

ІНСТРУКЦІЯ № 3
Проведення практичного заняття № 3

ТЕМА: «Ознайомлення зі структурою, функціями, обліково-медичною документацією амбулаторії сімейної медицини, медико-санітарної частини промислового підприємства, станції (відділення) або лікарні швидкої медичної допомоги, пункту невідкладної медичної допомоги поліклініки, жіночої консультації, стаціонара пологового будинку, дитячої лікарні. Аналіз річного звіту з обчисленням основних показників роботи перерахованих лікувально-профілактичних закладів»

МЕТА: «Навчитись та аналізувати важливість роботи МСЧ, розраховувати основні показники діяльності ЛПЗ, структуру, обов'язки станції ЕМД, обов'язки фельдшера виїзної бригади ЕМД, фельдшера – диспетчера, структуру, обов'язки, функції амбулаторії сімейної медицини»

КОНТРОЛЬ БАЗОВИХ ЗНАНЬ ПО ТЕМІ: 1.Поняття «Медико-санітарна частина». 2. Типи МСЧ. 3. Профілактичні медичні огляди. 4. Їх види, характеристика. 5. Яка основна обліково-звітна документація ЛПЗ. 6. Які основні показники діяльності ЛПЗ. 7. Структура закладів по наданні швидкої медичної допомоги. 8. Обов'язки працівників станції, лікарні ЕМД. 9.Принципи сімейної медицини. 10. Обов'язки сімейної медичної сестри. 11. Основні завдання амбулаторії сімейної медицини.

ОБЛАДНАННЯ: інструкції, індивідуальні завдання, звіт ЛПЗ (ф.20), положення, статут.

ХІД ПРОВЕДЕННЯ:

1. Ознайомитись з матеріалами по організації та роботі МСЧ.
2. Дати відповіді на індивідуальні завдання.
3. Розрахувати основні показники діяльності ЛПЗ (ф.20) м. Кам'янець–Подільського.
4. Зробити висновки з отриманих результатів.
5. Ознайомитись з матеріалами по організації та роботі ЕМД.
6. Дати відповіді на індивідуальні завдання.
7. Ознайомитись з структурою і функціями амбулаторії сімейної медицини.
8. Визначити основні обов'язки сімейної медичної сестри.

Компетентності, які формує навчальна дисципліна:

Інтегральні:

- здатність до підвищення професійної кваліфікації;
- здатність виявляти, ставити та вирішувати проблеми, генерувати ідеї;
- здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел.

Загальні

- здатність розробляти та управляти проектами;
- здатність оцінювати та забезпечувати якість виконаних робіт;
- дотримання етики та академічної доброчесності;
- взаємодія (робота в команді дослідників по збору, аналізу та інтерпретації отриманих даних);
- здатність працювати в міждисциплінарній команді (узагальнення, інтерпретація та презентація статистичних даних в наглядний зрозумілий спосіб)
- здатність застосовувати знання на практиці;
- прийняття рішень (на базі узагальнення експертних, статистичних, методологічних обґрунтувань).

Професійні

- здатність розв'язувати проблеми в галузі професійної медичної діяльності;
- проводити навчальне дослідження в галузі охорони здоров'я на основі глибокого переосмислення наявних та створення нових цілісних теоретичних або практичних знань та професійної практики;
- здатність застосовувати знання на практиці (вирішення прикладних задач громадського здоров'я – оцінка його стану, перспектив, задіяних факторів та засобів впливу);
- дослідницькі навички і уміння (збір інформації згідно гіпотези та дизайну, статистичні методи узагальнення даних та презентації висновків);
- розробка напрямків оздоровлення населення та визначення принципів системи охорони здоров'я;
- аналіз діяльності закладів охорони здоров'я, створення їх раціональних структур і наукове обґрунтування найбільш доцільних форм організації роботи, проведення реформування та реструктуризації;
- створення різнострокових прогнозів та планів розвитку системи охорони здоров'я з метою проведення цілеспрямованих заходів щодо підтримання належного рівня здоров'я населення.

ДОМАШНЄ ЗАВДАННЯ: ТЕМА: «Ознайомлення з роботою фельдшерсько-акушерського пункту, ведення обліково-звітної документації. Аналіз річного звіту ФАПу (форма № 24). Обчислення показників роботи ФАПу» Вороненка Ю.В., Москаленка В.Ф.

I. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ: Виділення в самостійну галузь організації лікувально-профілактичної допомоги працюючим було викликано рядом обставин і перш за все великими економічними збитками, які спричиняють захворюваність з тимчасовою втратою працездатності.

Одним з напрямків організації діяльності органів і закладів охорони здоров'я, з урахуванням людських потреб, стають наближення лікувально-профілактичної допомоги до місця проживання і роботи населення. Різноманітна діяльність амбулаторно-поліклінічних закладів потребує оперативної корекції та планування на основі поточного обліку та аналізу роботи закладів в цілому, окремих підрозділів і медичного персоналу.

Однією з найбільш вагомих складових частин системи охорони здоров'я в забезпеченні допомогою населення на догоспітальному етапі є служба екстренної медичної допомоги.

Зміни ідеології та економічних умов при переході до ринкових відносин обумовили необхідність розробки та втілення в життя заходів, спрямованих на приведення діяльності системи охорони здоров'я у відповідність до запитів і можливостей суспільства.

Реформування потребує підготовки та перепідготовки медичних працівників до роботи в нових умовах.

Реформування охорони здоров'я в Україні в умовах адаптації галузі до нових економічних відносин передбачає місце та роль ПМСД у всій медичній допомозі. Вона має забезпечити значний обсяг лікувально-профілактичної допомоги при суттєвому покращанні її якості.

II. НАВЧАЛЬНІ ЦІЛІ ЗАНЯТТЯ: Навчитись працювати з обліково-звітною документацією та вміти розраховувати основні показники роботи ЛПЗ.

Індивідуальне завдання №1

1. Медико-санітарна частина – це...?
2. Коли і з якою метою проводяться попередні медичні огляди?

Індивідуальне завдання №2

1. Назвіть типи МСЧ. Дайте їм характеристику.
2. Коли і з якою метою проводяться періодичні медичні огляди?

Індивідуальне завдання №3

1. Перечисліть основні завдання МСЧ.
2. Коли і з якою метою проводяться цільові медичні огляди?

Індивідуальне завдання №4

1. Що організовує та забезпечує МСЧ?
2. Дайте характеристику одномоментному та поточному медичному огляді.

Медико-санітарні частини. Організація лікувально-профілактичної допомоги працюючим на промислових підприємствах.

Медичну допомогу працюючим на промислових підприємствах спочатку надавали *пункти охорони здоров'я, заводські амбулаторії і поліклініки*. Згодом їм на зміну прийшли **медико-санітарні частини (МСЧ)**.

Така перебудова в оборонній промисловості, особливо в період Великої Вітчизняної війни, була націлена на різке підвищення якості медичної допомоги робітникам, була пов'язана з необхідністю охорони її здоров'я, для забезпечення насамперед, військових потреб воюючої держави.

Саме тоді в багатьох медико-санітарних частинах промислових підприємств, на основі досвіду загальної територіальної поліклінічної служби, були введені посади *цехових лікарів*. Система виправдала себе в роки війни і у подальшому одержала широке розповсюдження в інших галузях промисловості.

Певна річ, наявність медико-санітарної частини на підприємстві не може забезпечити працюючих всіма видами спеціалізованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги. Тому вони обслуговуються також і загальною лікувально-профілактичною мережею за місцем проживання - територіальною лікарнею і службою швидкої медичної допомоги.

Вузькоспеціалізована стаціонарна медична допомога (психіатрична, стоматологічна, проктологічна, алергологічна тощо) надається фахівцями спеціалізованих лікарень медичних центрів.

На перших етапах організації спеціалізована служба через малу потужність не могла задовольнити потреби працюючих у вузькоспеціалізованій і висококваліфікованій допомозі. Проведена значна робота щодо зміцнення та організації МСЧ у багатопрофільні потужні медичні заклади з поліклінікою та стаціонаром, зі штатом висококваліфікованих фахівців і сучасним обладнанням сприяла усуненню цих недоліків.

У сучасних умовах лікувально-профілактичну допомогу робітникам промислових підприємств надають медико-санітарні частини, територіальні лікарні, поліклініки, диспансери.

Принцип переважного обслуговування працюючих на промислових підприємствах (або наближення медичної допомоги до місця їх роботи) в найбільшій мірі втілюється в діяльності медико-санітарних частин.

Медико-санітарна частина (МСЧ) - це комплексне медичне об'єднання, в структурі якого є поліклініка, стаціонар, жіноча консультація, фельдшерські (як виняток лікарські) пункти охорони здоров'я. Вона надає лікувально-профілактичну, організаційно-методичну допомогу, здійснює керівництво санаторіями-профілакторіями, дієтичними їдальнями та підвідомчими дошкільними дитячими закладами. Іноді медико-санітарна частина може бути представлена лише однією самостійною поліклінікою.

Є два типи МСЧ:

• **відкриті** (обслуговують не тільки працюючих на підприємствах і членів їх сімей, а і населення, яке проживає в районі їх діяльності);

• **закриті** (надають медичну допомогу тільки працюючим на підприємстві).

В медико-санітарних частинах відкритого типу, крім цехових лікарських

дільниць, створюють також територіальні терапевтичні дільниці відповідно до діючих нормативів.

Самостійні МСЧ організують на підприємствах із чисельністю працюючих не менше 4000 чоловік. Враховується також і характер виробництва - так, на виробництвах зі шкідливими чи небезпечними умовами праці (хімічних, гірничорудних, вугільних, нафтопереробних) при чисельності працюючих 2500.

Штатні нормативи лікарів (згідно з наказом МОЗ України № 172 від 24.06.1998р.) встановлюють з розрахунку: лікарів-терапевтів цехових лікарських дільниць - 1 посада на 2000 працюючих (на державних підприємствах). Вони можуть використовуватись для промислових підприємств і будівельних організацій з меншою чисельністю працівників, при умові їх пайової участі в будівництві закладів охорони здоров'я.

На підприємствах із шкідливими та небезпечними умовами праці штатними нормативами передбачається відповідно 1 посада цехового лікаря-терапевта на 1500 працюючих. Лікарів інших спеціальностей визначають з розрахунку 0,25 посади сумарно на 1000 працівників.

При наявності МСЧ стаціонару, чисельність лікарів різних спеціальностей встановлюється відповідно до штатних нормативів міських лікарень.

До складу МСЧ входять також пункти охорони здоров'я - лікарські та фельдшерські.

Лікарські пункти охорони здоров'я організуються для підприємств, об'єктів капітального будівництва, транспорту, зв'язку, вищих і середніх навчальних закладів, сільських ПТУ і технічних училищ з числом працюючих (учнів) не менше 1200, при відсутності фельдшерського пункту охорони здоров'я.

При відсутності лікарських організуються фельдшерські пункти охорони здоров'я з числом працюючих (учнів) не менше 500.

Основними завданнями медико-санітарних частин є:

• максимальне наближення до місця роботи кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги;

• розробка та проведення спільно з санепідстанцією, адміністрацією та профспілками підприємств заходів, спрямованих на оздоровлення праці та побуту працюючих;

• запобігання та зниження загальної, професійної, з тимчасовою непрацездатністю захворюваності, травматизму, інвалідності.

Відповідно до основних завдань медико-санітарна частина *організовує та забезпечує:*

- кваліфіковану, спеціалізовану *медичну допомогу* у поліклініці і в стаціонарі;
- *диспансерне спостереження* за контингентами осіб, об'єднаних загальними фізіологічними ознаками, умовами праці, за медичними показаннями;
- *організацію та проведення* спільно із санепідстанцією попередніх, періодичних, цільових *медичних оглядів*; .
- *експертизу* тимчасової непрацездатності;
- *заходи щодо реабілітації* хворих і інвалідів, включаючи й рекомендації щодо переведення на роботи з полегшеними умовами праці (спільно з адміністрацією підприємства та МСЕК);
- *медичний відбір* осіб, які за станом здоров'я потребують дієхарчування;
- *направлення на санаторно-курортне лікування*, до санаторіїв-профілакторіїв;
- *аналіз причин* захворюваності з тимчасовою і стійкою втратою працездатності, травматизму, професійної захворюваності, участь в розробці заходів щодо їх профілактики та зниження;
- *своєчасне виявлення, госпіталізацію та інформування* санепідстанції про інфекційних хворих, нагляд за контактними, проведення щеплень та інших протиепідемічних заходів;
- *обговорення* спільно з профспілками підприємств показників захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності, розробку комплексного плану санітарно-оздоровчих заходів і здійснення спільно з адміністрацією та профспілками контролю за їх виконанням;
- *проведення санітарно-просвітньої роботи*;
- *впровадження* до практики більш досконалих форм і методів роботи;
- *підвищення кваліфікації* медичного персоналу.

Науково-організаційною основою діяльності всіх лікувально-профілактичних закладів, що обслуговують працюючих на промислових підприємствах, є *цехова дільничність*.

Доцільність організації амбулаторно-поліклінічної допомоги за таким принципом пояснюється можливим впливом на здоров'я технології виробництва, особливостей умов праці в окремих цехах. Обізнаність із специфікою виробничого процесу дозволяє лікареві ґрунтовно аналізувати захворюваність, виявляти конкретну патологію і, головне, при змозі її попереджувати, вирішувати питання про раціональне працевлаштування, необхідне санаторно-курортне лікування, дієтичне харчування і таке інше.

Досвід показав, що тільки довгострокова робота на цеховій дільниці (не

менше 3-5 років) дозволяє цеховому терапевту вільно орієнтуватись у специфіці виробництва та впевнено приймати конкретні рішення лікувального та профілактичного характеру.

При формуванні цехових дільниць найчастіше використовується принцип однорідності цехів за технологією виробництва чи принцип територіального розміщення - на виробництвах з високим ступенем автоматизації, невеликою кількістю працюючих в основних цехах, коли до складу цехової дільниці доводиться включати й допоміжні служби.

Очолює цехову лікарську дільницю *цеховий лікар*, який повинен бути кваліфікованим спеціалістом-терапевтом і організатором лікувально-профілактичного та санітарно-епідеміологічного обслуговування працюючих.

Основні функції цехового лікаря:

- *раннє виявлення та лікування* захворювань із використанням сучасних-інструментальних, лабораторних і функціонально-діагностичних методів;

- *надання* медичної допомоги при *раптових* захворюваннях і *екстремальних* ситуаціях;

- *організація та проведення* диспансерної роботи;

- *лікарська експертиза* тимчасової непрацездатності;

- медичний *відбір* осіб для санаторно-курортного лікування та дієтичного харчування;

- *виявлення* інфекційних захворювань, харчових, професійних отруєнь і направлення екстреного повідомлення до СЕС;

- *проведення санітарно-просвітньої роботи.*

Спільно з профспівковою організацією цеху та його адміністрацією цеховий дільничний терапевт:

- *організовує і проводить* попередні та періодичні огляди;

- систематично *аналізує* захворюваність професійну і з тимчасовою втратою працездатності, в тому числі тих, які тривало та часто хворіють, і розробляє заходи щодо їх зниження;

- *вивчає* умови праці працюючих - спільно із санітарним лікарем з гігієни праці санепідстанції.

В цехах, окрім адміністративного персоналу, який відповідає за виробничу діяльність, створюються *громадські організації* - комісія соціального страхування цехового комітету профспівки і комісія з охорони праці. Медичні працівники співпрацюють з ними при вирішенні питань санаторного лікування, дієтичного харчування, направлення до санаторію-профілакторію, щодо поліпшення технології виробництва, умов праці та побуту в цехах, попередження травматизму та інвалідизації працюючих.

На деяких підприємствах працюють *лікарсько-інженерні бригади*, які комплексно вирішують питання оздоровлення умов праці та побуту працюючих.

В них працюють лікарі основних спеціальностей медико-санітарної

частини, інженери з техніки безпеки, охорони праці, лікарі-гігієністи та інші спеціалісти. Очолює бригаду головний інженер підприємства чи його заступник.

Таким бригадам під силу ставити та вирішувати різноманітні оздоровчі, в широкому розумінні, заходи на заводі у формі технічно грамотних, гігієнічно обумовлених конкретних інженерних рішень.

Використання основної звітної форми (№ 23-ТН) не дозволяє провести детальний аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, оскільки в ній відсутні дані щодо розподілу працюючих за професією, стажем, робочим місцем, віком, статтю та іншими ознаками, які суттєво впливають на здоров'я. Тому доцільно загальний аналіз доповнити поглибленим, використовуючи "*Карту особистого обліку захворюваності*", яка заводиться на кожного працюючого і позбавлена зазначених вад.

Систематичного та ретельного аналізу потребують *виробничий, травматизм, професійні захворювання та отруєння*. На підприємстві повинен вестись їх облік. Кожен з таких випадків має бути своєчасно та кваліфіковано розглянутий комісією з техніки безпеки та інспектором з охорони праці профспілкової організації разом із медичними працівниками з наступним обов'язковим проведенням в оперативному порядку необхідних заходів із усунення причин, що призвели до цього.

Травматизм повинен бути всебічно вивчений з метою розробки заходів щодо своєчасного його попередження.

Необхідно також проводити вивчення показників побутового і травматизму по дорозі на роботу та з роботи, виявити його причини і намітити конкретні заходи з їх усунення.

З метою профілактики *професійних захворювань* лікарі медико-санітарної частини, кожний за своїм фахом, на основі глибокого вивчення технологічного процесу та виробничих умов, розробляють заходи щодо оздоровлення умов праці.

Одним з найважливіших розділів роботи медико-санітарних частин, поліклінік, пунктів охорони здоров'я є організація та проведення профілактичних медичних оглядів із розробкою подальших оздоровчих заходів.

За характером і змістом профілактичні медичні огляди умовно можна розподілити на ***попередні, періодичні та цільові***.

Попередні - проводяться перед початком навчання і трудової діяльності.

Профогляди проводяться з метою:

- встановлення фізичної та психофізіологічної придатності осіб до роботи

за конкретно визначеною професією, спеціальністю, посадою;

- запобігання загостренню загально-соматичних захворювань і виникненню

нешасних випадків під впливом професійних факторів;

- виявлення захворювань (в т.ч. інфекційних та інших), що становлять

загрозу працівникам і продукції;

- допуску до роботи осіб до 21 року.

Періодичні - проводяться з визначеною періодичністю чи кратністю у процесі роботи з метою:

- забезпечення динамічного спостереження за станом здоров'я працюючого;
- виявлення ранніх ознак впливу виробничих умов і професійних шкідливостей на здоров'я;
- раннього виявлення загальносоматичних хвороб, що виникли після проведення попереднього огляду і не дають змоги продовжити роботу за даною професією;
- попередження поширення інфекційних і паразитарних захворювань, виникнення нещасних випадків.

Виявлені при періодичних оглядах випадки професійної інтоксикації чи захворювань мають бути сигналом для проведення термінових і дійових заходів щодо поліпшення санітарно-гігієнічних умов праці, деколи зміни технологічного процесу.

Їх кратність, склад лікарів-спеціалістів, перелік лабораторних і інструментальних досліджень визначаються відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я за участю галузевих профспілок.

Цільові - проводяться з метою:

- виявлення ранніх форм захворювань (туберкульозу, новоутворень, цукрового діабету, дерматовенеричних захворювань та інші);
- виявлення порушень або відхилень у стані здоров'я, що можуть призвести до аварійних ситуацій (передрейсові огляди водіїв транспорту - повітряного, залізничного, автомобільного, річкового, морського);
- медичного обстеження контингентів здорового, неорганізованого населення (дошкільнята, абітурієнти, фізкультурники тощо).

З усіх видів оглядів у практиці медико-санітарних частин найчастіше використовуються періодичні. Вони дозволяють систематично слідкувати за станом здоров'я, оперативно запобігати зменшенню впливу шкідливих виробничих умов, проводити заходи з оздоровлення виявлених хворих.

Початкові медичного огляду передусе наказ, в якому відповідальність за його якісне проведення покладається на медико-санітарну частину, а за своєчасну та організовану явку працюючих - на керівництво.

Медико-санітарні частини використовують дві форми проведення періодичних оглядів - **одномоментну та поточну**.

Одномоментна форма проводиться комісією, в чітко визначені наказом терміни, з повним або частковим відривом лікарів від інших видів роботи. Проводиться вона в кілька етапів:

Перший - підготовчий, під час якого визначають склад лікарів для проведення огляду, календарні терміни їх проведення, складають списки працюючих, роблять розрахунок і підготовку необхідних матеріалів,

інвентарю, обладнання.

Другий - власне робота лікувальної комісії (огляд працюючих, контроль за якістю лабораторних і інструментальних досліджень, обстеження санітарно-гігієнічного стану місць роботи).

Третій - підсумки та аналіз результатів оглядів.

Четвертий - розробка плану лікувально-оздоровчих заходів спільно з адміністрацією цехів і профспівковою організацією.

П'ятий - здійснення постійного контролю за виконанням наміченого плану оздоровчих заходів.

Одномоментна форма - проводиться відносно швидко, однак має ряд суттєвих недоліків - порушує звичайний виробничий ритм роботи та викликає напруження в роботі МСЧ на всіх етапах медичних оглядів, відволікає лікарів від роботи в поліклініці, викликаючи незадоволення хворих тощо.

З огляду на це більш раціональною вважають **поточну форму**.

Поточні профілактичні медичні огляди працюючих лікарі проводять паралельно з виконанням інших обов'язків. Здійснюються вони на цехових дільницях протягом всього року - кожний лікар викликає на обстеження по 5-15 чоловік на день. При цьому створюється можливість регулювати кількість осіб, відповідно до щоденних навантажень на прийомі.

Крім того, поточний огляд дозволяє оперативно та ефективно проводити лікувально-оздоровчі заходи в процесі виявлення хворих із професійними та загальними захворюваннями.

Він поширюється також і на диспансерних осіб, які активно відвідують лікаря і на тих, що звертаються або вже знаходяться на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні.

Якою б не була форма плану проведення медичного огляду, він повинен забезпечити виконання таких обов'язкових положень:

- участь в огляді цехового лікаря як головного організатора;
- проведення комплексного та повного обстеження з метою подальшого

виключення додаткових цільових оглядів;

- проведення огляду працюючого у вільний для нього від роботи час;
- наближення огляду до місця роботи;
- динамічний аналіз захворюваності повинен проводитись з

одночасним обстеженням санітарно-гігієнічних умов праці, при обов'язковій участі адміністрації підприємства, профспівкової організації та санітарного лікаря СЕС з гігієни праці тощо.

За останні роки брак недостатнього фінансування охорони здоров'я руйнує відпрацьовану десятиріччями систему медичного забезпечення робітників промислових підприємств. Але, незважаючи на тяжкі умови господарювання, з'являються нові методичні підходи щодо вирішення деяких проблем.

Наприклад, у місті Києві з метою удосконалення медичного

забезпечення працюючих у шкідливих і небезпечних умовах, для поліпшення ранньої діагностики, попередження ускладнень загальносоматичної патології та своєчасної профілактики професійних захворювань, створюється система постійного нагляду за працюючими в цих умовах.

Основну роботу щодо проведення профілактичних оглядів за цією схемою виконують районні відділення профілактичних медичних оглядів.

Згідно з Положенням про це відділення організацію оглядів забезпечують власники підприємств, установ, незалежно від форм власності та видів діяльності, органи та заклади МОЗ України (районні відділення профоглядів, СЕС, науково-дослідні та вищі медичні заклади, акредитовані ЛПЗ різних форм власності), а проведення ~ районні відділення.

Відділення профілактичних медичних оглядів може бути організовано в кожному районі залежно від кількості працюючих, які їх потребують, територіального розміщення підприємств, оснащення та штатного забезпечення районних лікувально-профілактичних закладів тощо.

При наявності в районі кількох відділень, наказом генерального директора ТМО визначається головне, яке обслуговує найбільшу кількість підлеглих медичним оглядам, найкраще оснащене лабораторно-діагностичним обладнанням і забезпечене відповідними спеціалістами.

Лабораторна та інструментальна діагностика проводиться відповідними підрозділами лікувально-профілактичного закладу, на базі якого розміщене відділення.

Асигнування на організацію та проведення профілактичних оглядів, на амбулаторне та стаціонарне обстеження працюючих виділяє керівник підприємства незалежно від форми власності.

На підставі отриманих результатів комісія складає заключний акт і формує групу, що потребує диспансерного нагляду в зв'язку з ризиком виникнення професійних захворювань, загострення перебігу загальносоматичних захворювань чи погіршення працездатності.

З числа працюючих у небезпечних і шкідливих умовах до цієї групи пропонується включати такі категорії:

- визнані комісією "практично здоровими", з професійним стажем роботи

в шкідливих і небезпечних умовах 20 років і більше;

- при медичному огляді виявлені початкові прояви професійного захворювання;

- наявність стійких симптомів чи синдромів функціонального характеру,

які під впливом професійних шкідливостей можуть спровокувати розвиток

відповідних захворювань;

- наявність загальносоматичного захворювання, яке може загостритися під впливом виробничих шкідливостей.

Відділення профілактичних медичних оглядів не менше 1 разу на рік направляє працюючих диспансерної групи ризику в міський центр профпатології, спеціалізовані відділення районних і міських ЛПЗ, денні стаціонари, поліклініки за місцем проживання для поглибленого обстеження і профілактичного лікування. Результат у вигляді виписки із історії хвороби долучається до амбулаторної карти працюючого.

При виявленні діагностично складних випадків захворювань і конфліктних ситуаціях працюючих, за направленням районного профпатолога, консультують у міському центрі профпатології.

При наявності ознак професійного захворювання районний профпатолог протягом 10 днів направляє пацієнта в Науково-дослідний інститут медицини праці для спеціального обстеження.

Ситуаційне завдання №1

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати показник укомплектованості середнім і молодшим медичним персоналом.

Ситуаційне завдання №2

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати середнє число відвідувань лікарів на одного жителя.

Ситуаційне завдання №3

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати питому вагу профілактичних відвідувань.

Ситуаційне завдання №4

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати показник повноти охоплення профілактичними оглядами різних контингентів населення.

Ситуаційне завдання №5

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати показник оперативних втручань за видами.

Ситуаційне завдання №6

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати показник середньорічної зайнятості ліжка.

Ситуаційне завдання №7

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати показник середньої тривалості перебування хворого в лікарні.

Ситуаційне завдання №8

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати показник післяопераційної летальності.

Ситуаційне завдання №9

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати показник своєчасного взяття вагітних на облік.

Ситуаційне завдання №10

За даними звіту ЛПЗ (ф.20) розрахувати показник частоти екстрагенітальних захворювань.

Індивідуальне завдання №1

1. Первинна медична допомога – це...
2. Первинна медико-санітарна допомога – це.....

Індивідуальне завдання №2

1. Які функції первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД)?
2. Вирішення яких завдань покладається на ПМСД?

Індивідуальне завдання №3

1. Які основні принципи сімейної медицини?
2. Назвіть організаційні моделі реформування дільнично-територіальної системи.

Індивідуальне завдання №4

1. Назвіть обов'язки сімейної медичної сестри.
2. Назвіть основні завдання амбулаторії сімейної медицини.

АНАЛІЗ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ЗАКЛАДІВ І ОЦІНКА ЯКОСТІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Облік і звітність, показники діяльності, їх оцінка

Різноманітна діяльність амбулаторно-поліклінічних і стаціонарних закладів потребує оперативної корекції та планування на основі поточного обліку та аналізу роботи закладів в цілому, окремих підрозділів і медичного персоналу. Проведення його є однією із складових частин процесу управління, що потребує оптимального інформаційного забезпечення.

В лікувально-профілактичних закладах циркулює численна інформація щодо хворих, використання ресурсів (ліжок по відділеннях, лікувально-діагностичних і допоміжних підрозділів), коштів.

Відповідні дані про всі розділи роботи можна отримати з облікових документів, затверджених МОЗ України.

Лікарі *амбулаторій та поліклінік* заповнюють низку облікових документів, основними з них є:

- медична карта амбулаторного хворого (ф. № 025/01);
- історія розвитку дитини (ф. № 112/0);
- статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів (ф. № 025-2/0);
- талон амбулаторного пацієнта (ф. № 025-6/0, 025-7/0);
- контрольна карта диспансерного спостереження (ф. № 030/0);
- екстрене повідомлення про інфекційне захворювання (ф. № 058/0).

До основних облікових документів *стаціонару* належать:

- медична карта стаціонарного хворого (ф. № 003/0);
- статистична карта хворого, який вибув із стаціонару (ф. № 066/0);
- журнали обліку прийому хворих в стаціонар (ф. № 001/0);
- журнал відмовлень у госпіталізації (ф. № 001-1/0);
- журнал запису оперативних втручань у стаціонарі (ф. № 008/0);
- протокол (карта) патологоанатомічного дослідження (ф. № 013/0);
- історія пологів (ф. № 096/0);
- карта розвитку новонароджених (ф. № 102/0).

У поліклінічних і стаціонарних закладах хворим видають:

- листок непрацездатності;
- довідку про тимчасову непрацездатність.

Основним обліковим документом у поліклініці є "*Медична карта амбулаторного хворого*", яка заводиться на кожного мешканця району діяльності поліклініки, що звернувся за медичною допомогою.

Її складовою частиною є *листок запису заключного діагнозу* - дані до нього заносяться одночасно з внесенням у статистичний талон заключного діагнозу.

Основним обліковим документом для стаціонару є "*Медична карта стаціонарного хворого*" ("*історія хвороби*"), на основі якого заповнюється статистична карта вибулого зі стаціонару.

Відповідно до наказу МОЗ України № 130 від 04.09.92 р. *статистична звітність* поділяється на:

Державну.

- Звіт про окремі інфекційні та паразитарні захворювання (ф. № 1).
- Звіт про профілактичні щеплення (ф. № 5).
- Звіт про число захворювань, зареєстрованих у хворих, які

проживають

у районі обслуговування лікувального закладу (ф. № 12).

- Звіт про медичне обслуговування населення, яке підпало під радіацію

в

зв'язку з аварією на Чорнобильській АЕС і підлягає включенню в

Державний

розподільчий реєстр (ф. № 15).

- Звіт лікувально-профілактичного закладу (ф. № 20).
- Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям (ф. № 21).

Галузеву:

- Звіт про медичну допомогу дітям (ф. № 31 - здоров).
- Звіт про хворих на туберкульоз (ф. № 33 - здоров).
- Звіт про хворих на злоякісні новоутворення (ф. № 35 - здоров).
- Звіт про кількість травм, опіків і отруєнь серед дорослих, підлітків і дітей (ф. № 50 - здоров).

Дані облікових документів є основою для аналізу діяльності закладу, підрозділу, окремого спеціаліста за певний звітний період. Вони необхідні також для оперативного керівництва роботою.

Інформація може записуватися як на паперових носіях, так і в комп'ютерній базі даних. У закладах охорони здоров'я та органах управління накопичено значний досвід автоматизованого обліку інформації, що дозволяє розширити можливості аналізу при зменшенні затрат часу на обробку отриманих даних.

Звіт складають *лікарі-статистики та методисти*, статистики, які працюють у кабінетах обліку та медичної статистики чи в інформаційно-аналітичних відділах районних (міських) лікарень, поліклінік.

На основі звітних даних обчислюють і аналізують відповідні показники за участю керівників закладу та відповідних підрозділів.

Розробка та аналіз статистичної інформації дозволяє лікарям оцінювати обсяг діяльності, якість і ефективність лікування, стан здоров'я населення.

Керівники закладу та підрозділів мають змогу оперативно управляти закладом, своєчасно розробляти заходи щодо поліпшення організації медичного забезпечення населення.

Оцінка діяльності поліклініки, стаціонару проводиться за такою схемою:

- загальні дані про лікарню та її підрозділи;
- організація роботи поліклініки, стаціонару;

- якість діагностики та лікування.

їх робота значною мірою висвітлена в звітні лікувально-профілактичного закладу (ф. № 20).

За даними звіту ЛПЗ (ф. № 20) визначають тип закладу, його підпорядкування, потужність, структуру, обладнання відділень (кабінетів).

Для визначення показників здоров'я та обсягу допомоги необхідні дані про чисельність населення, яке обслуговується даним ЛПЗ, розподіл його за віком і контингентами, що підлягають профілактичним оглядам.

Аналіз даних / розділу — "Штати закладу" дозволяє оцінити:

- укомплектованість лікарні (окремо поліклініки та стаціонару) лікарями, середнім і молодшим медичним персоналом:

Кількість зайнятих посад лікарів (середнього та іншого медичного персоналу) •

100 Кількість штатних посад лікарів (середнього та іншого медичного персоналу)

- коефіцієнт сумісництва (виходячи з того, що працівник може виконувати роботу як у більшому обсязі, передбаченому нормативами, так і в меншому обсязі, наприклад, 1,25 або 0,5 посади):

$$\frac{\text{Кількість зайнятих посад} \cdot 100}{\text{Кількість фізичних осіб}}$$

За даними // розділу - "Діяльність поліклініки (амбулаторії) визначається низка показників поліклінічної допомоги:

- середнє число відвідувань лікарів на одного жителя:

$$\frac{\text{Кількість відвідувань лікарів}}{\text{Чисельність населення}}$$

(аналогічно обчислюється середнє число відвідувань лікарями вдома);

- питома вага профілактичних відвідувань:

$$\frac{\text{Кількість профілактичних відвідувань лікарів} \cdot 100}{\text{Загальна кількість відвідувань лікарів всього}}$$

- повнота охоплення профілактичними оглядами різних контингентів населення (окремо по кожній групі):

$$\frac{\text{Кількість оглянутих} \cdot 100}{\text{Кількість осіб, які підлягали оглядам}}$$

Обчислюють питому вагу жінок, оглянутих в оглядових кабінетах із застосуванням цитологічного дослідження.

За даними діяльності пункту невідкладної медичної допомоги

визначають число виїздів на 1000 населення:

$$\frac{\text{Число всіх виїздів} \cdot 1000}{\text{Чисельність населення}}$$

Стосовно диспансерної роботи визначають розподіл ветеранів війни та осіб, прирівнених до них щодо пільг, за групами інвалідності, фахом лікарів, які здійснюють спостереження.

Для оцінки хірургічної роботи амбулаторно-поліклінічного підрозділу визначають:

- розподіл оперативних втручань за видами, наприклад:

$$\frac{\text{Кількість операцій на органах вуха, горла, носа} \cdot 100}{\text{Загальна кількість всіх проведених операцій}}$$

Матеріали *розділу III — "Діяльність стаціонару"* - дозволяють визначити показники використання ліжкового фонду:

- середньорічна зайнятість ліжка:

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

- середня тривалість перебування хворого в лікарні:

$$\frac{\text{Кількість проведених хворими ліжко-днів}}{\text{Кількість хворих, що вибули зі стаціонару (сума виписаних і померлих)}}$$

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

$$\frac{\text{Кількість хворих, що пройшли через стаціонар}}{\text{Середньорічне число ліжок}}$$

Показники обчислюються загалом для стаціонару, а також для всіх його відділень.

- Середня кількість операцій на одну зайняту посаду хірурга:

$$\frac{\text{Кількість проведених операцій}}{\text{Кількість посад хірургів у поліклініці}}$$

Для стаціонару проводять також аналіз показників летальності (загального, для відділень, при окремих захворюваннях):

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

Звіт дозволяє також провести досить детальний аналіз середньої тривалості перебування в стаціонарі та летальності, за класами та окремими захворюваннями для певних вікових груп.

З метою оцінки хірургічної роботи стаціонару визначають такі показники:

- кількість оперативних втручань загалом і за окремими видами на 100 хірургічних ліжок;

- структура оперативних втручань;
- використання апаратури при операціях (лазерної, кріогенної, ендоскопічної).

Окремо визначають післяопераційну летальність:

$$\frac{\text{Кількість померлих оперованих хворих} \cdot 100}{\text{Кількість оперованих хворих}}$$

Післяопераційну летальність доповнюють відповідними показниками при окремих операціях, а також летальністю оперованих хворих при загальній анестезії.

Оцінка термінової хірургічної допомоги проводиться за даними показників пізньої госпіталізації від початку захворювання:

$$\frac{\text{Кількість хворих, доставлених до стаціонару пізніше 24 годин} \cdot 100}{\text{Кількість хворих, доставлених для надання термінової допомоги}}$$

Визначають також летальність серед оперованих і неоперованих хворих, доставлених у стаціонар своєчасно та з запізненням.

Оцінка діяльності *лікувально-допоміжних підрозділів* поліклініки проводиться відносно до числа амбулаторних і відвідувань вдома чи відносно до стаціонарних хворих.

$$\frac{\text{Кількість фізіотерапевтичних процедур амбулаторним хворим} \cdot 100}{\text{Кількість відвідувань поліклініки}}$$

$$\frac{\text{Кількість фізіотерапевтичних процедур}}{\text{Кількість осіб, які закінчили лікування}}$$

$$\frac{\text{Кількість фізіотерапевтичних процедур}}{\text{Кількість осіб, що виписалися зі стаціонару}}$$

Аналогічно обчислюють показники діяльності кабінету ЛФК.

За даними роботи *діагностичних відділень* визначають:

- Середнє число рентгенологічних досліджень на одну зайняту посаду лікаря-рентгенолога.
 - Кількість рентгенологічних досліджень на 100 поліклінічних відвідувань і одного стаціонарного хворого.
 - Кількість флюорографічних досліджень на 1000 дорослого (підліткового) населення.
- Середня кількість ультразвукових досліджень на одну зайняту посаду лікаря УЗД.
- Середня кількість ендоскопічних досліджень (всього та по окремих видах) на одну зайняту посаду лікаря-ендоскопіста.
- Кількість функціональних обстежень на 100 відвідувань у поліклініці (включаючи хворих удома) та на одного госпіталізованого.
- Число проведених аналізів на 100 відвідувань у поліклініці

(включаючи хворих удома) та на одного госпіталізованого.

Амбулаторно-поліклінічні заклади також складають звіт про захворювання, зареєстровані у населення району обслуговування (ф. № 12).

Обчислюють і аналізують показники загальної захворюваності (див. розділ 4 підручника).

їх можна визначити для окремих захворювань» у т. ч. у розрізі певних вікових груп:

- Серед дітей (до 14 років включно), окремо серед хлопчиків і дівчаток.
- Серед підлітків (15-17 років включно), окремо серед юнаків і дівчат.
- Серед дорослого населення (18 років і старші), окремо серед чоловіків і жінок.
- Серед населення працездатного віку (чоловіків від 18 до 60 років, жінок від 18 до 55 років).
- Серед населення старше працездатного віку (чоловіки 60 років і старші, жінки 55 років і старші).

За даними окремих звітів визначають і аналізують особливості стану здоров'я певних контингентів, організацію їх медичного обслуговування.

Медичну допомогу вагітним, роділлям, породіллям за даними ф. № 21 характеризують показники, які дозволяють оцінити:

1. Динамічне спостереження За вагітними жінками:

- своєчасне взяття вагітних на облік:

$$\frac{\text{Кількість жінок, які звернулись до консультації зі строком вагітності до 12 тижнів} \cdot 100}{\text{Загальна кількість вагітних, взятих консультацією під спостереження}}$$

- частота обстеження терапевтом жінок, у яких закінчилась вагітність:

$$\frac{\text{Кількість вагітних, оглянутих терапевтом} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологам та абортами}}$$

- повнота проведення досліджень на реакцію Васермана, СНІД, УЗД тощо:

$$\frac{\text{Кількість обстежених} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологам та абортами}}$$

- середнє число відвідувань вагітними консультації.

2. Стан здоров'я вагітних:

- частота екстрагенітальних захворювань:

$$\frac{\text{Кількість захворювань на хвороби системи кровообігу, анемії тощо} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологам та абортами}}$$

- частота пізніх токсикозів:

$$\frac{\text{Кількість пізніх токсикозів} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологами та абортами}}$$

- частота передчасних пологів:

$$\frac{\text{Кількість передчасних пологів} \cdot 100}{\text{Кількість жінок, у яких вагітність закінчилась пологами та абортами}}$$

- частка нормальних пологів:

$$\frac{\text{Кількість нормальних пологів} \cdot 100}{\text{Загальна кількість прийнятих пологів}}$$

- частота ускладнень пологів:

$$\frac{\text{Кількість окремих ускладнень пологів і післяпологового періоду} \cdot 100}{\text{Кількість прийнятих пологів}}$$

Визначають також питому вагу нормальних, ускладнених і передчасних пологів.

Обчислюють відсоток мимовільних і абортів за медичними показаннями.

3. Стан здоров'я новонароджених:

- частка дітей з низькою масою тіла:

$$\frac{\text{Кількість народжених з масою тіла до 2500 г} \cdot 100}{\text{Кількість живонароджених}}$$

- захворюваність новонароджених:

$$\frac{\text{Кількість окремих захворювань новонароджених} \cdot 100}{\text{Кількість дітей, які народилися живими}}$$

- рання неонатальна смертність:

$$\frac{\text{Кількість померлих у віці перших повних 7 днів} \cdot 100}{\text{Кількість живонароджених}}$$

Захворюваність, ранню неонатальну смертність і летальність можна обчислювати окремо для доношених і недоношених новонароджених.

Аналіз даних, представлених у звіті *про медичну допомогу дітям (ф. № 31 - здоров)*, дозволяє оцінити:

- захворюваність дітей першого року життя:

$$\frac{\text{Кількість зареєстрованих хвороб} \cdot 100}{\text{Кількість дітей, які поступили під спостереження в звітному році} + \text{кількість дітей, що перебувають під спостереженням на кінець звітнього року}}: 2$$

- частка дітей, що знаходились на грудному годуванні окремо до трьох і шести місяців:

$$\frac{\text{Кількість дітей, що знаходились на грудному годуванні} \cdot 100}{\text{Кількість дітей, які поступили під спостереження в звітному році} + \text{кількість дітей, що перебувають під спостереженням на кінець звітнього року}}$$

Кількість дітей, що досягли одного року

• частота патології, виявленої при профілактичних оглядах (зі зниженням гостроти слуху та зору, з дефектами мови, зі сколіозом, з порушенням постави):

$$\frac{\text{Кількість виявлених порушень} \cdot 1000}{\text{Кількість оглянутих}}$$

Ці показники обчислюють відносно до всіх дітей у віці ДО 14 років включно, а також окремо у дітей дошкільного віку та учнів 2-8 класів.

Крім вказаних показників при аналізі здоров'я дітей та організації медичної допомоги використовують показники, які обчислюють за даними звіту лікувально-профілактичного закладу (ф. № 20), звіту про кількість захворювань, зареєстрованих у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувального закладу (ф. № 12) і звіту про профілактичні щеплення (ф. № 5).

СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ

Задача 1.

Необхідно оцінити динаміку народжуваності населення в Н-му районі. Які необхідні для цього дані? Як їх одержати? Які показники необхідно вирахувати? Як зареєструвати народження дитини?

Задача 2.

Необхідно оцінити динаміку смертності немовлят в Н-му районі. Які дані і з яких документів для цього будуть використані? За якою методикою проводяться необхідні розрахунки? Як оцінити одержані результати? Чи можна їх відобразити графічно?

Задача 3.

Необхідно оцінити динаміку смертності в Н-му районі від провідних причин. Які дані та з яких облікових документів треба використати? Які показники необхідно вирахувати? Як реєструється смертність?

Задача 4.

Сьогодні для оцінки відтворення населення використовуються показники природнього приросту. З яких документів їх одержати? Як відобразити ці показники графічно? Як оцінити відтворення населення за показниками природнього приросту?

Задача 5.

В I та II хірургічних відділеннях лікарні летальність була 1,6 та 1,9, відповідно. Як вираховані ці показники? Які потрібні для цього дані та документи? Чи можна вважати, що II відділення працює гірше, ніж перше?

Задача 6.

Дуже часто рівень кваліфікації спеціалістів визначають шляхом співставлення діагнозів, визначених в поліклініці з тими, що визначені в

стаціонарах, а діагнозів стаціонару з патологоанатомічними (розтину). Як проводиться це порівняння та яка документація для цього використовується? Чи вірний такий підхід?

Задача 7.

В інфекційне відділення направлений хворий з підозрою на дизентерію. Які документи треба оформити? На підставі яких документів (як, де і коли) аналізується інфекційна захворюваність населення?

Задача 8.

Лікар запідозрив у пацієнта злякисну пухлину. Де і ким проводиться спостереження за хворим? Де і як проводиться аналіз онкозахворюваності? Які документи будуть при цьому заповнюватися?

Задача 9.

Лікар виявив у себе на ділянці 6 хворих ревматизмом. Як будуть вони реєструватися лікарем, де буде проводитися їх подальше обстеження? Як оцінити ефективність спостереження за ними?

Задача 10.

Групі лікарів доручено вивчити захворюваність студентів. Які дані для цього потрібні та які показники необхідно вирахувати? Яка документація буде використана? Дати перелік та формули показників.

Задача 11.

У Кіцманському районі Чернівецької області вже на протязі ряду років спостерігається від'ємний природній приріст. Які показники необхідно обчислити, щоб зробити вірне заключення щодо відтворення населення у даному районі і які дані при цьому будуть використані?

Задача 12.

Для порівняння роботи двох лікувально-профілактичних закладів групі лікарів доручено вивчити загальну смертність у районі діяльності цих лікарень. Які дані для цих цілей будуть потрібні, їх джерела? Які показники необхідно обчислити?

Задача 13.

Групі студентів доручено вивчити і порівняти смертність немовлят у двох сільських районах. Які дані будуть використані, їх джерела та які показники необхідно обчислити?

Задача 14.

Групі лікарів доручено вивчити та порівняти народжуваність у двох сільських районах. Які дані будуть використані, їх джерела та які показники необхідно обчислити?

Задача 15.

Серед населення склалося враження, що частота інфарктів міокарду після Чорнобильської катастрофи збільшилася. Як виявити, чи дійсно збільшилася частота інфарктів міокарду? Які дані потрібні та які показники необхідно обчислити?

Задача 16.

Серед 80 хворих, що прооперовані у зв'язку з косою паховою килою, де

шовним матеріалом були капронові нитки, частота рецидивів відмічена у 3%. Серед 65 таких же хворих, де для операцій був використаний шовк - у 5%. Які показники необхідно обчислити, щоб вирішити питання, який із шовних матеріалів краще вживати у цій операції?

Задача 17.

Лікарю доручено провести поглиблений аналіз захворюваності з тимчасовою непрацездатністю на промисловому підприємстві. Які дані для цього будуть використані, їх джерела та які показники треба вирахувати?

Задача 18.

Студентам доручили узагальнено вивчити захворюваність з тимчасовою втратою працездатності. Які дані будуть використані та які показники необхідно вирахувати?

Задача 19.

В групі хворих вивчався рівень цукру у крові з паралельним вимірюванням артеріального тиску. Мета дослідження - встановити чи існує зв'язок між вмістом цукру у крові та артеріальним тиском. Які дані для цього потрібні та які показники необхідно вирахувати? Дати перелік та формули показників. Як визначити силу та напрямок зв'язку?

Задача 20.

Під час комплексного медичного огляду 20 тис. населення виявлено 12600 захворювань. Які показники у даному випадку можна вирахувати? Які використовуються для цього документи? Як оцінити результат?

Задача 21.

На підприємстві 2200 робітників. За 2000 рік зареєстровано 1760 випадків втрати працездатності. Які показники можна обчислити за цими даними? З яких документів їх одержати? Як оцінити результати?

Задача 22

На промисловому підприємстві 1800 робітників. У 2000 році зареєстровано 1260 захворювань, у зв'язку з чим втрачено 1080 робочих днів. Вказати, які показники можна визначити за цими даними, в який розділ вивчення захворюваності входить цей вид захворюваності та з яких документів можна одержати необхідні дані? Як оцінити результати?

Задача 23

В місті Н. чисельність населення складає 200 тис. чоловік. Серед них у віці 60 років та старше 68 тис. чоловік. Всього за рік померло 1500 чоловік, в т.ч. у віці 60 років та старше - 900. Які показники тут можна вирахувати? Які документи видаються на померлих осіб? Чи можна визначити захворюваність населення за даними смертності?

Задача 24

У лікарні на 100 ліжок у 2000 р. лікувалось 2000 хворих, якими було зайнято 34000 ліжко-днів. Які показники тут можна визначити? В аналізі якого розділу звіту лікувально-профілактичного закладу вони використовуються?

Задача 25

В поліклініці за рік зареєстровано 60000 відвідувань до дільничних терапевтів, в тому числі із своїх дільниць - 6000, на дому - 2400, із них на

своїх дільницях - 2300. Які показники можна визначити за наявності цих даних? В який розділ звіту лікувально-профілактичного закладу вони можуть бути включені? Які ще показники можуть бути внесені в даний розділ звіту та як їх оцінити?

Задача 26

В лікарні на 200 ліжок було проведено хворими 65000 ліжко-днів. Які показники тут можна обчислити та до якого розділу звіту лікувально-профілактичного закладу вони відносяться? Дати їм оцінку.

Задача 27

У місті Н. 150 тис. населення. В 2000 р. було вперше виявлено 210 випадків злоякісних пухлин. Який показник на підставі цих даних можна обчислити та як його оцінити? У якому розділі звіту лікувально-профілактичного закладу дається характеристика цього показника? До якого розділу захворюваності він відноситься? Який документ заповнюється дільничним лікарем на вперше виявлених хворих?

Задача 28

В місті Н. 200 тис. чоловік В 2000 році вперше зареєстровано 220 випадків туберкульозу. Який показник можна визначити при наявності цих даних та до яких величин він відноситься? В якому додатку до звіту лікувально-профілактичного закладу дається характеристика цього показника? До якого розділу обліку захворюваності він належить? Який документ заповнюється дільничним лікарем на вперше виявлених хворих? Назвіть синоніми інтенсивного показника?

Задача 29

Визначити результати лікування хворих в стаціонарі за наявності наступних даних:

- виписано з одужанням - 800 осіб
- виписано з покращанням - 400 осіб
- виписано без змін - 80 осіб
- померло - 30 осіб

Всього лікувалось - 1310 хворих

Назвіть синоніми екстенсивного показника, а також до яких показників оцінки діяльності стаціонару вони відносяться?

Задача 30

В місті Н. 20 тис. чоловік. Визначити число штатних лікарських посад терапевтів необхідних для забезпечення амбулаторно-поліклінічною допомогою. Перерахувати основні функціональні обов'язки дільничного терапевта.

Задача 31

У сільських дільничних лікарнях Н-го району в 2000 р. були наступні показники летальності:

- лікарня А - 1,5 % лікувалося 200
- лікарня Б - 2,0 % лікувалося 500
- лікарня В - 2,5 % лікувалося 600

Визначити середній рівень лікарняної летальності по всіх дільничних

лікарнях разом взятих. Чим відрізняються показники летальності від показників смертності?

Задача 32

На комплексному медичному огляді 20 тис. чоловік виявлено 12600 захворювань. Визначити коефіцієнт патологічної ураженості оглянутого населення. В чому відмінність цього показника від показників власно захворюваності та хворобливості населення?

Задача 33

При вивченні фізичного розвитку призовників одержані наступні дані:

Вага	Число випадків
60-62 кг.	10
63-65 кг.	15
66-68 кг.	25
69-71 кг.	2
72-75 кг.	8

Визначити середню вагу призовників даної групи. Де використовуються одержані показники? Які ще показники важливі для оцінки здоров'я призовників?

Задача 34

У сільських районах Н-ої області у 2000 році були наступні показники народжуваності:

- район А - 1,4 %, населення 15000
- район Б - 16%, населення 20000
- район В - 19%, населення 16000
- район Г - 22%, населення 22000
- район Д - 27%, населення 23000

Визначити середній рівень народжуваності по п'яти районах разом взятих. Які документи будуть використані для одержання цих даних? Як реєструється народжуваність в сільській місцевості?

Задача 35

В лікарні на 200 ліжках в 2000 році було проведено хворими 65000 ліжко-днів. Визначити середню тривалість роботи ліжка за рік. Як оцінити визначений показник? З яких документів можна отримати наведені дані?

Задача 36

У поліклініці за рік зареєстровано 60 тис. відвідувань до дільничного лікаря-терапевта. В тому числі зі своїх дільниць - 50 тис., на дому - 24 тис., в тому числі на своїх дільницях - 22 тис. Визначити показник дільничності в обслуговуванні хворих на дому та у поліклініці.

Задача 37

Сільський житель Н. знаходився у стаціонарі ЦРЛ в зв'язку з загостренням виразкової хвороби з 15.04 по 10.05. Виписався з покращанням, але за станом здоров'я ще непрацездатний, потребує амбулаторного лікування за місцем проживання. Як оформити непрацездатність у даному випадку? На який максимальний строк при виписці зі стаціонару йому можна продовжити листок непрацездатності?

Задача 38

Робітниця М. зроблено аборт 30.08. В зв'язку з ускладненням вона знаходилась у гінекологічному відділенні до 17.09. У цей час вдома залишалася 2-х річна дитина, яку доглядав батько. Як оформити непрацездатність робітниця та організацію догляду за дитиною?

Задача 39

Робітниця С. знаходилась три дні у відпустці без збереження заробітної плати, хворіла ангіною протягом 5 днів. Чи має вона право на одержання листка непрацездатності та на який строк?

Задача 40

Робітник Н. увечері 15.10.98 р. відчув себе погано: з'явилися болі в області серця. Звернувся до лікаря швидкої допомоги, який звільнив його від роботи у нічну зміну і запропонував зранку прийти в поліклініку. Проте, робітник звернувся лише 18.10.92. Лікар визнав його працездатним. Як буде оформлятися у цьому випадку непрацездатність?

Задача 41

На основі якої документації заповнюється розділ звіту лікувально-профілактичного закладу “Діяльність поліклініки”? Які показники вираховуються? Як вони використовуються у практиці охорони здоров'я?

Задача 42

На основі якої документації заповнюється розділ звіту лікувально-профілактичного закладу “Штати закладу за звітний рік”? Які показники обчислюються? Як вони використовуються у практиці охорони здоров'я?

Задача 43

На основі якої документації заповнюється таблиця звіту лікувально-профілактичного закладу “Профілактичні огляди населення”? Які показники обчислюються? Як вони використовуються у практиці охорони здоров'я?

Задача 44

На який максимальний термін видається листок непрацездатності по догляду за хворою дитиною у поліклініці та стаціонарі? Особливості видачі листків непрацездатності саодиноким матерям.

Задача 45

На основі якої документації заповнюється розділ звіту лікувально-профілактичного закладу “Діяльність стаціонару”? Які показники обчислюються? Як вони використовуються у практиці охорони здоров'я?

Задача 46

На основі якої документації заповнюється таблиця звіту лікувально-профілактичного закладу “Склад хворих у стаціонарі; строки та результат лікування”. Які показники вираховуються? Хто і як їх використовує у оцінці роботи закладу?

Задача 47

На основі якої документації заповнюється таблиця звіту лікувально-профілактичного закладу “Хірургічна робота стаціонару”? Які показники обчислюються? Хто та для яких цілей використовує одержані результати?

Задача 48

На основі якої документації заповнюється розділ лікувально-профілактичного закладу “Робота допоміжних відділень”? Які показники обчислюються? Яку роль вони відіграють в оцінці діяльності закладу?

Задача 49

У дільничного лікаря-терапевта за рік було зареєстровано 8726 відвідувань. Дайте оцінку навантаженню лікаря з урахуванням функції лікарської посади. Де реєструються відвідування? Чи можна цей показник використовувати для оцінки “трудової участі” лікаря при бригадній формі роботи?

Задача 50

Необхідно відкрити сезонні ясла у сільській місцевості. Коли їх відкривають? Яка участь лікаря та санітарного фельдшера у підготовці до відкриття сезонних ясел? Які медичні документи будуть оформлятися при цьому?