

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

 **EKSMO**
EDUCATION



**ХИТ
сезона**

ЭКЗУМЕН

В КАРМАНЕ

Ольга Жидкова

**Медицинская статистика:
конспект лекций**

«Научная книга»

Жидкова О. И.

Медицинская статистика: конспект лекций / О. И. Жидкова —
«Научная книга»,

Конспект лекций предназначен для подготовки студентов медицинских вузов к сдаче экзаменов. Книга включает в себя полный курс лекций по медицинской статистике, написана доступным языком и будет незаменимым помощником для тех, кто желает быстро подготовиться к экзамену и успешно его сдать. Конспект лекций будет полезен не только студентам, но и преподавателям.

© Жидкова О. И.

© Научная книга

Содержание

Введение	5
ЛЕКЦИЯ № 1. Основные принципы медицинского обслуживания населения	9
1. Деятельность поликлиники	10
2. Госпитализация	13
3. Медицинское обслуживание сельского населения	14
Конец ознакомительного фрагмента.	16

О. И. Жидкова

Медицинская статистика

Конспект лекций

Введение

Статистика – самостоятельная общественная наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной.

Статистика, изучающая вопросы, связанные с медициной и здравоохранением, носит название санитарной, или медицинской, статистики.

Медицинская статистика делится на два раздела:

- 1) статистика здоровья населения;
- 2) статистика здравоохранения.

Для обеспечения единых методических подходов в информационно-статистической деятельности в лечебно-профилактических учреждениях установлены нижеприведенные понятия и учетно-статистические единицы.

Состояние здоровья – итоговый медико-статистический показатель, дающий медицинскую оценку здоровья населения по совокупности специально учитываемых признаков (наличие или отсутствие болезней, обращаемости за медицинской помощью, нуждаемости в диспансерном наблюдении и др.). Признаки, характеризующие состояние здоровья, учитываются по результатам медицинских осмотров, диспансеризации и обращений за медицинской помощью.

В зависимости от состояния здоровья лица по данным профилактических осмотров распределяются на три группы.

I группа – здоровые лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы.

II группа – практически здоровые лица, имеющие в анамнезе острое и хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность.

III группа – больные хроническими заболеваниями, требующие систематического врачебного наблюдения:

- 1) с компенсированным течением заболевания, редкими и непродолжительными потерями трудоспособности;
- 2) с субкомпенсированным течением заболевания, частыми обострениями и продолжительными потерями трудоспособности;
- 3) с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

При изучении статистических данных о состоянии здоровья населения, полученных на разных территориях, первостепенное значение имеет правильная шифровка материала, так как ошибки шифровки могут исказить истинную картину заболеваемости и смертности. Для этого необходимо хорошее знание номенклатуры и классификации болезней, которые широко используются в практической деятельности врачей различных специальностей.

Физическое развитие – комплексный медико-статистический показатель, дающий медицинскую оценку состояния здоровья определенного коллектива или отдельного человека по совокупности основных антропометрических данных, показателей физической работоспособности и состояния питания.

Состояние питания оценивается по величине индекса массы тела (ИМТ) как нормальное, повышенное, включая ожирение, и пониженное, включая недостаточность питания.

Заболеваемость населения характеризует распространенность заболеваний за определенный период времени. Унификация учета и анализа заболеваемости достигается использованием классификации болезней, травм и причин смерти, основанной на международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ).

Для учета обращений населения за медицинской помощью и заболеваемости используется понятие «врачебное обращение».

Первичным обращением считается первое обращение пациента за медицинской помощью к врачу по поводу заболевания, впервые выявленного, ранее нигде не зарегистрированного как хроническое.

Все случаи первого обращения одного и того же лица по поводу острых заболеваний или травмы (отравления) являются первичными обращениями. Регистрация первичных обращений одновременно является и регистрацией случаев новых, впервые выявленных заболеваний среди населения и служит основой для расчета первичной (впервые выявленной) заболеваемости.

Повторным обращением считается обращение к врачу по поводу острого заболевания (при продлении лечения) или одного и того же хронического заболевания, уже ранее зарегистрированного, в том числе и с профилактической целью.

Под *первичной заболеваемостью* понимается сумма новых, нигде ранее не зарегистрированных и впервые выявленных заболеваний. Единицей учета при этом является первичное обращение.

Под *общей заболеваемостью* понимается сумма всех (первичных и повторных) обращений за медицинской помощью.

При наличии у больного нескольких заболеваний одно из них регистрируется как основное (ведущее), остальные учитываются в качестве сопутствующих или осложнений.

При выборе диагноза основного заболевания (основная причина смерти) необходимо руководствоваться следующими правилами:

- 1) основным следует считать первичное (в этиологическом и хронологическом отношении) заболевание (травма), а не его осложнение;
- 2) диагнозу тяжелого или смертельного заболевания (травмы) следует отдавать предпочтение перед другими заболеваниями;
- 3) при наличии у больного острого и хронического заболевания основным следует считать диагноз острого заболевания;
- 4) диагнозу эпидемического заболевания необходимо отдавать предпочтение перед диагнозами других заболеваний;
- 5) из двух одинаковых по тяжести заболеваний основным считать то, которое тяжелее отражается на трудоспособности больного или требует более сложного и длительного лечения.

При пользовании приведенной схемой выбора диагноза основного заболевания (травмы) и причины смерти каждое ее правило вступает в силу в том случае, если не может быть применено предыдущее.

В связи с особой значимостью для здоровья населения инфекционной заболеваемости и травматизма предусмотрены специальные документы регистрации острых инфекционных заболеваний (карточка эпидемиологического обследования инфекционного заболевания) и травм (карточка учета травмы).

Единицей учета при изучении инфекционной заболеваемости является каждый случай инфекционного заболевания, а при изучении травматизма – случай травмы, повлекший за собой трудовые потери или смерть больного. При анализе этих групп заболеваний устанавливаются причины и обстоятельства возникновения инфекционных заболеваний и травм; сроки изоля-

ции и госпитализации больных; организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Заболеваемость с госпитализацией (госпитализация) определяется числом больных, направленных на стационарное лечение. Единицей учета при этом является случай госпитализации, т. е. помещение больного на стационарное лечение или обследование в лечебное учреждение независимо от того, первичным или повторным было обращение за медицинской помощью. Один случай госпитализации может охватывать период пребывания больного в нескольких стационарах, если стационарное лечение (или обследование) проходило без прерыва. При наличии у больного нескольких заболеваний учет случая госпитализации производится по окончательному диагнозу основного заболевания.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (трудопотери) характеризует величину потерь трудоспособности в днях по медицинским показаниям. Единицей учета является случай трудопотери – полное освобождение пациента от исполнения служебных обязанностей.

В документах медицинской отчетности отражаются только законченные случаи трудопотери с указанием длительности каждого из них в днях и по диагнозу основного заболевания.

Инвалидность – это длительная или постоянная (стойкая), полная или частичная потеря трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванного заболеванием, травмой или патологическим состоянием.

Понятие «инвалидность» имеет медицинский, социальный и экономический аспекты. Следствием установления инвалидности являются невозможность трудовой деятельности или изменение условий и характера работы. Кроме этого, инвалиды получают государственную социальную защиту, предусмотренную законодательством РФ (возможны пенсия, профессиональное обучение, трудоустройство, протезирование, санаторно-курортное лечение и др.).

Смертность – медико-статистический показатель, определяемый по числу умерших в отчетном периоде. Сведения об умерших учитываются путем регистрации каждого случая смерти с указанием заболевания, явившегося причиной смерти.

Для учета объема работы отделений (кабинетов) поликлиники и характеристики ее мощности используется понятие «*посещение*». Под ним понимается факт взаимодействия лица, обратившегося за медицинской помощью, консультацией, получением медицинского заключения, врачебной диагностической процедурой или по другому поводу, с врачом или средним медицинским работником в часы, предусмотренные графиком работы для приема в учреждении или оказания помощи на дому (посещения, сделанные в течение дня больным к одному и тому же врачу, учитываются как одно посещение).

Посещения к среднему медперсоналу учитываются в тех случаях, когда этот персонал проводит самостоятельный прием больных.

Профилактические осмотры включаются в число посещений независимо от того, проведены ли они в стенах лечебно-профилактических учреждений или вне их.

К единицам медицинского учета также относятся: хирургическая операция, послеоперационное осложнение, диагностическое (рентгенологическое, эндоскопическое и др.) исследование, лечебная процедура (иммобилизация, перевязка, физиотерапевтическая процедура и др.).

Хирургическая операция – это лечебное или диагностическое мероприятие, связанное с рассечением и травмированием тканей и органов, включая эндоскопические операции и медицинские аборт.

Оперированным считается больной, которому в лечебно-профилактическом учреждении была произведена хирургическая операция. Одному оперированному может быть произведено несколько оперативных вмешательств (хирургических операций), каждое из которых подлежит специальному медицинскому учету.

Одновременно с регистрацией хирургических операций учитываются также вид применявшегося обезболивания, осложнения и исход операции.

Послеоперационным осложнением следует считать осложнение, возникшее у оперированного во время или после операции, связанное с самой операцией, подготовкой к ней и послеоперационным ведением больного.

К единицам учета, которые используются для оценки качества работы отделений (кабинетов), относятся: случай расхождения диагноза поликлиники и окончательного диагноза стационарного учреждения, а также дефект оказания медицинской помощи с указанием его сущности и причины.

Сущность дефекта раскрывается в его наименовании. К наименованиям дефектов оказания медицинской помощи на поликлиническом этапе относятся: поздняя диагностика, поздняя госпитализация, дефекты транспортировки, нераспознанное основное заболевание, нераспознанное смертельное осложнение, дефекты хирургического лечения, ошибки при назначении и проведении диагностических и лечебных процедур, неправильное назначение лекарственных препаратов, дефекты диспансеризации, неправильное экспертное заключение, прочие дефекты.

К *причинам дефектов* относятся: позднее обращение к врачу, крайне тяжелое состояние больного, алкогольное опьянение больного, атипичное течение болезни, сложные условия оказания помощи, объективные трудности в диагностике, отсутствие необходимых средств диагностики, неполноценное обследование, позднее выявление больных, объективные трудности при оказании медицинской помощи, отсутствие необходимых средств для оказания помощи и лечения, недостатки в организации лечебно-диагностической работы, недостаточная квалификация врача, невнимательное отношение к больному, прочие причины.

Медицинский учет, медицинская отчетность и статистический анализ медицинских данных являются основными составными частями информационно-статистической деятельности лечебно-профилактического учреждения. Медицинский учет ведется в целях обеспечения достоверности, полноты, сравнимости, преемственности и своевременности получения медицинской информации и включает в себя формализованные документы индивидуального (персонального) и коллективного учета.

Документы медицинского учета предназначены для единообразной регистрации медицинских данных, обеспечения преемственности в обследовании, лечении и диспансерном динамическом наблюдении военнослужащих, имеют юридическое значение, могут использоваться в интересах страховой медицины, а также при автоматизированной обработке медицинской информации.

ЛЕКЦИЯ № 1. Основные принципы медицинского обслуживания населения

Медицинское обслуживание населения представляет собой сложную систему как по видам оказываемых лечебно-профилактических услуг, так и по типам учреждений.

Виды лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) здравоохранения:

1) больничные учреждения (городская, детская, участковая, центральная районная, областная больница, городская клиническая больница, городская больница скорой медицинской помощи, медико-санитарная часть);

2) специализированные больницы (психиатрическая, туберкулезная, офтальмологическая, инфекционная и др.);

3) диспансеры (противотуберкулезный, онкологический, кардиологический, психоневрологический, наркологический, врачебно-физкультурный и др.);

4) амбулаторно-поликлинические учреждения (городская поликлиника, амбулатория, стоматологическая поликлиника, здравпункты, фельдшерско-акушерские пункты);

5) учреждения охраны материнства и детства (детские ясли, детские сады, дом ребенка, молочная кухня, родильный дом);

6) учреждения скорой и неотложной помощи и переливания крови (станции скорой медицинской помощи, станции переливания крови);

7) санаторно-курортные учреждения (санаторий, санаторий-профилакторий, бальнеологическая и грязелечебница).

Кроме данной номенклатуры, устанавливается еще типовая категоричность в зависимости от мощности учреждения, что способствует рациональному планированию сети учреждений и штатов.

Амбулаторно-поликлинические учреждения по мощности делятся на пять категорий в зависимости от числа врачебных посещений в смену. Мощность больничных учреждений определяется числом коек.

Лечебно-профилактическая помощь населению подразделяется на поликлиническую и стационарную.

1. Деятельность поликлиники

Поликлиника – это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее медицинскую помощь населению на закрепленной территории на догоспитальном этапе. В городах имеются два типа поликлиник для взрослого населения:

- 1) объединенные с больницами;
- 2) необъединенные (самостоятельные).

По мощности городские поликлиники делятся на 5 групп. В структуре городской поликлиники предусматриваются следующие подразделения:

- 1) руководство поликлиникой;
- 2) регистратура;
- 3) кабинет доврачебного приема;
- 4) отделение профилактики;
- 5) лечебно-профилактические подразделения:
 - а) терапевтические отделения;
 - б) отделение восстановительного лечения;
 - в) отделения по оказанию специализированных видов медицинской помощи (хирургическое, гинекологическое) с кабинетами соответствующих специалистов (кардиологический, ревматологический, неврологический, урологический, офтальмологический, оториноларингологический);
 - б) параклинические службы (физиотерапевтический и рентгеновский кабинеты, лаборатории, кабинет функциональной диагностики, УЗИ-кабинет);
 - 7) дневной стационар и стационар на дому;
 - 8) административно-хозяйственная часть;
 - 9) врачебные и фельдшерские здравпункты на прикрепленных предприятиях.

Число отделений и кабинетов, их потенциальные возможности определяются мощностью поликлиники и количеством штатных должностей, которые зависят от численности закрепленного за поликлиникой населения. Структура поликлиники (открытие тех или иных отделений, кабинетов и т. п.) зависит от обращаемости населения в это учреждение, от способности поликлиники предоставить больным необходимую медицинскую помощь.

Основные функции и задачи городской поликлиники:

- 1) оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- 2) оказание первой медицинской помощи при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях независимо от места проживания больного;
- 3) своевременная госпитализация нуждающихся в стационарном лечении;
- 4) экспертиза временной нетрудоспособности, освобождение больных от работы, направление на медико-социальную экспертизу лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- 5) организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности среди населения, проживающего в районе обслуживания, а также среди работающих на прикрепленных предприятиях;
- 6) организация и осуществление диспансеризации населения (здоровых и больных);
- 7) направление больных на санаторно-курортное лечение;
- 8) организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни.

Работа городской поликлиники построена по территориально-участковому принципу. Территориальный терапевтический участок является основной структурной единицей поликлиники.

Диспансеризация – это активный метод наблюдения за состоянием здоровья населения и система научно обоснованных социально-экономических, организационных, санитарно-оздоровительных, лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий, направленных на сохранение и быстрейшее восстановление здоровья, снижение заболеваемости, трудовую и социальную реабилитацию.

Врачи любой специальности проводят работу по выявлению заболеваний на ранних, доклинических стадиях, осуществляют систематическое (динамическое) наблюдение, своевременное и качественное лечение больных, предупреждение возникновения и распространения болезней. Для каждой специальности устанавливается особый перечень больных, подлежащих диспансеризации.

Для выявления заболеваний в начальных стадиях и проведения необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий проводятся профилактические медицинские осмотры населения.

Профилактический медицинский осмотр – активное медицинское обследование определенных групп населения врачами одной или нескольких специальностей и проведение лабораторно-диагностических исследований с целью раннего выявления заболеваний и осуществления необходимых лечебно-оздоровительных мероприятий.

В *регистратуре* на каждого больного заводится «Медицинская карта амбулаторного больного», производится учет, хранение и оформление всех остальных медицинских документов и регулируется нагрузка на врачей посредством талонной системы или самозаписи. Данные обо всех полученных вызовах заносятся в «Книгу записи вызовов врача на дом» (ф. 031/у).

В поликлинике *участковый врач* работает по скользящему графику, ведет прием больных в поликлинике и оказывает помощь на дому: обслуживает первичные вызовы на дом и планирует активные посещения в зависимости от состояния здоровья больного.

Одним из важнейших разделов работы врача в поликлинике является *экспертиза трудоспособности*. В лечебном учреждении ведется специальная «Книга регистрации листов нетрудоспособности» (ф. 036/у).

В неясных и конфликтных случаях, а также при направлении на санаторно-курортное лечение, МСЭ и при решении вопроса о временном переводе на другую работу больного направляют на клиничко-экспертную комиссию (КЭК). В поликлинике имеется «Журнал для записи заключений КЭК» (ф. 035/у).

В случаях хронических, затяжных заболеваний больного переводят на инвалидность – временную или постоянную. Категорию (группу) инвалидности устанавливает медико-социальная экспертиза, которая организуется при управлениях социальной защиты населения.

Стационар дневного пребывания в больнице и дневной стационар в поликлинике организуются для больных, не нуждающихся в круглосуточном медицинском наблюдении и лечении на базе многопрофильных больниц или амбулаторно-поликлинических учреждений. Мощность стационаров определяется индивидуально в каждом конкретном случае главным врачом ЛПУ, на базе которого он организуется. В зависимости от наличия условий дневной стационар, развернутый в лечебных учреждениях, может иметь от 6 до 20 и более коек. На каждой койке больным в течение 2 – 4 – 6 ч с перерывом в 20 – 30 мин проводятся ежедневное наблюдение врачом, лабораторно-диагностические обследования, лекарственная терапия, процедуры и инъекции. В центрах амбулаторной хирургии выполняются оперативные вмешательства повышенной сложности.

На больного, находящегося в стационаре дневного пребывания, заводится «Медицинская карта стационарного больного» с занесением в нее кратких сведений из анамнеза, истории заболевания и проводимого обследования и лечения.

Стационар на дому в амбулаторно-поликлинических учреждениях организуется для больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует госпи-

тализации. Штаты стационара на дому устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, предусмотренными для амбулаторно-поликлинических учреждений. Отбор больных проводится заведующими терапевтическими отделениями по представлению участковых врачей-терапевтов и врачей-специалистов. При ухудшении состояния больной переводится в стационар. Все записи на больного, находящегося в стационаре на дому, производятся в «Медицинской карте амбулаторного больного». Корректировка лечения и продление листка нетрудоспособности проводятся с привлечением КЭК на дому в сроки, установленные законодательством по экспертизе временной нетрудоспособности. Стационар на дому пользуется в своей работе всеми консультативными и лечебно-диагностическими службами поликлиники.

Стационарная медицинская помощь оказывается при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения сложных инструментальных методов обследования и лечения, оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

Основным и ведущим звеном в системе стационарной медицинской помощи городскому населению является современная городская больница, которая представляет собой комплексное многопрофильное учреждение, оснащенное разнообразной лечебно-диагностической аппаратурой и оборудованием, с параклиническими службами, аптекой и административно-хозяйственными помещениями.

2. Госпитализация

В поликлинике ведется систематический учет больных, нуждающихся в стационарном лечении, в «Книге регистрации больных, назначенных на госпитализацию» (ф. 034/у). Помимо этого, больные доставляются в стационар «Скорой помощью» или в порядке перевода из других больниц; в экстренных случаях больные могут поступать без направления.

В приемном отделении на поступившего больного заводят «Медицинскую карту стационарного больного» (ф. 003/у), записи в которой в дальнейшем делает лечащий врач.

Все поступившие больные, а также случаи отказов в госпитализации регистрируются в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации» (ф. 001/у).

Отделение стационара является основным структурным подразделением больницы. Штаты палатных врачей определяются в зависимости от числа коек.

Полное клиническое обследование больного должно быть проведено в течение первых 3 суток пребывания его в стационаре. Выписке больной подлежит при полном выздоровлении или стойком улучшении, не требующем дальнейшей госпитализации, и при возможности дальнейшего лечения в поликлинике. На каждого больного, выбывшего из стационара, заполняется специальная «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. 066/у), на основании которой ведется изучение заболеваемости госпитализированных больных и составление годового отчета больницы.

В случае смерти больного выдается «Врачебное свидетельство о смерти» (ф. 106/у). Трупы больных, умерших в больнице, обязательно подвергаются патологоанатомическому вскрытию в присутствии лечащего врача и заведующего отделением. Данные вскрытия заносят в «Медицинскую карту стационарного больного».

К *параклиническим службам* относятся лаборатории, лечебно-диагностические кабинеты (рентгеновский, физиотерапевтический, функциональной диагностики, ЛФК и массажа и пр.), патологоанатомическое отделение.

3. Медицинское обслуживание сельского населения

Медицинское обслуживание сельского населения имеет специфику форм и методов организации медицинской помощи. Главной и отличительной особенностью системы организации медицинского обслуживания сельского населения является ее этапность, при которой лечебно-профилактическая помощь жителям села оказывается комплексом медицинских учреждений (от ФАПов до областной больницы). Сущность принципа этапности заключается в том, что на каждом из последующих этапов оказывается медицинская помощь, которая не могла быть обеспечена на предыдущем этапе. В соответствии с этим каждый этап имеет в своем составе лечебно-профилактические учреждения, функции которых различны.

Основные задачи и функции сельского врачебного участка:

- 1) амбулаторная и стационарная медицинская помощь населению;
- 2) патронаж беременных;
- 3) мероприятия по охране здоровья детей и подростков;
- 4) санитарно-противоэпидемические мероприятия;
- 5) изучение заболеваемости на участке;
- 6) санитарное просвещение и организация работы санитарного актива;
- 7) наблюдение за санитарным состоянием населенных пунктов и иных объектов;
- 8) медико-санитарное обеспечение полевых работ;
- 9) подготовка санитарного актива и санитарно-просветительная работа.

Фельдшерско-акушерский пункт (ФАП) организуется, когда численность сельского населения составляет 700 – 3000 человек и расстояние до ближайшего ЛПУ – 2 – 4 км.

На ФАПе проводится лечебно-профилактическая работа:

- 1) по оказанию неотложной доврачебной помощи амбулаторно и на дому;
- 2) по выявлению и изоляции больных острозаразными заболеваниями;
- 3) по профилактике и снижению заболеваемости, в том числе инфекционной и паразитарной;
- 4) по текущему санитарному надзору за детскими дошкольно-школьными учреждениями, коммунальными, пищевыми, промышленными объектами, водоснабжением;
- 5) по организации медицинских осмотров населения, отбору больных на диспансерное наблюдение, по трудоустройству больных;
- 6) контроль за состоянием здоровья больных, учет;
- 7) по составлению и ведению учетно-отчетной документации о своей деятельности.

По указанию врача фельдшер проводит лечебные процедуры и профилактические прививки населению участка. Осуществляются профилактические осмотры беременных, патронаж новорожденных и родильниц.

Участковая больница – медицинское учреждение, в котором оказывается первая врачебная помощь. Ее мощность определяется числом коек и зависит от радиуса обслуживания, численности и плотности населения, наличия промышленных предприятий. Характер и объем стационарной медицинской помощи, оказываемой участковыми больницами, зависят от ее оснащения и наличия врачей-специалистов. В участковых больницах развертываются койки общего профиля и по основным специальностям (хирургии, педиатрии, инфекционным болезням).

В поликлиническом отделении (амбулатории) участковой больницы врачи ведут прием взрослых и детей, оказывают неотложную помощь на дому и при необходимости госпитализируют больного в стационар. Врачи вместе с фельдшерами проводят диспансеризацию населения участка, осуществляют экспертизу трудоспособности, обеспечивают преемственность в обследовании и лечении больных со стационаром, «Скорой помощью», специализирован-

ными лечебными учреждениями, организуют и проводят профилактические осмотры населения, активный патронаж женщин и детей, занимаются повышением санитарной культуры населения.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.