

Кафедра соціальної медицини
та організації охорони здоров'я

**Методична розробка для лікарів – інтернів зі спеціальності
«Дерматовенерологія»**

**ТЕМА: Організація дерматовенерологічної допомоги
населенню.**

МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ: навчальна кімната кафедри №8

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН: 7 годин

Актуальність теми:

Організація охорони здоров'я забезпечує безперервне вивчення суспільного здоров'я, його динаміки. Розробляє наукову основу та втілює в практику системи охорони здоров'я ідеї зміцнення здоров'я та забезпечує активне довголіття населення. Тому розуміння концепцій та принципів організації охорони здоров'я та дерматовенерології зокрема можуть бути ефективно використані в практичній медицині.

Навчальні цілі заняття:

ЗНАТИ:

- реформи дерматовенерологічної допомоги населенню в Україні;
- завдання реформ;
- етапи реформування дерматовенерологічної служби;
- принципи реформування дерматовенерологічної служби;
- фінансово-економічні засади дерматовенерологічної служби;
- рівні медичної допомоги та їх функції;
- Наказ МОЗ України №207 від 30.12.1992 «Про організацію дерматовенерологічної допомоги населенню України»;
- проблеми та перспективи розвитку дерматовенерології в Україні.

ВМІТИ:

- організувати надання дерматовенерологічної допомоги населенню на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Зміст

теми заняття

Вступ

В Україні склалась тенденція до зростання захворюваності на венеричні хвороби та захворювання, що передаються статевим шляхом.

Особливе занепокоєння викликає те, що цими захворюваннями вражається переважно населення фертильного віку і в подальшому це негативно впливає на репродуктивну функцію. Останнім часом серед хворих виявляється значна кількість неповнолітніх.

Напружена екологічна ситуація спричиняє зростання захворюваності дерматозами, погіршує перебіг цих захворювань, що призводить до збільшення термінів тимчасової втрати працездатності, зростання показників інвалідності.

З метою створення галузевих нормативів з питань дерматології та венерології в Україні, покращання діагностики і лікування.

Епідеміологія

Дерматологія і венерологія, як спеціальність, включає 613 нозологічних найменувань, що складають 4,3% усіх хвороб внесених в «Міжнародну статистичну класифікацію хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям», з них 80% відносяться до соціально-небезпечних хвороб. Зокрема це інфекції, що передають статевим шляхом, у тому числі сифіліс, гонорея, трихоманоз та велика група опортуністичних інфекцій: генітальний хламідіоз, мікоплазмоз, герпес-вірусна інфекція. Крім зазначеного до особливо небезпечних віднесені інфекційні шкірні та паразитарні захворювання.

Для боротьби з вище вказаними епідеміологічно-небезпечними дерматовенерологічними хворобами, в країні застосовується чітка організація діагностично-лікувальних заходів та ефективна профілактична система, що охоплює суміжні профільні служби охорони здоров'я.

Етапи реформування дерматовенерологічної служби: На I

етапі: 1. Надати наявним обласним та міському в м. Києві диспансерам статусу лікувальнодіагностичних центрів.

2. Створити національний центр дерматології і венерології.

3. Приєднати до обласних диспансерів Центри СНІДу на правах відділів.

4. Реструктуризувати і оптимізувати ліжковий фонд, привівши його у відповідність до науково-обґрунтованих потреб.

II етап:

1. Укріплення «Центрів дерматології і венерології» обладнанням.

2. Створення окружних безліжкових центрів дерматовенерології на базі госпітальних округів.

III етап:

1. Переведення всіх форм стаціонарної дерматовенерологічної допомоги на рівень обласних центрів дерматовенерологічної допомоги.

2. Формування дерматовенерологічних реабілітаційних закладів (відділів) в курортних місцевостях.

3. Налагодження міжнародної співпраці в питаннях реабілітації хворих на хронічні дерматози.

Принципи реформування

1. Структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування рівнів надання дерматовенерологічної допомоги.
2. Створення раціональних маршрутів пацієнта.
3. Запровадження договорів на виконання дерматовенерологічної допомоги з:
 - органами місцевого самоврядування;
 - державною та приватними страховими компаніями;
 - запровадження системи індикаторів якості дерматовенерологічної допомоги.

Фінансово-економічні засади

1. Запровадити програмно-цільовий метод фінансування дерматовенерологічних хворих, котрі не мають страхувальника.
 2. Запровадити подушні фінансові нормативи для всіх видів медичною допомоги включно з дерматовенерологічною.
 3. Визначити, що основним замовником дерматовенерологічної допомоги особам з соціально-небезпечними хворобами є держава.
- 2. Організація дерматовенерологічної допомоги
 - В районах:
 - Центри ПМСД
 - дерматовенерологічні кабінети поліклінік.
 - 2. Між районами:
 - Центри дерматовенерології при госпітальних округах.

- 3. В областях та м. Києві:

Обласні диспансери (Центри) дерматовенерології.

4. В державі:

- Національний центр дерматології і венерології.

3.Центри дерматовенерології

1. Окружні (при госпітальних округах).

2. Обласні та Київський міський.

3. Національний.

- 3 В окружному створюються:

консультативний підрозділ з дитячим кабінетом;

денний стаціонар;

мала операційна;

перев'язочна;

маніпуляційна.

Лабораторія та ФТК здійснюються з наявної окружної лікарні. В обласному диспансері (центрі) створюються:

диспансерний консультативний відділ;

цілодобовий та денний стаціонари;

мала операційна та перев'язочна;

дитячий кабінет;

фізіотерапевтичний (реабілітаційний) відділ;

лабораторія загальна та спеціалізовані;

відділ СНІДу;

інші підрозділи, за потребою.

**УЗАГАЛЬНЕНІ пропозиції стосовно подальшого розвитку
дерматовенерологічної допомоги в Україні**

1. При формуванні територіальних медичних округів, передбачити організацію у кожному окрузі «Центрів дерматовенерології» (включно зі СНІДом) зі статусом юридичної особи. До формування медичних округів, зберегти обласні та міський в м. Києві диспансери. Може бути змінена їх назва (на Центр дерматології та венерології) з підпорядкуванням департаменту (комітету, відділу) МОЗ, котрий курує питання соціально-небезпечних захворювань
- . 2. Привести ліжковий фонд дерматовенерологічної допомоги до науково-обґрунтованих потреб.
3. Реорганізувати малопотужні дерматовенерологічна диспансери у дерматовенерологічні кабінети та відділи у міських та районних лікарнях і поліклініках.
4. Під час проведення реформування дерматовенерологічної служби основним завданням вважати не закриття дерматовенерологічних закладів у місцях з високими рекреаційними можливостями (Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька, Закарпатська та інші), а створення на їх базі реабілітаційних закладів для дерматовенерологічних хворих. Такі заклади повинні створюватись як стаціонарні так і амбулаторні.
5. В процесі реформування охорони здоров'я і дерматовенерологічної допомоги зокрема, слід спростити доступ до

отримання ліцензій на приватну медичну практику. 6.
Дерматовенерологічні диспансери повинні бути перетворені в
самоврядні неприбуткові установи.

7. Необхідно терміново розробити методику ціноутворення в
охороні здоров'я і в дерматовенерологічній службі зокрема. Без такої
попередньо розробленої методики перехід до страхової моделі
охорони здоров'я буде неможливим.

8. Держава в особі державної страхової компанії має виступати
замовником дерматовенерологічної допомоги.

9. Необхідно терміново створити регіональні та національні реєстри
хворих на хронічні дерматози та переглянути систему статистичного
обліку захворювань.

10. Потрібно чітко розмежувати поняття «медична допомога» та
«медична послуга».

11. Необхідно визначити категорії пацієнтів з
соціально-небезпечними захворюваннями (секс-трансмисивними та
заразними), допомога котрим буде надаватися за кошти бюджетів
всіх рівнів.

12. Доцільно негайно переглянути обсяг і методи післядипломної
підготовки по дерматовенерології в першу чергу лікарів загальної
практики. Це дасть можливість делегувати на I рівень до 70%
дерматовенерологічної допомоги. Підлягає перегляду загалом
система післядипломної освіти лікарів всіх фахів.

13. Необхідно надати обласним та міському в м. Києві диспансерам
статусу Консультативно-діагностичних центрів по
дерматовенерології, а їх лабораторіям – статусу
референс-лабораторій по діагностиці ХПСШ та хвороб шкіри.

14. Доцільно повернути Інститут дерматовенерології в підпорядкування МОЗ України з наданням йому статусу Національного консультативно-лікувального центру по дерматології, венерології і СНІДу, а його лабораторії статусу спеціалізованої референс-лабораторії.

15. Післядипломну освіту дерматовенерологів та лікарів інших фахів доцільно розділити на кілька етапів. Базова підготовка на профільних кафедрах ВНЗ, тематична підготовка – на ФПО.

16. Потрібно розробити нові табелі оснащення дерматовенерологічним, лабораторним та фізіотерапевтичним обладнанням для:

1. Центрів ПСМД.

2. Дерматовенерологічних кабінетів міських та районних поліклінік.

3. Обласних та міського в м. Києві дерматовенерологічних диспансерів.

4. Окружних (в медичних госпітальних округах) центрів дермато-венерології.

5. Національного центру дерматовенерології (Інституту дермато-венерології).

17. Розробити, на підставі протоколів, відповідні маршрути пацієнтів та схеми взаєморозрахунків між закладами та між закладами і страхувальниками.

18. Законодавчо закріпити роль громадських фахових медичних об'єднань в питаннях підвищення кваліфікації, атестації, ліцензування

Основний зміст

Основні задачі дерматовенерологічної допомоги населенню :

- Здійснення та удосконалення методів епідеміологічного нагляду, обліку та реєстрації ІПСШ та заразних хвороб шкіри
- Стандартизація лабораторних діагностичних процедур
- введення в практику медичних установ єдиних протоколів діагностики, лікування та профілактики дерматовенерологічних захворювань.
- вивчення епідеміологічних та клінічних особливостей дерматовенерологічних захворювань на сучасному етапі, впливу на здоров'я населення нових соціально-економічних факторів в житті суспільства, дослідження регіональних особливостей.
- активна участь в процесах розробки нових способів діагностики ІПСШ та методів їх ефективного лікування, попередження ускладнень важких хронічних дерматозів, запровадження системи заходів з метою ранньої діагностики злоякісних новоутворень шкіри.
- налагодження взаємодії з усіма ланками охорони здоров'я й інших відомств державної системи керування.
- спільна робота з немедичними організаціями та фондами.

Проблеми боротьби з епідеміологічно- та соціально-небезпечними захворюваннями включають широке коло питань, що мають відношення не тільки до служби охорони здоров'я та дерматовенерологічної служби зокрема, але й до діяльності адміністративних, правоохоронних органів, системи просвіти населення , інших відомств, що забезпечують необхідні умови для здорового способу життя

та дотримання моральних норм суспільства. Щоб запобігти небезпеки, яку представляють венерологічні та шкірні заразні і паразитарні хвороби, потрібна спільна, ретельно скоординована робота за участю епідеміологів, клініцистів, лаборантних працівників, психологів, педагогів, фахівців з планування сім'ї, соціальних працівників.

Всі шкірно-венерологічні установи проводять свою лікувально-профілактичну роботу в наступних основних напрямках:

- ведуть точний облік хворих інфекціями, що передаються статевим шляхом;
- надають хворим безкоштовну, кваліфіковану лікувальну допомогу в амбулаторних умовах і стаціонарах;
- проводять обов'язкову госпіталізацію визначених груп хворих на сифіліс (вагітні жінки, діти й особи, що підлягають госпіталізації за епідеміологічними показниками);
- залучають до обстеження і лікування членів родин хворих, а також осіб, що послужили джерелами зараження;
- контролюють дотримання режиму лікування хворих в амбулаторних умовах;
- проводять систематичну санітарно-просвітню роботу серед населення.

Амбулаторно-поліклінічна допомога при дерматовенерологічних захворюваннях та станах, які потребують спеціалізованої профільної медичної допомоги здійснювались в медичних установах всіх рівнів.

На первинному рівні (Шкірно-венерологічний кабінет) є структурним підрозділом міської поліклініки або центральної районної лікарні, де фахівцями загальної

практики сімейної медицини здійснюється відбір профільних хворих для отримання спеціалізованої допомоги і допомога у розшуку контактних осіб з приводу хвороб, що передаються переважно статевим шляхом та заразних шкірних захворювань.

На вторинному рівні спеціалізована амбулаторно-поліклінічна допомога надається на базі дерматовенерологічних кабінетів поліклінік центральних районних та міських лікарень: хворі оглядаються дерматовенерологами, здійснюється загально клінічні обстеження. Надає сільським медичним ділянкам допомогу в організації лікування та диспансерного обслуговування хворих. Організовує виїзди лікарів ШВД на медичні ділянки для обстеження роботи з боротьби з ІПСШ, консультує осіб, що перехворіли, а також перевіряє правильність ведення обліку ІПСШ. Встановлює практичний зв'язок із усіма медичними ділянками з питань виявлення джерел зараження, обстеження родин хворих та контролює якість лікування. Контролює обстеження в жіночих консультаціях гінекологічних хворих з метою виявлення й залучення до лікування жінок хворих на ІПСШ

На третинному рівні, на базі кабінетів диспансеру , шляхом консультативної допомоги здійснювалась високо – спеціалізована консультативна допомога . Диспансер є медичною установою по боротьбі зі шкірними та венеричними захворюваннями в масштабі міста та підпорядковується управлінню охорони здоров'я міської державної адміністрації.

Прийом хворих з ІПСШ проводиться у всіх шкірно-венерологічних установах: диспансерах, венкабінетах та венвідділеннях поліклінік, а також лікувально-профілактичних установах загальної медичної мережі у

випадку звертання хворого. Прийом може здійснюється в будь-якій спеціалізованій лікувально-профілактичній установі незалежно від місця роботи та проживання пацієнта, тому що це сприяє ранній безвідмовній медичній допомозі та забезпеченню їхнього більшого охоплення. Первинний запис хворих може проводитися без пред'явлення документів, що засвідчують їх особистість та місце проживання. Для забезпечення адекватного лікування ІПСШ та максимально зручних умов проводиться строго індивідуальний прийом у кабінетах; першочерговий прийом первинних хворих; забезпечення лабораторно-діагностичною допомогою в кожній шкірно-венерологічній установі; збереження таємниці хворого (якщо це не суперечить охороні здоров'я оточуючих). Хворі на сифіліс можуть звертатися та бути виявленими лікарями різних спеціальностей. На кожного хворого на ІПСШ, що звернувся, заповнюється первинна облікова документація незалежно від спеціальності лікаря, що виявив хворого. Надалі усі хворі на заразний, ранній та пізній прихований сифіліс, а також вроджений сифіліс передаються для лікування та диспансерно-профілактичної роботи в шкірно-венерологічні установи за місцем проживання. Клініко-лабораторний контроль може бути здійснений також й за місцем виявлення, якщо хворий довгостроково відсутній за місцем проживання.

Принципи реформування

1. Структурно-організаційне та фінансово-економічне розмежування рівнів надання дерматовенерологічної допомоги.
2. Створення раціональних маршрутів пацієнта.
3. Запровадження договорів на виконання дерматовенерологічної допомоги з:
 - органами місцевого самоврядування;
 - державною та приватними страховими компаніями;
 - запровадження системи індикаторів якості дерматовенерологічної допомоги.

Фінансово-економічні засади

1. Запровадити програмно-цільовий метод фінансування дерматовенерологічних хворих, котрі не мають страхувальника.
 2. Запровадити подушні фінансові нормативи для всіх видів медичною допомоги включно з дерматовенерологічною.
 3. Визначити, що основним замовником дерматовенерологічної допомоги особам з соціально-небезпечними хворобами є держава.
- 2. Організація дерматовенерологічної допомоги
 - В районах:
 - Центри ПМСД
 - дерматовенерологічні кабінети поліклінік.
 - 2. Між районами:
 - Центри дерматовенерології при госпітальних округах.

- 3. В областях та м. Києві:

Обласні диспансери (Центри) дерматовенерології.

4. В державі:

- Національний центр дерматології і венерології.

3.Центри дерматовенерології

1. Окружні (при госпітальних округах).

2. Обласні та Київський міський.

3. Національний.

- З В окружному створюються:

консультативний підрозділ з дитячим кабінетом;

денний стаціонар;

мала операційна;

перев'язочна;

маніпуляційна.

Лабораторія та ФТК здійснюються з наявної окружної лікарні. В обласному диспансері (центрі) створюються:

диспансерний консультативний відділ;

цілодобовий та денний стаціонари;

мала операційна та перев'язочна;

дитячий кабінет;

фізіотерапевтичний (реабілітаційний) відділ;

лабораторія загальна та спеціалізовані;

відділ СНІДу;

інші підрозділи, за потребою.

УЗАГАЛЬНЕНІ пропозиції стосовно подальшого розвитку
дерматовенерологічної допомоги в Україні

1. При формуванні територіальних медичних округів, передбачити організацію у кожному окрузі «Центрів дерматовенерології» (включно зі СНІДом) зі статусом юридичної особи. До формування медичних округів, зберегти обласні та міський в м. Києві диспансери. Може бути змінена їх назва (на Центр дерматології та венерології) з підпорядкуванням департаменту (комітету, відділу) МОЗ, котрий курує питання соціально-небезпечних захворювань
- . 2. Привести ліжковий фонд дерматовенерологічної допомоги до науково-обґрунтованих потреб.
3. Реорганізувати малопотужні дерматовенерологічна диспансери у дерматовенерологічні кабінети та відділи у міських та районних лікарнях і поліклініках.
4. Під час проведення реформування дерматовенерологічної служби основним завданням вважати не закриття дерматовенерологічних закладів у місцях з високими рекреаційними можливостями (Одеська, Миколаївська, Херсонська, Запорізька, Закарпатська та інші), а створення на їх базі реабілітаційних закладів для дерматовенерологічних хворих. Такі заклади повинні створюватись як стаціонарні так і амбулаторні.
5. В процесі реформування охорони здоров'я і дерматовенерологічної допомоги зокрема, слід спростити доступ до

отримання ліцензій на приватну медичну практику. 6.
Дерматовенерологічні диспансери повинні бути перетворені в
самоврядні неприбуткові установи.

7. Необхідно терміново розробити методику ціноутворення в
охороні здоров'я і в дерматовенерологічній службі зокрема. Без такої
попередньо розробленої методики перехід до страхової моделі
охорони здоров'я буде неможливим.

8. Держава в особі державної страхової компанії має виступати
замовником дерматовенерологічної допомоги.

9. Необхідно терміново створити регіональні та національні реєстри
хворих на хронічні дерматози та переглянути систему статистичного
обліку захворювань.

10. Потрібно чітко розмежувати поняття «медична допомога» та
«медична послуга».

11. Необхідно визначити категорії пацієнтів з
соціально-небезпечними захворюваннями (секс-трансмисивними та
заразними), допомога котрим буде надаватися за кошти бюджетів
всіх рівнів.

12. Доцільно негайно переглянути обсяг і методи післядипломної
підготовки по дерматовенерології в першу чергу лікарів загальної
практики. Це дасть можливість делегувати на I рівень до 70%
дерматовенерологічної допомоги. Підлягає перегляду загалом
система післядипломної освіти лікарів всіх фахів.

13. Необхідно надати обласним та міському в м. Києві диспансерам
статусу Консультативно-діагностичних центрів по
дерматовенерології, а їх лабораторіям – статусу
референс-лабораторій по діагностиці ХПСШ та хвороб шкіри.

14. Доцільно повернути Інститут дерматовенерології в підпорядкування МОЗ України з наданням йому статусу Національного консультативно-лікувального центру по дерматології, венерології і СНІДу, а його лабораторії статусу спеціалізованої референс-лабораторії.

15. Післядипломну освіту дерматовенерологів та лікарів інших фахів доцільно розділити на кілька етапів. Вазова підготовка на профільних кафедрах ВНЗ, тематична підготовка – на ФПО.

16. Потрібно розробити нові табелі оснащення дерматовенерологічним, лабораторним та фізіотерапевтичним обладнанням для:

1. Центрів ПСМД.

2. Дерматовенерологічних кабінетів міських та районних поліклінік.

3. Обласних та міського в м. Києві дерматовенерологічних диспансерів.

4. Окружних (в медичних госпітальних округах) центрів дермато-венерології.

5. Національного центру дерматовенерології (Інституту дермато-венерології).

17. Розробити, на підставі протоколів, відповідні маршрути пацієнтів та схеми взаєморозрахунків між закладами та між закладами і страхувальниками.

18. Законодавчо закріпити роль громадських фахових медичних об'єднань в питаннях підвищення кваліфікації, атестації, ліцензування

Висновки

Таким чином дерматовенерологічна служба відповідає за:

- Надання кваліфікованої консультативно-діагностичної та лікувально-профілактичної дерматовенерологічної допомоги населенню в амбулаторних й стаціонарних умовах з 9 використанням ефективних медичних технологій та дотриманням диспансерних принципів у роботі з хворими на інфекції, що передаються статевим шляхом.
- Організаційно-методичне керівництво діяльністю лікувальних установ усіх форм власності на території діяльності з питань консультативної, діагностичної, лікувально-профілактичної допомоги населенню, профілактики ІПСШ.
- Контроль якості діагностики, лікування й профілактики та обліку ІПСШ на закріплених територіях у медичних установах усіх форм власності на основі діючих регламентуючих документів.
- Впровадження в практику лікувально-профілактичних установ сучасних технологій в організацію роботи з профілактики, діагностики та лікуванню ІПСШ.
- Організація разом з центрами здоров'я заходів щодо профілактики ІПСШ, пропаганди здорового способу життя населення закріпленої території.
- Організація та проведення нарад, конференцій і семінарів з актуальних питань венерології та проведення контролю діяльності лабораторій усіх форм власності, що здійснюють діагностику ІПСШ.

Тестові завдання:

1. Згідно з «Основами законодавства України про охорону здоров'я» (1992р.) виділяють первинну, вторинну та третинну лікувально-профілактичну допомогу. Що відноситься до первинної лікувально-профілактичної допомоги?

А)консультація лікаря загальної практики (сімейного), діагностика та лікування основних найбільш поширених захворювань, направлення пацієнта для надання спеціалізованої допомоги, проведення профілактичних заходів, охорона дітей та жінок

В)кваліфіковане консультування, діагностика, профілактика та лікування у лікаря спеціаліста

С)допомога, яка надається лікарями (або їх групами), які мають відповідну підготовку в галузі складних для діагностики та лікування захворювань, а також захворювань, що рідко зустрічаються

Д)допомога, яка надається в поліклініці

Е)все вищезгадане

2. Однією з особливостей організації медичної допомоги сільському населенню є етапність її надання. Скільки етапів вона нараховує?

А) 1

В) 2

С) 3

Д) 4

Е) 5

3. На другому етапі сільському населенню надається кваліфікована лікарська допомога як мінімум з 12 – 16 спеціальностей. Який заклад охорони здоров'я падає її на цьому етапі?

А)центральна районна лікарня

В)сільська дільнична лікарня

С)сільська лікарська амбулаторія

Д)обласна лікарня

Е)обласний диспансер

4. В поліклініку обласної лікарні направив пацієнта дерматовенеролог з центральної районної міської лікарні. Яка основна мета направлення?

- А) надання високоспеціалізованої консультативної допомоги**
- В) медико-соціальна експертиза тимчасової втрати працездатності**
- С) медико-соціальна експертиза стійкої втрати працездатності**
- Д) здійснення диспансерного спостереження**
- Е) надання медичної допомоги**

5. В чому полягають принципи реформування дерматовенерологічної служби?

- А) в структурно-організаційному та фінансово-економічному розмежуванні рівнів надання дерматовенерологічної допомоги**
- В) в створенні раціональних маршрутів пацієнта**
- С) в запровадженні договорів на виконання дерматовенерологічної допомоги з : органами місцевого самоврядування, державною та приватними страховими компаніями**
- Д) в запровадженні системи індикаторів якості дерматовенерологічної допомоги**
- Е) у всьому вище перерахованому**

6. Вкажіть основні напрямки лікувально-профілактичної роботи шкірно-венерологічних установ:

- А) ведення точного обліку хворих інфекціями, що передаються статевим шляхом**
- В) надання хворим безкоштовної, кваліфікованої лікувальної допомоги в амбулаторних умовах і стаціонарах**
- С) обов'язкова госпіталізація визначених груп хворих на сифіліс (вагітні жінки, діти і особи, що підлягають госпіталізації за епідеміологічними показниками)**
- Д) залучення до обстеження і лікування членів родини хворих, а також осіб, що послужили джерелами зараження**
- Е) контроль дотримання режиму лікування хворих в амбулаторних умовах**
- Г) проведення систематичної санітарно-просвітньої роботи серед населення**
- Г) все вище перераховане**

Список використаної літератури:

1. Вороненко Ю. В. Соціальна медична та організація охорони здоров'я / під заг.ред. Ю. В. Вороненка, В. Ф. Москаленка. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
2. Наказ МОЗ України №207 від 30.12.1992 «Про організацію дерматовенерологічної допомоги населенню України»
3. Рудень В. В. Правове забезпечення процесу оформлення лікарем основної обліково-звітної документації медичного закладу / В. В. Рудень, Г. Г. Яхио, В. І. Дячишин та ін. // За ред. Заслуженого лікаря України, док. мед. наук, проф. Рудень В. В. – Львів. Видавничий дім Наутілус. – 2010. – 629с.
4. Кунгуров Н. В. Способ оценки эффективности деятельности кожно-венерологических учреждений / Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг Н. В., М, А. Уфимцева // Весник дерматовенерологин и венерологии. – 2009. - №5. – С. 15-21.

Автор: ст. викладач Черешнюк Г. С.
«30» 08 2018 р.

Затверджено на засіданні кафедри
Протокол № 2