМУ, пр.Науки, 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№3242від18.07.2008р.