

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

EKSMO
EDUCATION



**ХИТ
сезона**

ЭКЗ **У** МЕН

В КАРМАНЕ

Ольга Ивановна Жидкова

Медицинская статистика:

конспект лекций

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=179657

Медицинская статистика: конспект лекций: Эксмо; Москва; 2007

ISBN 978-5-699-22138-7

Аннотация

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.

Содержание

Введение	4
ЛЕКЦИЯ № 1. Основные принципы медицинского обслуживания населения	15
1. Деятельность поликлиники	17
2. Госпитализация	24
3. Медицинское обслуживание сельского населения	26
Конец ознакомительного фрагмента.	29

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, перво-степенное 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 об-

ращение».

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 изоляции 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 перерыва. 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 трудопотерь 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, консультации, 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 аборты.

Оперированным считается больной, которому в лечебно-профилактическом учреждении была произведена хи-

рургическая 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 единой образной 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 трудоспо-

собности;

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 быстрее 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», производятся 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 клинико-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 управлении 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 наблю-

дение 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 госпитализации. 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 наи-

более 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. Обб/у), на основании которой ве-

дётся 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 сани-

тарного 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 про-

цедуры 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», специализированными 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.