

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

76 балл
Тимонова ОВ
Ф

Научно-исследовательская работа на тему

«Дневной стационар как форма оказания помощи больным»

Выполнила:

студентка 5 курса 8 группы

педиатрического факультета

Набиева Расмила Владиковна

Волгоград 2018г.

Содержание:

Введение (актуальность, цель, задачи).....	3
1.Основные определения и понятия.....	5
2.Теоретическая часть.....	8
3. Роль врача в оказании помощи больным в дневном стационаре.....	16
4.Собственное исследование.....	18
Выводы.....	24
Список литературы.....	25

ВВЕДЕНИЕ

Здоровье населения является индикатором социально-экономического развития и благосостояния государства. Ведущие отечественные исследователи признают состояние здоровья населения России критическим, требующим осуществления неотложных мер как со стороны государства, так и системы здравоохранения. Несмотря на рост рождаемости, по-прежнему наблюдаются отрицательный естественный прирост, высокие показатели заболеваемости и инвалидизации населения .

Реформирование здравоохранения, изменение механизмов его финансирования требует поиска новых рациональных ресурсосберегающих форм и методов медицинского обслуживания населения. Одним из наиболее эффективных и менее затратных видов стационарозамещающих технологий являются стационары дневного пребывания.

Данная тема весьма актуальна, поскольку организация стационаров дневного пребывания в больничных учреждениях позволяет более широко и эффективно использовать их ресурсные возможности, структурировать коечный фонд по степени интенсивности лечения. В стационаре дневного пребывания получает лечение контингент больных, не требующих круглосуточного наблюдения.

Стационары дневного пребывания как форма оказания медицинской помощи нашли широкое применение в лечении больных различного профиля .

Цель, которую я хочу осветить в данной работе - на основании комплексного клинико-организационного исследования обосновать эффективность стационаров дневного пребывания многопрофильной больницы как формы оказания медицинской помощи больным.

Задачи исследования:

1. Изучить организационную структуру приемного покоя - как основу дифференцированного подхода к введению пациента в систему оказания стационарной помощи.
2. Оценить основные параметры, характеризующие работу стационарзамещающих подразделений клинической больницы.
3. Разработать пути оптимизации деятельности многопрофильного педиатрического стационара федерального подчинения в современных условиях.

1. Основные определения и понятия.

Дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях предназначены для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных малозатратных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Решение об открытии дневного стационара и определение его мощности принимает главный врач внебольничного ЛПО по согласованию с местным органом управления ЗО.

Основные цели работы дневных стационаров:

- 1) совершенствование организации и повышение качества оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях
- 2) повышение экономической эффективности деятельности ЛПО на основе внедрения и широкого использования современных медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации

Функции дневного стационара:

- проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющим
- проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий

- подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении тяжести заболевания
- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения
- осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин
- проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности граждан и решение вопроса о направлении на МСЭ

В дневных стационарах отбор и ведение больных осуществляется, как правило, врачами общей практики, участковыми педиатрами и врачами-специалистами. В дневных стационарах специализированных профилей показания к пребыванию в них и объем проводимых лечебно-диагностических мероприятий определяют врачи-специалисты и доводят эту информацию до врачей общей практики и участковых терапевтов.

Создание дневных стационаров при поликлиниках позволяет проводить в амбулаторных условиях лечебные и диагностические процедуры, ранее осуществляемые только в больничных учреждениях, оказать помощь пациентам, нуждающимся в активном обследовании и лечении, которые по ряду причин не могут быть госпитализированы в больницу, а также тем, у кого во время посещения поликлиники возникло неотложное состояние. Дневные стационары на базе поликлиник должны ориентироваться не только на активные методы лечения и обследования, но и в значительной степени на работу с пациентами старших возрастов с хроническими заболеваниями, что, с одной стороны, имеет большое социальное значение, а с другой — освобождает койки в больницах для больных, действительно нуждающихся в стационарном лечении.

Стационары на дому - как правило, являются структурным подразделением отделения неотложной помощи поликлиники, могут создаваться также на базе МСЧ, поликлинических отделений больниц, диспансеров, женских консультаций и даже больниц. Направляют больных на данное лечение участковые педиатры, врачи-специалисты и врачи неотложной помощи, а также врачи общей практики.

2. Теоретическая часть

Детские стационары могут быть объединенными (с детской поликлиникой) и необъединенными; по профилю — многопрофильными и специализированными, различной коечной мощности.

В организации работы детского стационара детской больницы много общего с организацией работы стационара для взрослых, однако, имеются и некоторые свои особенности.

Больные дети поступают в стационар детской больницы по направлению врачей детских поликлиник, станций скорой и неотложной помощи и детских учреждений.

Плановая госпитализация ребенка осуществляется через детскую поликлинику при наличии следующих документов:

1. Направление.
2. Подробная выписка из истории развития ребенка о начале заболевания, лечении и проведенных анализах в условиях поликлиники. Кроме того, должны быть сведения о развитии ребенка, о всех перенесенных соматических и инфекционных заболеваниях.
3. Справка об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными дома, в детских учреждениях и в школе (срок действия — 24 часа).
4. Справка о проведенных прививках.

Приемное отделение стационара детской больницы должно быть боксировано (боксы должны составлять 3—4% от общего числа коек). Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы Мельцера—Соколова, которые включают в себя предбоксник, палату, санитарный узел, шлюз для персонала. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей должно быть предусмотрено не менее 2—3-х изолированных смотровых кабинетов и одного-двух санпропускников.

Для оказания неотложной помощи ребенку в приемном отделении должен быть постоянный набор необходимых медикаментов и средств первой помощи. При приемном отделении организуются палаты интенсивной терапии и временной изоляции больных.

Врач приемного отделения должен собрать тщательный анамнез, произвести осмотр больного, установить предварительный диагноз, назначить и провести лечение (при необходимости), решить в какое отделение направить больного и возможен ли допуск матери к уходу за ребенком.

В случае поступления детей без ведома родителей последние немедленно извещаются об этом работниками приемного отделения. При отсутствии такой возможности сведения о ребенке заносятся в специальную книгу и сообщаются в милицию.

Врачи приемного отделения работают в тесном контакте с врачами-специалистами отделений больницы. В приемном отделении ведется журнал приема детей на госпитализацию и журнал отказов в госпитализации, имеются сведения от старших сестер отделений о количестве свободных мест по отделениям. При

отсутствии стола справок через приемное отделение родители получают сведения о состоянии здоровья ребенка.

Отделения (палаты) стационара формируются по возрасту и по характеру заболеваний. В зависимости от возраста выделяют следующие отделения (палаты): для недоношенных, для новорожденных, для детей грудного возраста, для детей младшего возраста, для детей старшего возраста. По характеру заболеваний отделения (палаты) могут быть: педиатрические общие, хирургические, инфекционные и другие узкопрофильные отделения (палаты).

Оборудования палат и оснащение отделений зависит от их профиля и диктуется спецификой работы и необходимостью создания наиболее благоприятных условий для лечения детей и выполнения персоналом служебных обязанностей.

В отделениях для детей дошкольного и школьного возрастов палаты должны быть небольшие — с числом коек не более четырех. Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами для того, чтобы персонал мог следить за состоянием детей и их поведением.

Важной особенностью организации работы этих отделений является необходимость проведения там воспитательной работы с детьми. Для этой цели в детских больницах устанавливаются специальные должности педагогов-воспитателей. С больными, которые лечатся в стационаре длительное время, проводится также и учебная работа.

В отделении должны быть предусмотрены столовые, игровые, веранды или прогулочные комнаты, хорошо оборудованный

участок для прогулок на территории больницы. Отделения должны быть обеспечены игрушками, играми, книгами, материалами для вырезания, рисования, лепки, изготовления самодельных игрушек. Организация досуга детей в стационаре особенно важна в вечерние часы. Ручной труд, лепка, рисование, чтение вслух, проводимые в конце больничного дня, улучшают настроение детей и способствуют спокойному сну. Немаловажная роль в правильной организации досуга детей принадлежит палатным медицинским сестрам. Необходимо предусмотреть возможность пребывания в стационаре вместе с ребенком матери.

В комплексе лечебных мероприятий важное значение имеет правильное, организованное питание детей. Для этого дети грудного возраста госпитализируются с матерями или обеспечиваются грудным донорским молоком. Все другие продукты питания дети первого года жизни получают с детской молочной кухни. Детям старше года питание организуется на пищеблоке больницы соответственно возрасту.

В детских больницах значительно больше, чем в больницах для взрослых, следует опасаться внутрибольничных инфекций. Для предотвращения заноса инфекционных заболеваний в стационар игрушки и книги для передачи детям можно принимать только не бывшие в употреблении. При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливается карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания. Необходимо проводить учет контактировавших с больными детьми, которых в течение инкубационного периода уже нельзя перемещать в другие палаты. В необходимых случаях, в зависимости от выявленного острого инфекционного заболевания,

проводятся и специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство).

Возглавляет работу детского отделения стационара заведующий. На должность заведующего отделением детской больницы назначается квалифицированный врач, имеющий опыт работы по соответствующей специальности. Заведующий отделением подчиняется главному врачу больницы и заместителю главного врача по медицинской части. В повседневной работе он руководствуется положением о детской больнице, о своих функциональных обязанностях и другими официальными документами, а также указаниями и распоряжениями вышестоящих органов здравоохранения.

Заведующий отделением осуществляет непосредственное руководство деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество и культуру медицинской помощи больным детям.

Выписка ребенка из больницы производится: при полном его выздоровлении; при необходимости перевода его в другие лечебные учреждения; стойком улучшении состояния больного, когда дальнейшая госпитализация уже не нужна; при хроническом течении заболевания, не поддающемся лечению в данном учреждении; по требованию родных или опекуна до излечения заболевания, если выписка не угрожает непосредственно жизни больного и не опасна для окружающих.

В последнем случае необходимо предупредить родителей о последствиях для здоровья ребенка несвоевременной выписки. О выписке больного ребенка по требованию родителей делается

запись в истории болезни с указанием, что о несвоевременности выписки родители предупреждены. О выписке ребенка, требующего еще лечения на дому, немедленно сообщается детской поликлинике с необходимыми лечебными рекомендациями стационара, а позднее направляется эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимых рекомендаций на будущее.

Анатомо-физиологические особенности новорожденных, своеобразный характер течения заболевания определяют необходимость создания специальных отделений для новорожденных и недоношенных детей в составе детских больниц. Организация этих отделений позволяет создать особые условия для наиболее раннего контингента больных, сконцентрировать, специально подготовленные в области физиологии и патологии периода новорожденное™, кадры, а также специальную аппаратуру и оборудование.

Создание таких отделений дает возможность своевременно переводить заболевших новорожденных из родильных домов, что способствует более четкой организации и соблюдению санитарно-эпидемиологического режима в акушерских стационарах.

Организация работы отделений для новорожденных и недоношенных детей имеет весьма существенные особенности.

Основными задачами этих отделений являются:

— оказание квалифицированной диагностической и лечебной помощи больным доношенным и недоношенным новорожденным, создание оптимальных условий выхаживания детей;

— проведение организационно-методической работы и повышения квалификации педиатров по актуальным вопросам неонатологии;

— анализ заболеваемости и смертности новорожденных в районе обслуживания.

В крупных детских больницах организуются специализированные отделения для новорожденных с неинфекционной, инфекционной, хирургической и неврологической патологией.

Перевод новорожденных и недоношенных детей из родильных домов осуществляют при условии транспортабельности ребенка и обязательного согласования с заведующим специализированным отделением или главным врачом больницы, куда переводится ребенок.

Транспортировка новорожденных детей производится в специально выделенной и оборудованной санитарной машине, оснащенной кузовом, в сопровождении среднего медицинского персонала, подготовленного по вопросам физиологии и патологии новорожденных детей.

В отделение реанимации и интенсивной терапии транспортировка больных новорожденных и недоношенных детей производится по принципу «на себя» в специализированной транспортной реанимационной машине с врачом реаниматологом или врачом-педиатром, хорошо подготовленным по вопросам физиологии, патологии и реанимации новорожденных и недоношенных детей.

На базе детских поликлиник или стационаров детских больниц организуются дневные стационары.

Количество коек определяется материально-техническими возможностями базового учреждения, а также потребностью в данном профиле коек. Целесообразна организация дневных стационаров по тем или иным профилям патологии: гастроэнтерологические, неврологические, диагностические и т.д. Длительность лечения ребенка зависит от профиля патологии и составляет в среднем 2—3 недели.

Больные в дневном стационаре пользуются 2-разовым питанием по действующим нормативам для стационаров и дополнительно за счет привлеченных средств предприятий, общественных фондов.

Приготовление пищи больным осуществляется в пищеблоке лечебного учреждения, в составе которого находится дневной стационар. Контроль за качеством пищи возлагается на врача-диетолога больницы и органы санэпиднадзора.

Больничные листы и справки по уходу за больными детьми родителям на период лечения в дневном стационаре не выдаются, ибо уход, кормление и лечение детей берет на себя дневной стационар.

Работа дневного стационара проводится в тесном контакте с амбулаторно-поликлинической и стационарными службами лечебно-профилактических учреждений.

Документация стационара детской больницы, как и расчет количественных и качественных показателей деятельности принципиально не отличаются от таковых в стационаре для взрослых.

3. Роль врача в оказании помощи больным в дневном стационаре.

Врач-педиатр дневного стационара обязан:

1. обеспечивать надлежащий уровень обследования, лечения и реабилитации больных в соответствии с современными достижениями медицинской науки;
2. оказывать первую и неотложную помощь пациентам, обратившимся в данную поликлинику;
3. использовать вспомогательные лечебно-диагностические отделения (кабинеты) поликлиники в обследовании, лечении и медицинской реабилитации пациентов;
4. организовывать консультации пациентов дневного стационара поликлиники, а при отсутствии необходимого специалиста направлять, по согласованию с заведующим отделением медицинской реабилитации, в соответствующие лечебно-профилактические организации;
5. ежедневно осматривать пациентов, отмечать основные изменения в их состоянии, определять необходимые мероприятия по диагностике и лечению пациентов, организовывать выполнение необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий;
6. оценивать динамику состояния пациента, эффективность лечения и выполнения программы реабилитации в утвержденной медицинской документации через день, а в случаях необходимости чаще;
7. определять продолжительность лечения пациента в дневном стационаре в соответствии с профилем заболевания и его состоянием;
8. по согласованию с заведующим отделением выписывать или переводить пациентов, в необходимых случаях, в другие отделения или лечебно-профилактические организации;

9. контролировать правильность и своевременность выполнения средними и младшими медицинскими работниками дневного стационара назначений и указаний по лечению и реабилитации больных;
10. внедрять в практику своей работы современные технологии профилактики, диагностики, лечения и реабилитации на основе достижений науки и передового опыта деятельности лечебно-профилактических организаций;
11. вести медицинскую учетную и отчетную документацию установленного образца;
12. постоянно повышать уровень своей теоретической и практической профессиональной подготовки и участвовать в проведении занятий по повышению квалификации среднего и младшего медперсонала дневного стационара;
13. проводить систематическую санитарно-просветительную работу среди пациентов по вопросам здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
14. контролировать соблюдение медицинскими работниками дневного стационара правил эксплуатации оборудования;
15. соблюдать правила внутреннего трудового распорядка, правила врачебной этики и медицинской деонтологии;
16. обеспечивать соблюдение медицинскими работниками дневного стационара действующих правил санитарно-противоэпидемического режима и техники безопасности при работе.

4.Собственное исследование.

Я проходила практику в ГУЗ «КДЦ для детей №1». В проведении собственного исследования мне помогла Бессалова Екатерина Викторовна.

Основываясь на следующих критериях качества оказываемой медицинской помощи : удовлетворенность населения медицинской помощью, смертность населения в трудоспособном возрасте, младенческая и материнская смертности, доля умерших в возрасте от 0 до 4 лет на дому, можно сделать вывод, что данные показатели улучшаются по сравнению с предыдущими годами.

Также следует подчеркнуть, что такие показатели качества как: доля пациентов с инфарктом миокарда, доля пациентов с острым ишемическим инсультом имеют тенденцию к ухудшению своих показателей.

Показатели доступности и эффективности медицинской помощи в данном стационаре относительно предыдущих лет стабильны.

ЦЕЛЕВЫЕ ЗНАЧЕНИЯ КРИТЕРИЕВ ДОСТУПНОСТИ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ОКАЗЫВАЕМОЙ В РАМКАХ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

N п/п	Критерии доступности и качества медицинской помощи	Единица измерения	Целевое значение		
			на 2018 год	на 2019 год	на 2020 год
1	2	3	4	5	6

I. Критерии качества медицинской помощи

1	Удовлетворенность населения медицинской помощью, в том числе:	проценты от числа опрошенных	44,0	45,0	46,0
	городского населения		44,1	45,1	46,1

	сельского населения		43,6	44,6	45,6
2	Смертность населения в трудоспособном возрасте	число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения	530,0	525,0	520,0
3	Доля умерших в трудоспособном возрасте на дому в общем количестве умерших в трудоспособном возрасте	проценты	42,0	42,0	41,0
4	Материнская смертность	на 100 тыс. человек, родившихся живыми	13,4	13,4	13,0
5	Младенческая смертность, в том числе:	на 1000 человек, родившихся живыми	5,6	5,4	5,2
	в городской местности		5,4	5,2	5,0
	в сельской местности		5,8	5,6	5,4
6	Доля умерших в возрасте до 1 года на дому в общем количестве умерших в возрасте до 1 года	проценты	16,5	16,2	16,0
7	Смертность детей в возрасте от 0 до 4 лет	на 1000 родившихся живыми	7,8	7,8	7,8
8	Доля умерших в возрасте от 0 до 4 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте от 0 до 4 лет	проценты	16,0	15,0	14,0
9	Смертность детей в возрасте от 0 до 17 лет	на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста	81	81	81
10	Доля умерших в возрасте от 0 до 17 лет на дому в общем количестве умерших в возрасте от 0 до 17 лет	проценты	18,5	18,0	17,5
11	Доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со	проценты	53,6	54,1	54,5

	злокачественными новообразованиями, состоящих на учете				
12	Доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года	проценты	2,1	1,9	1,7
13	Доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года	проценты	55,1	59,0	60,0
14	Доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда	проценты	41,0	42,0	43,0
15	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	проценты	28,0	29,0	30,0
16	Доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда	проценты	39,0	40,0	40,0
17	Доля пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым выездной бригадой скорой медицинской помощи	проценты	11,0	11,5	12,0

	проведен тромболизис, в общем количестве пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи				
18	Доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями	проценты	44,0	44,0	44,0
19	Доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом	проценты	3,0	3,5	4,5
20	Количество обоснованных жалоб, в том числе на отказ в оказании медицинской помощи, предоставляемой в рамках Территориальной программы	единицы	370 10	360 10	350 10
II. Критерии доступности медицинской помощи					
1	Обеспеченность населения врачами, всего в том числе:	на 10 тыс. человек населения	35,8	35,9	35,9
	городского населения		43,9	44,0	44,0
	сельского населения		8,8	8,9	8,9
	из них:				
	оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в		20,2	20,4	20,6

	том числе:				
	городского населения		23,7	23,8	23,9
	сельского населения		6,6	6,7	6,8
	в стационарных условиях, в том числе:		13,6	13,6	13,6
	городского населения		16,9	16,9	16,9
	сельского населения		1,9	1,9	1,9
2	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом, всего в том числе:	на 10 тыс. человек населения	89,8	89,7	89,7
	городского населения		104,0	103,9	103,9
	сельского населения		46,4	46,3	46,3
	из них:				
	оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе:		41,1	41,1	41,1
	городского населения		44,3	44,3	44,3
	сельского населения		30,5	30,5	30,5
	в стационарных условиях, в том числе:		40,5	40,5	40,5
	городского населения		48,9	48,8	48,8
	сельского населения		12,9	12,9	12,9
3	Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на Территориальную программу	проценты	7,4	7,4	7,4
4	Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на Территориальную программу	проценты	2,6	2,6	2,6

5	Доля охвата профилактическими медицинскими осмотрами детей, в том числе:	проценты	95,0	95,0	95,0
	городских жителей		95,5	95,5	95,5
	сельских жителей		94,5	94,5	94,5
6	Доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	проценты	2,7	2,7	2,7
7	Число лиц, проживающих в сельской местности, которым оказана скорая медицинская помощь	случаев на 1000 человек сельского населения	100,1	101,1	102,1
8	Доля фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов, находящихся в аварийном состоянии и требующих капитального ремонта, в общем количестве фельдшерско-акушерских пунктов и фельдшерских пунктов	проценты	70,7	70,3	69,9
III. Эффективность деятельности медицинских организаций					
1	Функция врачебной должности в медицинских организациях, в том числе расположенных:	проценты	не менее 90,0	не менее 90,0	не менее 90,0
	в городской местности		не менее 91,0	не менее 91,0	не менее 91,0
	в сельской местности		не менее	не менее	не менее

			88,5	88,5	88,5
2	Среднегодовая занятость койки круглосуточного стационара в медицинских организациях, в том числе расположенных:	дней в году	333,0	333,0	333,0
	в городской местности		335,0	335,0	335,0
	в сельской местности		324,0	324,0	324,0

ВЫВОДЫ

Данной работой я выяснила, что ведущими направлениями оптимизации деятельности дневного стационара являются : внедрение в лечебно-диагностический процесс современных медицинских технологий, обеспечивающих медицинскую, социальную и экономическую эффективность медицинской помощи; совершенствование управления деятельностью клинической больницы и системы финансирования; внедрение системы контроля, обеспечения и управления качеством лечебно-диагностического процесса; расширение объемов амбулаторной помощи путем создания консультативно - поликлинического отделения; предоставляющего высококвалифицированную специализированную амбулаторную медицинскую помощь силами врачей больницы; развитие стационарзамещающих технологий (дневных стационаров, стационаров кратковременного пребывания) с учетом реальных потребностей детского населения с соблюдением принципов этапности и преемственности, увеличением спектра услуг, в том числе платных, предоставляемых в дневном стационаре.

Список использованной литературы:

1. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Пуртов И.И. Результаты изучения заболеваемости детей. //Здравоохранение РСФСР. 2014. - №5. - С. 21 -23.
2. Баранов А.А., Намазова Л.С. Отделения стационарзамещающих технологий в педиатрии. /Мат. IX съезда педиатров 19-22 февраля 2013 г. -М., 2013.-С. 67.
3. Барт Б.Я., Манукян Л.М., Акимова Л.Г. и др. Дневной стационар поликлиники — эффективная форма оказания медицинской помощи населению. //Тер. архив. 2015. - № 1. - С. 9-11.
4. Батурина Э.В., Скрыль Э.Н., Дюсенбеков В.Н., Маринина Е.В. Эффективность реабилитационной деятельности дневного стационара психоневрологического диспансера. //Здравоохран. Казах. 2014. - № 12. -С. 12-13.
5. Батыров Н.Н. Новые формы организации медицинской помощи травматологоортопедическим больным: Автореф. дис. . канд. мед. наук. 2015.-23 с.
6. Бобоходжаев И .Я. Этапы развития медицинской помощи на дому за 50 лет. //Медицинская сестра. 2013. - № 2. - С. 6 - 10.
7. Боярский С.Г. Управление качеством медицинской помощи и проблема оценки удовлетворенности пациентов. /Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. работ.-Вып. 1. СПб., 2015.-С. 17-21.

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 8 группы

Мадиева Расмиля Владиковна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова