

**Методична розробка для лікарів – інтернів зі спеціальності  
«внутрішні хвороби»**

**ТЕМА: Основи організації денних стаціонарів та  
стаціонарів вдома. Диспансеризація населення**

**МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8**

**КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин**

**Актуальність теми:** Працездатність кожного окремого працівника зачіпає певні фінансові аспекти, такі як оплата виробничого часу, пропущеного за хворобою, відшкодування втрати працездатності на виробництві та інше. Тому питання працездатності людини потребують неупередженої та об'єктивної оцінки, оскільки виникає конфлікт інтересів між працюючим та роботодавцем. Арбітром в даному випадку виступає держава. Ця функція покладається на спеціальні органи, що забезпечують експертизу працездатності громадян і надають фахові рекомендації щодо реабілітаційних заходів з приводу втрати працездатності.

### ЗНАТИ:

- основні принципи організації денних стаціонарів та стаціонарів вдома;

- наступність в роботі підрозділів терапевтичної служби;
- диспансеризацію в діяльності лікаря та медичного закладу;
- контингенти диспансеризованих;
- критерії встановлення інвалідності;
- принципи МСЕ;
- експертизу тимчасової та постійної втрати працездатності.

### ВМІТИ:

- здійснювати підготовку та проведення диспансеризації населення

- проводити розрахунок показників якості організації I, II та III-го етапів диспансеризації;

- складати епікризи;

- оформити листок непрацездатності та при необхідності продовжувати його;

- заповнювати «Карту хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома» (ф. №003-2/о);

- оформити звіт про роботу денного стаціонару.

# **Зміст**

## **теми заняття**

У більшості країн світу понад 80% всього обсягу медичних послуг надають заклади первинної медикосанітарної допомоги. Медична допомога, яка заміняє перебування у стаціонарі, розвивається шляхом розширення мережі економічно ефективних організаційних форм медичного обслуговування: денних стаціонарів (ДС), стаціонарів удома, центрів амбулаторної хірургії тощо. ДС — структурний підрозділ амбулаторнополіклінічного закладу (АПЗ) або лікарні, призначений для проведення профілактичних, діагностичних, лікувальних та реабілітаційних заходів пацієнтам, які не потребують цілодобового медичного спостереження. Розширення мережі ДС зумовлено реформуванням медичної допомоги та необхідністю підвищення ефективності використання фінансових і кадрових ресурсів і раціонального використання високовитратних технологій. Розвиток та впровадження стаціонарзамінних форм надання медичної допомоги (стаціонарів одного дня, денних стаціонарів, стаціонарів на дому) розпочався у 50-х роках ХХ століття, хоча подібні форми надання медичної допомоги існували і раніше. Спершу такий підхід використовували як альтернативу госпіталізації за необхідності проведення тривалих курсів лікування хронічних захворювань. Згодом сфера використання стаціонарзамінних форм надання медичної допомоги, зокрема денних стаціонарів (ДС), розширилася. Перші ДС з'явилися у м. Оксфорд (Велика Британія) 1956 року. Швидкий розвиток стаціонарзамінних форм лікування у Великій Британії розпочався у 1970-х рр., з того часу кількість таких структур щорічно збільшується приблизно на 15%. На початку 90-х років минулого сторіччя стаціонарзамінні форми надання медичної допомоги стали широко використовувати у різних галузях медицини. У більшості країн велика увага приділяється розвитку спеціалізованих ДС для дітей, пацієнтів старших вікових груп, пацієнтів з психіатричними захворюваннями, онкологічною патологією, захворюваннями крові, ВІЛ/СНІДом, пацієнтам, що потребують проведення гемодіалізу при ХНН, а також пацієнтам, що потребують хірургічних втручань та проведення досліджень, пов'язаних з підготовкою або анестезією.

Денний стаціонар - організаційна форма стаціонарзамінної медичної допомоги в денний період в позалікарняних умовах, яка дозволяє забезпечити пацієнтів своєчасною, якісною і ефективною лікувально-діагностичною, профілактичною і реабілітаційною допомогою на рівні, максимально наближеному до стаціонарної допомоги, в разі відсутності показань для стаціонарного лікування або неможливості госпіталізації чи відмови від неї.

Згідно з наказом МОЗ від 23 лютого 2001 року № 72:

1. Денний стаціонар організується для надання кваліфікованої медичної допомоги хворим шляхом їх госпіталізації на денний час за відсутності показів до постійного лікарського нагляду.
2. Основні завдання денного стаціонару:
  - 2.1 Проведення заходів щодо діагностики та лікування хворих при гострих захворюваннях або загостренні хронічних хвороб, за умови відсутності показів до цілодобового лікарського нагляду.
  - 2.2 Надання кваліфікованої медичної допомоги хворим при невідкладних станах в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу та за наявності показань - забезпечення їх госпіталізації до лікарняного закладу.
  - 2.3 Доліковування хворих та проведення їх реабілітації в стадії затухаючого загострення захворювання, неповної ремісії, в післяопераційному періоді тощо після виписки з лікувально-профілактичного закладу.
  - 2.4 Забезпечення наступності з іншими лікувальними відділеннями амбулаторно-поліклінічного закладу та стаціонарними відділеннями лікарняних закладів щодо надання

медичної допомоги хворим.

2.5 Проведення профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів хворим, які перебувають на диспансерному обліку.

3. Денний стаціонар організується в самостійних амбулаторно-поліклінічних закладах та при поліклінічних відділеннях лікувально-профілактичних закладів.

4. Керівництво денним стаціонаром здійснює завідувач відділенням денного стаціонару або завідувач лікувальним відділенням, в складі якого організовано денний стаціонар, в дільничній лікарні або амбулаторії - головний лікар лікувально-профілактичного закладу.

5. Потужність денного стаціонару визначається керівником лікувально-профілактичного закладу за узгодженням з територіальним органом управління охороною здоров'я.

6. Чисельність штатних посад медичного персоналу денного стаціонару встановлюється з розрахунку: 1 посада лікаря - на 30 ліжок соматичного профілю, 1 посада лікаря - на 20 ліжок хірургічного профілю, 1 посада - на 15 ліжок для неврологічних хворих, 1 посада - на 20 ліжок для кардіологічних хворих. Посади медичних сестер (палатних) устанавлюються з розрахунку 1 посада на 30 ліжок усіх профілів. У відділеннях хірургічного профілю вводяться посади операційних медичних сестер. Посади операційних, процедурних або маніпуляційних медичних сестер (сумарно) встановлюються з розрахунку 1 посада на 20 ліжок. У відділеннях кардіологічного і неврологічного профілю вводиться посада медичної сестри з лікувальної фізкультури з розрахунку 1 посада на 60 ліжок відповідного профілю.

Посади молодших медичних сестер-прибиральниць (палатних) устанавлюються з розрахунку 1 посада на 30 ліжок. Посади молодших медичних сестер операційних і перев'язувальних устанавлюються відповідно до посад операційних медичних сестер. Посади молодших медичних сестер-буфетниць устанавлюються з розрахунку 1 посада на 30 ліжок у випадку організації харчування хворих.

8. До складу денного стаціонару входять:

- палати для денного перебування хворих;
- операційно-перев'язувальний блок;
- палата інтенсивної терапії;
- маніпуляційна, процедурна;
- кабінет психологічного розвантаження та відпочинку хворих;
- буфет;
- кімнати медичного персоналу;
- допоміжні приміщення.

9. Медикаментозне забезпечення та харчування хворих здійснюється за рахунок асигнувань лікувально-профілактичного закладу, в якому функціонує денний стаціонар, а також за рахунок установ, підприємств, організацій та інших надходжень.

10. Режим роботи денного стаціонару затверджується керівником лікувально-профілактичного закладу відповідно до режиму роботи закладу.

11. Відбір хворих для госпіталізації в денний стаціонар здійснюють завідувачі лікувальними відділеннями амбулаторно-поліклінічних закладів за поданням дільничних терапевтів, дільничних педіатрів, лікарів загальної практики сімейних лікарів, інших фахівців лікувально-профілактичного закладу, на базі якого він функціонує.

12. Показання та протипоказання для лікування хворих в денному стаціонарі затверджуються головним лікарем лікувально-профілактичного закладу за погодженням з територіальним

органом управління охороною здоров'я.

13. У випадку неблагоприємного перебігу захворювання під час перебування хворого у денному стаціонарі він госпіталізується у профільне відділення лікарняного закладу.

14. На хворого, який знаходиться в денному стаціонарі, заповнюється "Карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома" (ф. 003-2/о).

15. При виписці хворого з денного стаціонару заповнюється виписка, яка передається лікарю, який направив хворого до денного стаціонару.

16. При потребі лікарі денного стаціонару залучають до обстеження і лікування хворого лікувально-діагностичні відділення закладу, в складі якого він функціонує, або за домовленістю інших лікувально-профілактичних закладів.

17. На час перебування хворих в денному стаціонарі документи, які засвідчують тимчасову непрацездатність, видаються в установленому порядку.

18. Звіт про роботу денного стаціонару подається у встановлені терміни і у встановленому порядку.

## СТАЦІОНАР ВДОМА

1. Стаціонар вдома організується для надання кваліфікованої медичної допомоги в домашніх умовах хворим, яким показано стаціонарне лікування, при відсутності необхідності госпіталізації.

2. Основні завдання денного стаціонару включають проведення заходів щодо діагностики та лікування хворих при гострих захворюваннях або загостренні хронічних хвороб, доліковування та реабілітації хворих після виписки із лікарняного закладу, проведення профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів хворим, які перебувають на диспансерному обліку.

3. Стаціонар вдома організується при самостійних амбулаторно-поліклінічних закладах та при поліклінічних відділеннях лікувально-профілактичних закладів.

4. Керівництво стаціонаром вдома здійснює завідувач лікувальним відділенням амбулаторно-поліклінічного закладу або поліклініки в складі лікувально-профілактичного закладу, в дільничній лікарні, амбулаторії - головний лікар. За поданням дільничних терапевтів педіатрів, лікарів загальної практики сімейних лікарів, інших фахівців він проводить відбір хворих для лікування в стаціонарі вдома.

5. Показання та протипоказання для лікування хворих в стаціонарі вдома встановлюються для кожного лікувально-профілактичного закладу індивідуально і затверджуються його керівником за погодженням територіального органу управління охороною здоров'я.

6. Чисельність посад медичного персоналу стаціонару вдома встановлюється з розрахунку 1 посада лікаря та 1 посада медичної сестри на 12 - 14 відвідувань протягом робочого дня.

7. Режим роботи стаціонару вдома встановлюється керівником лікувально-профілактичного закладу, виходячи з потреб хворих та з урахуванням можливостей лікувально-профілактичного закладу.

8. Забезпечення медикаментами хворих для лікування у стаціонарі вдома здійснюється за рахунок лікувально-профілактичного закладу, при якому він створений або за рахунок фондів медичного страхування, установ, підприємств, організацій та інших надходжень. Предметами догляду хворого забезпечує лікувально-профілактичний заклад.

9. У випадку неблагоприємного перебігу захворювання хворого необхідно госпіталізувати у профільне відділення лікувального закладу.

10. На хворого, який перебуває в стаціонарі вдома, заповнюється "Карта хворого денного стаціонару поліклініки, стаціонару вдома" (ф. 003-2/о).

11. Звіт про роботу стаціонару вдома подається у встановлені терміни у встановленому порядку.

12. При потребі лікарі стаціонару вдома залучають до обстеження і лікування хворого лікувально-діагностичні відділення закладу, в складі якого він функціонує, або за домовленістю інших лікувально-профілактичних закладів.

13. На час перебування хворих в стаціонарі вдома документи, які засвідчують тимчасову непрацездатність, видаються в установленому порядку.

14. При потребі засідання лікарської консультативної комісії проводиться вдома у хворого у встановленому порядку.

## НАСТУПНІСТЬ В РОБОТІ ТЕРАПЕВТИЧНОЇ СЛУЖБИ

Метою профілактичної роботи є зниження захворюваності, інвалідності і смертності населення шляхом запобігання розвитку найзагрозливіших життю захворювань та формування здорового способу життя. Основними пріоритетами у збереженні здоров'я населення вважають профілактику та ранню діагностику захворювань, що призводять до втрати здоров'я і летальності, а також визначення потенційної ефективності клінічних, профілактичних заходів, які здатні змінити перебіг хвороби у кращий бік. Розрізняють первинну, вторинну та третинну профілактику захворювань. Визначення чинників ризику в діяльності дільничного терапевта/сімейного лікаря має важливе значення для розуміння ефективної профілактичної стратегії.

Діагностично-лікувальна допомога населенню здійснюється в межах гарантованих рівнів, сучасних медичних технологій та затверджених стандартів якості згідно з наказом МОЗ України №507 від 28.12.2002 р. «Про затвердження нормативів надання медичної допомоги та показників якості медичної допомоги».

Важливим елементом діяльності дільничного терапевта/сімейного лікаря є забезпечення безперервності надання медичної допомоги на різних етапах маршруту пацієнта, включаючи консультації спеціалістів поліклініки та стаціонару, госпіталізацію та реабілітацію хворих.

Основним завданням дільничного терапевта/сімейного лікаря є лікування розповсюджених захворювань і травм, надання швидкої та невідкладної допомоги, реабілітаційне і відновне лікування, диспансеризація, вакцинопрофілактика, санітарно-гігієнічні та протиепідемічні заходи, профілактична допомога.

Реабілітаційна допомога займає важливе місце у відновленні втрачених фізіологічних функцій організму і включає безперервність, послідовність і наступність лікування та реабілітації на всіх етапах. Серед етапів реабілітації виділяють амбулаторно-поліклінічний нагляд за населенням, стаціонар загального профілю або спеціалізований стаціонар, відділення або центри медичної реабілітації відповідного профілю, санаторії, санаторії-профілакторії.

## Принципи медико-соціальної експертизи.

Як і будь-яка інша галузь знань і практичної діяльності, медико-соціальна експертиза базується на певній сукупності провідних понять, правил, законів. Саме вони у своїй сукупності і складають основоположні принципи предмета. До числа таких принципів медико-соціальної експертизи слід віднести наступні:

- державний характер;
- демократичність у діяльності;
- правова забезпеченість;
- наукова обґрунтованість;
- профілактична спрямованість

### Державний характер МСЕ

Згідно статті 46 Конституції України, держава гарантує громадянам соціальний захист у випадку втрати працездатності. Звідси саме вона відповідає за створення і організацію роботи державних органів, які мають здійснювати соціальний захист. Передовою ланкою в системі таких органів є заклади медико-соціальної експертизи, рішення яких про характер, ступінь, категорію непрацездатності є своєрідною преамбулою для визначення прав у громадян на певні види соціальної допомоги та обслуговування.

### Демократичність у діяльності

Демократичність у діяльності органів МСЕ забезпечується дією трьох основних факторів:

- існуючою структурою органів МСЕ, що діють на основі принципів демократичного централізму;
- колегіальність при прийнятті експертних рішень;
- правом громадян на оскарження рішень органів МСЕ.

### Правова забезпеченість медико-соціальної експертизи

Діяльність органів МСЕ є нормально регламентованою, регулюється низкою відповідних законів, постанов та інструкцій. Усі заклади медико-соціальної експертизи, не залежно від їх місцезнаходження, рангу, специфіки діють у єдиному правовому полі, тобто керуються однаковими нормами права.



## Наукова обґрунтованість медико-соціальної експертизи

Як відомо, медико-соціальна експертиза тісно пов'язана з рядом природничих та суспільних наук, живиться розробленими ними положеннями і законами, які є науково-методологічним фундаментом галузі.

## Профілактична спрямованість медико-соціальної експертизи

Не зважаючи на те, що центральне місце в діяльності органів МСЕ займає робота по забезпеченню клінічно і юридично обґрунтованої та якісної експертизи, стратегічним напрямком їх діяльності є профілактична спрямованість. Це означає, що експерти не повинні пасивно очікувати звернень громадян з вже порушеними здоров'ям і життєдіяльністю, а проводити систематичну активну роботу, яка спрямована на їх своєчасне запобігання, попередження.

Експертиза втрати працездатності.Етапи.

Процес експертизи працездатності включає три етапи.

Перший етап – медична діагностика. При цьому визначається діагноз захворювання, уточнюється характер його перебігу, стадія, клінічна форма, ступінь вираження порушення функції органів і систем. Оцінюється ефективність лікування, виявляються ускладнення, що супроводжують захворювання. Ці дані, що всебічно характеризують стан хворого, повинні бути відображені в розгорнутому клініко-функціональному діагнозі.

Другий етап – узагальнення відомостей про професію та уточнення вимог професії до стану здоров'я.

Третій етап – експертний висновок, підставою для якого є уточнення доступної праці. При цьому послідовно оцінюється ряд можливостей: продовження попередньої роботи, полегшення праці за своєю спеціальністю, перехід на іншу роботу, рівноцінну за кваліфікацією, скорочення обсягу виробничої діяльності, пристосування до праці в спеціально створених умовах або відсутність можливості виконувати суспільно корисну працю (у цих випадках стійке порушення працездатності є підставою для визнання хворого інвалідом). Крім того, рішення про інвалідність може бути винесене і тоді, коли працездатність відновлена не повністю, але мають місце інші порушення життєдіяльності.

Непрацездатність поділяють на тимчасову та стійку.

Тимчасова непрацездатність визначається, якщо захворювання (або травма), що перешкоджає виконанню праці, носить тимчасовий, оборотний характер і можливе повернення до праці без зміни її змісту.

Стійка непрацездатність виникає, якщо порушення функцій, викликане захворюванням (травмою), набуло стійкого і тривалого характеру, незважаючи на лікування, та призвело до необхідності повного припинення праці або її зміни на певний період.

Експертиза тимчасової непрацездатності – особливий вид медичної експертизи, основною метою якої є оцінка стану здоров'я пацієнта, якості й ефективності проведеного обстеження й лікування, його можливості здійснювати професійну діяльність, а також визначення ступеня й термінів тимчасової втрати працездатності.

Експертиза тимчасової непрацездатності здійснюється лікарями в лікувально-профілактичних установах незалежно від їх рівня, профілю, відомчої приналежності.

При експертизі тимчасової непрацездатності визначаються необхідність і терміни тимчасового або постійного переведення громадянина за станом здоров'я на іншу роботу, а також приймається рішення про направлення його на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК).

Виділяються наступні рівні експертизи тимчасової непрацездатності:

- перший – лікуючий лікар;
- другий – клініко-експертна комісія лікувально-профілактичної установи;
- третій – клініко-експертна комісія органу управління охороною здоров'я (районна (міська), обласна, АР Крим, м. Києва);
- четвертий – головний фахівець з експертизи тимчасової непрацездатності Міністерства охорони здоров'я України.

Експертиза тимчасової непрацездатності проводиться у зв'язку з хворобою, каліцтвом, вагітністю, родами, протезуванням, санаторно-курортним лікуванням, доглядом за хворим членом родини та в інших випадках, установлених законодавством України.

Документами, що засвідчують тимчасову непрацездатність і підтверджують тимчасове звільнення від роботи (навчання), є листок непрацездатності й, в окремих випадках, довідка встановленої форми, що видаються громадянам при захворюваннях, травмах та за інших обставин.

Лікуючий лікар здійснює експертизу тимчасової непрацездатності:

- визначає ознаки тимчасової непрацездатності на основі оцінки стану здоров'я, характеру й умов праці, соціальних факторів;
- фіксує в первинних медичних документах скарги пацієнта, анамнестичні й об'єктивні дані, призначає необхідні обстеження й консультації, формулює діагноз захворювання, ступінь функціональних порушень органів і систем, наявність ускладнень і ступінь їхньої тяжкості, що обумовлюють непрацездатність;
- рекомендує лікувально-оздоровчі заходи, вид лікувально-охоронного режиму, призначає додаткові обстеження, консультації;
- визначає термін непрацездатності з урахуванням індивідуальних особливостей перебігу основного й супутніх захворювань, наявності

ускладнень і орієнтовних термінів непрацездатності при різних захворюваннях і травмах;

- видає листок непрацездатності (довідку), що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян (у тому числі при відвідуванні вдома), призначає дату чергового відвідування лікаря, про що робить відповідний запис у первинній медичній документації;
- відображає при наступних оглядах динаміку захворювання, ефективність проведеного лікування, обґрунтовує продовження термінів звільнення пацієнтів від роботи;
- вчасно направляє пацієнта для консультації на клініко-експертну комісію й продовження листка непрацездатності понад терміни, встановлені Інструкцією про порядок видачі документів, що засвідчують тимчасову непрацездатність громадян, рішення питань про подальше лікування й інші експертні питання;
- при порушенні призначеного лікувально-охоронного режиму (у тому числі при алкогольному сп'янінні) робить відповідний запис у листку непрацездатності та, у встановленому порядку, – в історії хвороби (амбулаторній карті) з указанням дати й виду порушення;
- виявляє ознаки стійкого обмеження життєдіяльності й стійкої втрати працездатності, вчасно організовує направлення пацієнта на клініко-експертну комісію й медико-соціальну експертизу;
- здійснює диспансеризацію пацієнтів, які часто та довго хворіють, (громадян, які мають у рік 4 і більше випадків і 40 днів тимчасової непрацездатності за одним захворюванням або 6 випадків і 60 днів з урахуванням всіх захворювань);
- при відновленні працездатності й виписці на роботу відображає в первинних медичних документах об'єктивний статус і аргументоване обґрунтування для закриття листка непрацездатності;
- аналізує причини захворюваності з тимчасовою втратою працездатності й первинного виходу на інвалідність, бере участь у розробці й реалізації заходів щодо їхнього зниження;
- постійно вдосконалює свої знання з питань експертизи тимчасової непрацездатності.

Медико-соціальна експертиза є самостійним розділом медичної експертизи, що встановлює причину й групу інвалідності, ступінь втрати працездатності громадян, визначає види, обсяг і терміни проведення їхньої реабілітації та критерії соціального захисту, дає рекомендації з питань працевлаштування громадян, що є обов'язковими для адміністрації незалежно від форм власності підприємств, установ і організацій.

Інвалідність – це соціальна недостатність внаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, що призводить до обмеження життєдіяльності й необхідності соціального захисту. Обмеження життєдіяльності – відхилення від норми діяльності людини внаслідок порушення здоров'я, що характеризується обмеженням здатності здійснювати самообслуговування, пересування, орієнтацію, спілкування, навчання, трудову діяльність, контроль за своєю поведінкою.

Проведення медико-соціальної експертизи відноситься до компетенції установ медико-соціальної експертизи системи охорони здоров'я та здійснюється медико-соціальними експертними комісіями.

Основними завданнями цих установ є:

- 1) визначення інвалідності та її причин, термінів і часу настання інвалідності, потреби інваліда в різних видах соціального захисту.
- 2) розробка індивідуальних програм реабілітації інвалідів, сприяння в реалізації заходів соціального захисту й оцінка їх ефективності.
- 3) формування даних державної системи обліку інвалідів, вивчення динаміки інвалідності та чинників, що призводять до неї.
- 4) участь у розробці комплексних програм в області профілактики інвалідності, медико-соціальної експертизи, реабілітації й соціального захисту інвалідів.

Основним напрямком діяльності МСЕК є встановлення наявності, характеру й причини непрацездатності, визначення показань до інших пільг і компенсацій.

Огляд громадян з метою медико-соціальної експертизи проводиться за місцем проживання або за місцем прикріплення їх до державної лікувально-профілактичної установи. Право направляти пацієнтів на МСЕК мають лікарі амбулаторно-поліклінічних і лікувальних стаціонарів різних рівнів і форм власності.

Порядок направлення громадян на медико-соціальну експертизу регламентується Міністерством охорони здоров'я України та Фондом

соціального страхування. Направлення на медико-соціальну експертизу затверджується клініко-експертною комісією лікувально-профілактичної установи.

Отже, підставою для визнання громадянина інвалідом є наявність наступних факторів:

- порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму, обумовлене захворюваннями, наслідками травм або дефектами лікування;
- обмеження життєдіяльності (повна або часткова втрата хворим здатності або можливості здійснювати самообслуговування, самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, контролювати свою поведінку, навчатися або займатися трудовою діяльністю);
- необхідність здійснення заходів соціального захисту.

Право направляти громадян на медико-соціальну експертизу мають лікарі амбулаторно-поліклінічних і лікувальних установ різних рівнів і форм власності з підтвердженням направлення на медико-соціальну експертизу клініко-експертною комісією установи.

При встановленні групи інвалідності, термін тимчасової непрацездатності завершується датою реєстрації направлення на медико-соціальну експертизу.

## Висновок:

Однією з основних умов відновлення здоров'я й працездатності хворих є їхній соціальний захист у процесі лікування, тому лікарсько-трудова експертиза є одним з основних функціональних обов'язків лікаря. Предметом експертизи є оцінка стану працездатності, а кінцевою метою – профілактика захворюваності та інвалідності. Працездатність порушується, якщо захворювання, що виникло, перешкоджає виконанню праці або вимагає її зміни. Якщо праця хворому доступна, не протипоказана і не перешкоджає проведенню лікування, хворий визнається працездатним, незважаючи на наявність захворювання.

Медико-соціальна експертиза є самостійним розділом медичної експертизи, що встановлює причину й групу інвалідності, ступінь втрати працездатності громадян, визначає види, обсяг і терміни проведення їхньої реабілітації та критерії соціального захисту, дає рекомендації з питань працевлаштування громадян, що є обов'язковими для адміністрації незалежно від форм власності підприємств, установ і організацій.

Використана література:

1. Наказ МОЗ України від 5.09.11 №561 «Про затвердження інструкції про встановлення груп інвалідності».

2. studopedia.org

3. Постанова кабінету міністрів України від 3.12.2009 №1317 «Питання медико- соціальної експертизи».

4.С.Г. Стеценко «Медичне право України».



**Тестові завдання:**

**1. Означте призначення Карти обліку диспансеризації (ф. № 131/о)?**

- А) є основним документом
- В) є оперативно-обліковим документом
- С) призначена для обліку контингентів населення, яке підлягає періодичним медичним оглядам
- Д) використовується для контролю за правильністю проведення, оформлення та якістю цих оглядів
- Е) призначена для обліку проведення оглядів диспансеризованих контингентів

**2. Розкрийте контингенти населення, які обліковуються за результатами періодичних медичних оглядів Картою обліку диспансеризації (ф. № 131/о)?**

- А) особи у віці 15-17 років включно, прикріплені для медичного обслуговування
- В) робітники промислових підприємств, сільського господарства, харчових, комунальних, дитячих, ЛПЗ, шофери, учні загальноосвітніх шкіл, системи профтехосвіти, студенти різних рівнів акредитації віком від 15 років
- С) на все доросле населення
- Д) на всіх осіб віком до 15 років

**3. Охарактеризуйте структуру Карти обліку диспансеризації (ф. № 131/о)**

- А) паспортна частина
- В) медичний розділ для обліку проведених лікарями-спеціалістами оглядів
- С) результати лабораторно-інструментальних досліджень
- Д) розділ реєстрації захворювань та факторів ризику, які виявлені вперше при проведенні диспансеризації

**4. В яких закладах не заповнюється «Контрольна карта диспансерного нагляду (ф. № 030/о)» ?**

- А) у всіх амбулаторно-поліклінічних закладах
- В) у протитуберкульозних закладах
- С) в онкологічних закладах
- Д) в психоневротичних закладах
- Е) в наркологічних закладах

**5. Який термін і в який спосіб зберігаються «Список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду» (ф. № 122/о)?**

А)протягом року, наступного за роком проведення медичних оглядів

В)в одному примірнику зберігається в медичному закладі, який проводив періодичний медичний огляд

С)в одному примірнику – в уповноваженому власником підрозділі підприємства

Д)триденний термін після узгодження

Е)в тримісячний термін з дня отримання власником «Акту визначення контингенту осіб, які підлягають періодичним оглядам»

**6. Ким засвідчується «Список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду» (ф. № 122/о)?**

А)підписується представником власника

В)затверджується власником

С)узгоджується з головним лікарем СЕС

Д)підписується фельдшером / медичною сестрою здоров'я пункту підприємства

Е)підписи названих осіб завіряються печатками

**7. Які графи списку осіб, які підлягають періодичному медичному огляду (ф. № 122/о) заповнюються власником?**

А)перші 8 граф

В)1-2 графи

С)графи 9-11

### Список використаної літератури:

1. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»
2. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхно, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутітус. – 2010. – 629с.
3. Черешнюк Г. С. Організаційні основи загальної практики – сімейної медицини / Г. С. Черешнюк, Л. В. Черешнюк // Донецьк: Видавець Заславський О. Ю., 2014. – 144с.
4. Вороненко Ю. В. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під за. ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680с.

Автор: ст. викладач кафедри,  
Заслужений лікар України  
Черешнюк Г. С.

«30» 08 2018 р.

Затверджено на засіданні кафедри  
Протокол № 2