

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ИПО

РЕФЕРАТ

На тему:

«Организация поликлинической службы в Российской Федерации»

Выполнил:

Ординатор 2 года

Желейко Николай Юрьевич

Введение	3
1. Основы первичной медико-санитарной помощи	4
1.2. Амбулаторно-поликлинические учреждения, задачи.	4
1.2.1.Поликлиника, функции.....	5
1.3. Работа участкового врача.....	5
2. Основная амбулаторная медицинская документация.	9
2.1. Медицинская карта и права пациента.....	9
3. Основные показатели деятельности участкового врача:	10
4. Организационная структура поликлиники	11
5. Должностные лица и их роль в работе поликлиники.	14
6. Работа отделения профилактики	16
7. Диспансеризация и профилактические осмотры	18
7.1. Виды медицинских осмотров	21
7.2. Критерии к определению качества диспансеризации и её эффективности.	21
Заключение.....	24
Список использованной литературы	25

Введение

Терапевтическая амбулаторная медицина в реестре служб первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) является одной из ведущих и наиболее востребованных в системе организации здравоохранения Российской Федерации. Современные требования к амбулаторно-поликлинической службе включают обеспечение всеобщей доступности и необходимого качества при оказании медицинской помощи. Указанных целей невозможно достичь без внедрения новых методов обучения или модификации существующих медицинских образовательных программ. Более того, коренного улучшения медицинского обслуживания населения можно добиться только при условии внедрения системного подхода в организации здравоохранения РФ.

В настоящее время приоритетное внимание уделяется развитию ПМСП, как основному звену в системе оказания квалифицированной медицинской помощи населению. Обучение студентов основам работы в амбулаторном звене внесет совершенно определенный вклад в улучшение работы врачей поликлиники.

1. Основы первичной медико-санитарной помощи

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Организация первичной медико-санитарной помощи осуществляется по территориально-участковому принципу в соответствии с приказом 11 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

Территориально-участковый принцип - означает формирование групп обслуживаемого контингента по признаку проживания на определенной территории или работы в определенных организациях.

Участковый принцип

- Терапевтический участок – это часть территории, обслуживаемой поликлиникой, объединенная по территориально-производственному принципу, с прикрепленным взрослым населением старше 18 лет.
- К каждому участку прикрепляются определенный участковый врач-терапевт и медицинская сестра, которые признаны оказывать лечебно-профилактическую помощь жителям своего участка.

Семашко Н. А. писал, что участковый принцип дает возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выявлять часто и длительно болеющих, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с возникновением и распространением заразных болезней. Участковый врач делается, таким образом, «домашним» врачом, другом семьи.

1.2.Амбулаторно-поликлинические учреждения, задачи.

Амбулаторно-поликлинические учреждения предназначены для оказания медицинской помощи приходящим больным и на дому, а также для осуществления комплекса лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний. Амбулаторно-поликлиническое звено нашего здравоохранения является ведущим, так как свыше 80% всех больных получают медицинскую помощь вне стационаров. Самый большой объем работы в поликлиниках приходится на терапевтическую службу (от 40 до 60% всех посещений поликлиник и свыше 90% всех вызовов на дом, в частности около

40% по поводу ОРВИ и гриппа, 18% по поводу ИБС, 12% по поводу артериальной гипертензии).

Основные задачи

1. Оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому.
2. Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий среди населения.
3. Организация и осуществление диспансеризации населения.
4. Организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию, пропаганда здорового образа жизни.

1.2.1. Поликлиника, функции

Современная поликлиника является

- крупным многопрофильным, специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным
- оказывать медицинскую помощь и
- осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

В ее функции входят:

1. Оказание первой медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях, травмах.
2. Лечение больных при обращении в поликлинику и на дому;
3. Организация и проведение диспансеризации.
4. Экспертиза временной нетрудоспособности; освобождение больных от работы.
5. Направление на ВТЭК лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности.
6. Направление больных на санаторно-курортное лечение.
7. Своевременная госпитализация нуждающихся в стационарном лечении. Еще известный русский клиницист С.П. Боткин отмечал, что суровая действительность поликлинической работы значительно отличается от тепличных условий стационаров.

Прежде всего, это обусловлено:

1. Большим объемом работы: за рабочий день участковый терапевт должен осмотреть 20-25 больных на приеме и обслужить 6-7 вызовов на дому;
2. Дефицитом времени на одного больного (при первичном осмотре на 1 больного выделяется 10-12 мин, на повторного больного 8-10 мин), что требует других методических подходов к организации труда и рабочего места.

1.3. Работа участкового врача

Работа участкового врача осуществляется по графику, составленному заведующим отделением и утвержденному руководителем учреждения. Чаще всего работа

терапевтических отделений строится в две смены. На амбулаторный прием обычно отводятся ранние утренние и поздние вечерние часы. Середина дня – обслуживание вызовов на дому.

Рабочий день при 5-дневной рабочей неделе:

- ✓ 4 ч работа на приеме в поликлинике и 3,5 ч обслуживание вызовов на дому.
- ✓ Норма обслуживания при приеме в поликлинике 5 больных в час, на дому – 30-40 минут на одного больного. При профилактических осмотрах населения норма – 7,5 человек в час.

Функциональные обязанности участкового терапевта:

- формирование терапевтического (цехового) участка из числа прикрепленного к нему населения (работников предприятия, организации), а также с учетом выбора гражданами медицинской организации;
- профилактика неинфекционных заболеваний путем предупреждения возникновения, распространения и раннего выявления таких заболеваний, а также снижения риска их развития;
- профилактика инфекционных заболеваний, направленная на предупреждение распространения и раннее выявление таких заболеваний, организация проведения вакцинации в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям;
- санитарно-гигиеническое образование, формирование здорового образа жизни, информирование населения о факторах риска заболеваний, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни;
- анализ потребности обслуживаемого населения в оздоровительных мероприятиях и разработка программы проведения этих мероприятий;
- обучение населения оказанию первой помощи при неотложных состояниях и заболеваниях, обуславливающих основную часть внегоспитальной смертности населения обслуживаемого участка (внезапная сердечная смерть (остановка) сердца, острый коронарный синдром, гипертонический криз, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, острые отравления и др.);
- осуществление диспансерного наблюдения и учета пациентов с хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями терапевтического профиля, в том числе имеющих право на получение набора социальных услуг, в установленном порядке;

- проведение обследования пациентов, обратившихся за медицинской помощью, на предмет выявления заболеваний терапевтического профиля или повышенного риска их возникновения, осуществление лечения выявленных заболеваний и состояний в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара на основе установленных стандартов медицинской помощи;
- осуществление медицинской реабилитации лиц, перенесших острые заболевания терапевтического профиля или оперативные и эндоваскулярные (интервенционные) вмешательства в связи с заболеваниями терапевтического профиля;
- оказание паллиативной медицинской помощи в соответствии с заключением и рекомендациями врачей-специалистов;
- оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах пациентам при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях в амбулаторных условиях или условиях дневного стационара;
- направление пациентов на консультацию к врачам-специалистам;
- осуществление отбора и направления пациентов для оказания медицинской помощи в стационарных условиях;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, представление их на врачебную комиссию, направление пациентов с признаками стойкой утраты трудоспособности для освидетельствования на медико-социальную экспертизу;
- выдача заключения о необходимости направления пациента по медицинским показаниям для реабилитации и лечения в санаторнокурортные организации;
- взаимодействие в пределах компетенции с другими медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями;
- участие в отборе пациентов для оказания высокотехнологичных видов медицинской помощи в соответствии с установленным порядком оказания высокотехнологичной медицинской помощи, а также ведение учета лиц, ожидающих и получивших высокотехнологичную медицинскую помощь по профилю «терапия»;
- участие в организации и проведении диспансеризации населения и дополнительной диспансеризации работающих граждан в соответствии с установленным порядком ее проведения;
- участие в мониторинге и анализе основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности на обслуживаемом участке;

- осуществление внедрения в практику новых современных методов профилактики, диагностики и лечения пациентов в амбулаторных условиях;
- участие в проведении мероприятий по повышению квалификации врачей и медицинских работников со средним медицинским образованием по вопросам терапии (внутренние болезни);
- ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности в установленном порядке, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено действующим законодательством РФ

Среди перечисленных функциональных обязанностей участкового врача на первом месте стоит **оказание квалифицированной терапевтической помощи**. Успешное выполнение этой задачи определяется как квалификацией врача, так и его умением полноценно использовать современные диагностические и лечебные кабинеты поликлиники и консультации врачей узких специальностей.

Следует помнить, что для постановки диагноза

- 50% дает анамнез,
- 30% - физикальное обследование и
- лишь 20% - лабораторно-инструментальные методы исследования, которые нередко остаются малорезультативными или запоздалыми.

Врачу важно не впасть в две крайности при обследовании пациента:

1. недостаточный объем исследований, который ведет к снижению качества и эффективности лечебно-профилактической работы.
2. наоборот, назначение большого числа исследований без достаточного для этого основания. Это те случаи, когда врач от нежелания подумать над больным, назначает по принципу «чем больше, тем лучше», что ведет к перегрузке в работе диагностических подразделений поликлиники и оказывается нерентабельным. Необходимо знать и использовать в работе объемы диагностических исследований в соответствии со стандартами, разработанными при определенных заболеваниях.

Обязанности врача-терапевта участкового

- Направление пациентов на консультации к специалистам, в том числе для стационарного и восстановительного лечения по медицинским показаниям;
- Организация и проведение противоэпидемических мероприятий и иммунопрофилактик в установленном порядке;
- Проведение экспертиз временной нетрудоспособности в установленном порядке и оформление документа для направления на медико-социальную экспертизу;

- Выдача заключений о необходимости направления пациента по медицинским показаниям на санаторно-курортное лечение;
- Взаимодействие с медицинскими организациями государственной, муниципальной и частной системой здравоохранения;
- Ведение медицинской документации в установленном порядке, анализируя состояние здоровья прикрепленного населения.

2. Основная амбулаторная медицинская документация.

Основная документация участкового врача терапевта:

- Медицинская карта амбулаторного больного – ф. 025/ у-04
- Паспорт врачебного участка (терапевтического) – ф.030/у-тер. • Листок временной нетрудоспособности (больничный лист)
- Рецепттурный бланк – ф. № 107-1/у
- Рецепттурный бланк № 148-1/у-88
- Рецепт льготный – ф.148-1/у-04 (л)
- Специальный рецепттурный бланк на наркотическое средство и психотропное средство
- Контрольная карта диспансерного наблюдения – ф.030/у-04

2.1. Медицинская карта и права пациента

Пациенты должны иметь исчерпывающие сведения о режиме работы всех подразделений поликлиники: время и место приема населения главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь населению в воскресные дни, поэтажный указатель врачебных кабинетов; номера телефонов вызова врачей на дом и вызова дежурных врачей в дневное и вечернее время, часы и объем работы кабинетов доврачебного приема, правила подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализу крови и т. д.).

Медицинские карты амбулаторных больных хранят в архиве со дня сдачи в течение 25 лет. Затем медицинские карты либо в общеустановленном порядке сдаются в макулатуру (по отборочному списку, согласованному с местными архивными органами), либо, если те или иные карты представляют интерес в научно-практическом отношении, их оставляют для дальнейшего хранения, окончательный срок которого определяется руководителем поликлиники.

Медицинский паспорт участка помогает участковому врачу целенаправленно организовывать и оценивать всю лечебно-профилактическую работу и содержит следующую информацию:

1. План участка с указанием этажности домов, числа квартир, расположением школ, дошкольных учреждений и т. д. — перечень различных промышленных и других объектов с указанием числа работающих.
2. Демографические данные, характеристика возрастного и полового состава населения, движения населения на участке.
3. Сведения об инфекционных заболеваниях.
4. Сведения о заболеваемости (по отдельным нозологическим группам).
5. Численность и сдвиги в диспансерной группе больных.
6. Список и учет осмотров инвалидов войн.
7. Список больных, перенесших острый инфаркт миокарда.
8. Список онкологических больных.
9. Список больных, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере.

3. Основные показатели деятельности участкового врача:

1. Характеристика амбулаторного приема — почасовая нагрузка, нагрузка при обслуживании больных на дому, процент активных посещений.
2. Общая заболеваемость — количество зарегистрированных заболеваний в абсолютных цифрах и относительных показателях по отдельным нозологическим формам.
3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. По каждой нозологии вычисляют: число случаев с ВН на 100 работающих; число дней ВН на 100 работающих; среднюю продолжительность одного случая заболевания (число дней, деленное на число случаев).
4. Смертность на 1000 населения. Особому анализу подвергаются случаи смерти от острого инфаркта миокарда, сахарного диабета, туберкулеза, бронхиальной астмы, ХОБЛ, пневмонии; а также смертности на дому, в том числе лиц трудоспособного возраста.
5. Летальность - частота смертей в % от какой-либо болезни за определенный период времени.
6. Процент экстренной и плановой госпитализации.
7. Полнота охвата периодическими осмотрами
8. Показатели качества диспансеризации (полнота охвата диспансеризацией по отдельным нозологическим формам; полнота обследования диспансерных больных в % по отношению ко всем наблюдаемым в данной группе).
9. Объем профилактической и санитарно-просветительной работы. Стандарт медицинской помощи Стандарт медицинской помощи определяет совокупность медицинских услуг, лекарственных препаратов, медицинских изделий и иных компонентов, применяемых при

оказании медицинской помощи пациенту при определенном заболевании или состоянии определенной степени тяжести.

Стандарт медицинской помощи может включать в себя:

- перечень диагностических и лечебных медицинских услуг с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень медицинских изделий;
- перечень компонентов крови с указанием количества и частоты их предоставления;
- перечень видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания, с указанием количества и частоты их предоставления;
- комплекс выстроенных в определенной последовательности медицинских услуг при конкретном заболевании или состоянии в зависимости от вида оказываемой медицинской помощи, условий и формы ее оказания;
- иные положения исходя из особенностей заболевания (состояния). При назначении и применении лекарственных препаратов и специализированных продуктов лечебного питания в соответствии со стандартами медицинской помощи допускается их замена по медицинским показаниям (индивидуальной непереносимости и по жизненным показаниям) на лекарственные препараты и специализированные продукты лечебного питания, не входящие в стандарт медицинской помощи.

4. Организационная структура поликлиники

Работа поликлиники

- Работа городской поликлиники построена по территориально-участковому принципу, - оказание медицинской помощи населению, проживающему на закрепленном участке.
- Территориальный терапевтический участок является основной структурной единицей поликлиники.
- Основным плановым показателем является посещаемость - количество посещений в расчете на одного жителя в год.
- Для выявления заболеваний в начальных стадиях и проведения необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий проводятся профилактические медицинские осмотры населения.
- Работа участкового врача организована по скользящему графику, он 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 листков нетрудоспособности» (ф. 036/у).
- 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. Основные вопросы в организации управления поликлиникой
- Главными вопросами в управлении поликлиникой является прежде всего правильное перспективное планирование деятельности поликлиники; работа с кадрами: воспитание, подбор и расстановка, повышение квалификации.
- Особого внимания требует подготовка резерва руководящих кадров поликлиники, освоение средним медицинским персоналом смежных специальностей.
- Большое место в управлении занимает организация обслуживания больных в поликлинике и на дому, организация работы врачей всех отделений и кабинетов, работы вспомогательных отделений.
- Очень важными участками деятельности являются организация диспансеризации населения, медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий, врачебная экспертиза трудоспособности.
- Высокий уровень управления предполагает постоянное изучение заболеваемости населения, проведение профилактических мероприятий по снижению травматизма, заболеваемости с временной утратой трудоспособности на промышленных предприятиях, борьбу с инфекционной заболеваемостью, сердечно-сосудистой патологией, онкологическими заболеваниями, противотуберкулезную работу.
- В профилактической деятельности поликлиники важное место занимает санитарное просвещение.
- Непременным условием деятельности всех участков поликлиники должна быть научная организация труда, постоянный анализ отчетно-статистических материалов, качественных показателей работы, в том числе и в управлении учреждением в целом, рациональное использование финансовых средств, материальных ресурсов.

Поликлиника проводит

- большую профилактическую работу
- противозидемические мероприятия,
- санитарно-просветительную работу среди населения обслуживаемого района и

- изучает здоровье прикрепленного контингента населения,
- выявляет раннюю заболеваемость,
- организует статистический учет и анализ показателей состояния здоровья населения,
- изучает заболеваемость с временной утратой трудоспособности на прикрепленных промышленных предприятиях.

Организационная структура поликлиники

Руководство поликлиники.

Регистратура

Отделение профилактики:

- кабинет доврачебного приема;
- смотровой женский кабинет;
- кабинет организации и контроля за диспансеризацией населения и ведения централизованной картотеки лиц, состоящих на диспансерном учете;
- кабинет для выявления лиц с повышенным риском заболевания — анамнестический;
- кабинет санитарного просвещения и гигиенического воспитания населения;
- кабинет профилактических осмотров декретированных контингентов (содержится за счет специальных средств).

Лечебно-профилактические подразделения:

- Терапевтические отделения, кабинет для оказания медицинской помощи подросткам;
- хирургическое отделение (кабинет): централизованная стерилизационная;
- цеховое терапевтическое отделение;
- травматологическое отделение (кабинет);
- урологический кабинет;
- стоматологическое отделение (кабинет); кабинет терапевтической стоматологии;
- кабинет хирургической стоматологии; зубопротезное отделение (кабинет) — содержится на хозрасчете за счет спецсредств;
- офтальмологическое отделение (кабинет);
- отоларингологическое отделение (кабинет);
- неврологическое отделение (кабинет);
- кардиологический кабинет;
- ревматологический кабинет.

Организационная структура поликлиники (Лечебно-профилактические подразделения II) •
эндокринологический кабинет;

- кабинет инфекционных заболеваний;
- женская консультация (при отсутствии в составе роддома);

- врачебные здравпункты;
- фельдшерские здравпункты;
- отделение восстановительного лечения;
- физиотерапевтическое отделение (кабинет): кабинет лечебной физкультуры; кабинет механотерапии; кабинет трудотерапии; кабинет логопедии, психологии;
- диспансерное отделение (кабинеты), детские поликлинические отделения — при отсутствии в городе (городском административном районе) соответствующих диспансерных отделений и детских поликлиник;
- отделения «Скорой и неотложной помощи» — при отсутствии в городе станций «Скорой и неотложной медицинской помощи»;
- процедурный кабинет. Вспомогательные диагностические отделения: • рентгеновское отделение (кабинет);
- лаборатория;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики;
- эндоскопический кабинет.

Организационная структура поликлиники (II)

- Дневной стационар и стационар на дому.
- Кабинет учета и медицинской статистики.
- Административно-хозяйственная часть.

5. Должностные лица и их роль в работе поликлиники.

Успех любого медицинского учреждения во многом зависит от уровня управления. Особое значение имеет четкое определение функциональных обязанностей всех должностных лиц, работающих в поликлинике, от санитарки до главного врача. Практическая деятельность главного врача и всех должностных лиц регламентируется приказами, распоряжениями и инструкциями Министерства здравоохранения РФ. Функциональные обязанности врачей, среднего и младшего медицинского персонала могут корректироваться на местах с учетом специфики работы медицинского учреждения. Главный врач назначается органом здравоохранения, в ведении которого находится поликлиника. Главный врач несет полную ответственность за всю лечебно-профилактическую, организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность в поликлинике; проводит подбор и укомплектование поликлиники кадрами врачей, медицинских сестер, санитарок, административным и хозяйственным персоналом; планирует работу поликлиники и готовит резерв руководителей подразделений.

Работа главного врача

- Главный врач организует и контролирует:

- лечебно-диагностическую и профилактическую деятельность поликлиники;
- диспансеризацию населения;
- своевременное проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в прикрепленном районе;
- соблюдение врачебным персоналом установленного порядка выдачи больничных листов;
- повышение квалификации медицинского персонала; • вовлечение врачей в научно-исследовательскую работу;
- правильность ведения документации;
- учет и хранение сильнодействующих средств и ядовитых веществ, рецептурных бланков на них в соответствии с действующими инструкциями;
- регулярный анализ деятельности всех подразделений поликлиники, состояния инфекционной и общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- финансово-хозяйственную деятельность поликлиники.

Работа заместителя главного врача

Вторым лицом в поликлинике является заместитель главного врача по лечебной работе, который назначается главным врачом из наиболее квалифицированных, обладающих организаторскими способностями врачей. В отсутствие главного врача он исполняет его обязанности. Заместитель главного врача по медицинской части отвечает за всю медицинскую деятельность поликлиники. Он организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных в поликлинике и на дому; следит за постоянным внедрением в практику работы врачей современных, наиболее эффективных методов профилактики, диагностики и лечения больных, новых организационных форм и методов работы передовых медицинских учреждений. Заместитель главного врача обеспечивает преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационарами; организацию госпитализации больных, нуждающихся в стационарном лечении. Под руководством заместителя главного врача проводится вся профилактическая работа поликлиник, плановые и целевые профилактические осмотры прикрепленных контингентов, преимущественно рабочих и служащих промышленных предприятий; своевременное проведение профилактических прививок населению; санитарно-просветительная работа, проведение ежегодной диспансеризации всего населения. Заместитель главного врача обеспечивает выполнение плана повышения квалификации медицинского персонала; направляет врачей на стажировку в стационары, на курсы усовершенствования и специализации; организует различные семинары, научно-

практические конференции и реферативные обзоры, лечебно-контрольные комиссии с обсуждением состояния лечебно-диагностической работы, расхождений диагнозов и врачебных ошибок, работу кабинета медицинской статистики.

Работа старшей медицинской сестры

Прямым помощником заместителя главного врача по медицинской части является старшая медицинская сестра, которая организует и контролирует работу среднего медицинского персонала поликлиники, выполнение им своих функциональных обязанностей. Старшая медицинская сестра поликлиники:

- осуществляет рациональную расстановку и использование среднего и младшего медицинского персонала, а также составление графиков работы и отпусков;
- обеспечивает четкую работу регистратуры, справочно-информационной службы, процедурного и других лечебных кабинетов, работающих без врачей;
- осуществляет контроль за соблюдением дисциплины и направляет работу младшего и среднего медицинского персонала на создание надлежащей культуры в обслуживании больных и выполнении врачебных назначений;
- контролирует учет, распределение, расходование и использование медицинского инструментария, медикаментов, бактериальных препаратов, перевязочного материала, а также хранение и учет сильнодействующих ядовитых медикаментов, ведение медицинской документации;
- всемерно содействует внедрению мероприятий по научной организации труда;
- составляет планы повышения квалификации средних и младших медицинских работников, организует и контролирует их выполнение.

6. Работа отделения профилактики

Отделение профилактики возглавляет заведующий, который подчинен непосредственно главному врачу амбулаторно-поликлинического учреждения (поликлинического отделения).

Основными задачами отделения профилактики являются: организационное обеспечение ежегодной диспансеризации всего населения в соответствии с действующими инструктивно-методическими документами; организация и проведение предварительных и периодических осмотров; раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска; контроль и учет ежегодной диспансеризации всего населения; подготовка и передача врачам медицинской документации на выявленных больных и лиц с повышенным риском заболевания для дообследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий; санитарно-гигиеническое воспитание

и пропаганда здорового образа жизни (борьба с курением, алкоголизмом, избыточным питанием, гиподинамией и др.).

Для осуществления этих задач отделение профилактики совместно с другими отделениями и кабинетами составляет планы и графики ежегодных диспансерных осмотров всего населения и контролирует их выполнение; организует и проводит доврачебный опрос с заполнением анамнестической карты; проводит осмотр населения и необходимые функциональные исследования; ведет учет лиц, прошедших осмотр, рассылает приглашения с просьбой посетить врача в установленный срок с указанием даты и времени приема, контролирует явку на осмотр, а также проведение других мероприятий по ежегодной диспансеризации всего населения. Отделение профилактики оснащается необходимым оборудованием и инвентарем в соответствии с табелем оснащения каждого кабинета. В составе отделения профилактики организуется анамнестический кабинет. Кабинет обеспечивает: сбор анамнеза и анкетирование проходящих профилактический осмотр с выявлением имеющихся факторов риска и ранней симптоматики заболеваний по анамнестической карте; заполнение на каждого проходящего профилактический осмотр анамнестической карты; направление на дополнительные обследования (кабинет функциональных исследований, флюорографии, лаборатория). Анамнестический кабинет оснащается необходимым оборудованием и имеет бланки установленной формы.

Кабинет централизованного учета ежегодной диспансеризации всего населения организуется в составе отделения профилактики и обеспечивает:

- полицейской учет населения, обслуживаемого территориальным поликлиническим (поликлиническим отделением, амбулаторией) учреждением;
- определение лиц, подлежащих первичной диспансеризации в конкретных лечебно-профилактических учреждениях;
- учет контингентов, занятых в народном хозяйстве, прикрепленных к данному территориальному лечебно-профилактическому учреждению для проведения профилактических осмотров;
- полицейской учет контингентов, находящихся на обслуживании цеховых участков и подростковых кабинетов;
- регистрацию в первичной медицинской документации (формы № 131/у, 046/у, 047/у) данных о проведенной первичной диспансеризации и профилактических осмотрах;
- контроль за своевременностью явки населения на первичную диспансеризацию;
- подготовку данных по отчетным показателям ежегодной диспансеризации всего населения;

- оформление и выдачу выписок о проведенных диспансерных обследованиях.

Кабинет функциональных исследований входит в состав отделения профилактики. Основной задачей кабинета является проведение на доврачебном этапе диспансеризации антропометрии, измерения артериального кровяного давления, тонометрии (лицам после 40 лет), исследования остроты зрения, определения остроты слуха (речь на расстоянии, шепотная речь), ЭКГ (лицам после 40 лет). Кабинет функциональных (инструментальных) исследований обеспечивается набором необходимого медицинского оборудования и инструментария. Кабинет для забора исследуемого материала Кабинет взятия материала для экспресс-диагностики осуществляет взятие крови и мочи у проходящих осмотр, направление полученного материала в лабораторию для анализа крови (определения СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов) и исследования мочи на сахар и белок. Кабинет работает в тесном контакте с клинико-диагностической лабораторией амбулаторно-поликлинического учреждения. Кабинет обеспечивается необходимыми реактивами, инструментарием и оборудованием. Для взятия материала кабинет должен иметь туалет.

Женский смотровой кабинет

Смотровой женский кабинет входит в состав отделения профилактики, а там, где оно отсутствует, действует как структурное подразделение поликлиники. Работу в смотровом кабинете осуществляет акушерка. Задачами кабинета являются осуществление профилактического осмотра женщин с 18 лет с целью раннего выявления гинекологических заболеваний, предопухолевых и раковых заболеваний женских половых органов и других видимых локализаций (кожи, губ, молочных желез), доврачебный опрос.

- В соответствии с основными задачами смотровой кабинет осуществляет: сбор акушерско-гинекологического анамнеза; осмотр всех женщин с 18 лет, обратившихся впервые в течение года в амбулаторнополиклиническое учреждение; осмотр кожи и наружных половых органов; бимануальное влагалищное исследование, осмотр шейки матки в зеркалах, у девушек - пальцевое исследование через прямую кишку; пальпацию молочных желез; взятие мазков на атипичные клетки (у женщин с 18 лет); направление женщин с выявленным заболеванием или с подозрением на заболевание к врачу акушеру-гинекологу.

7. Диспансеризация и профилактические осмотры

Важным направлением в деятельности участкового врача является диспансеризация. 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. Диспансеризация – это комплекс мероприятий, включая профилактический медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов исследования в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством РФ.

Основу диспансеризации составляет диспансерное наблюдение (т.е. динамическое наблюдение, включая необходимое обследование и периодические медицинские осмотры за состоянием здоровья лиц в целях своевременного выявления (предупреждения) осложнений, обострений заболевания, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации. Ответственность при проведении диспансеризации взрослого населения несет:

- Врач-терапевт является ответственным за организацию и проведение диспансеризации населения терапевтического, в т.ч. цехового участка, участка врача общей практики (семейного врача)

- Фельдшер ФЗП или ФАП является ответственным за проведение диспансеризации населения участка в случае возложения на него отдельных функций лечащего врача (приказ МЗ РФ от 23 марта 2012 г. № 252н, зарегистрирован Минюстом РФ 28 апреля 2012 г., рег. № 23971).

Задача диспансеризации: в своевременном выявлении социально значимых заболеваний, наиболее часто приводящих к инвалидности и смерти. Это сердечно-сосудистые и онкологические заболевания.

Диспансерному наблюдению у терапевта подлежат следующие группы населения:
Четыре группы диспансерного наблюдения:

I группа - здоровые люди, не предъявляющие жалоб, не имеющие хронических заболеваний в анамнезе. При обследовании таковых не обнаруживаются изменения со стороны здоровых органов и систем, результаты лабораторных, диагностических исследований без отклонения от нормы. Подлежат обследованию не реже одного раза в год с целью выявления начальных проявлений заболевания.

II группа - лица с факторами риска, предрасположенные к заболеваниям, и отмечающие в анамнезе хроническое заболевание и вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), которые не влияют на трудоспособность и социальную активность, либо имеют факторы риска в отношении заболеваний сердечнососудистых, онкологических, эндокринных, неспецифических заболеваний легких, болезней органов пищеварения и др. Подлежат обследованию не менее двух раз в год с проведением мероприятий оздоровительного характера.

III группа:

- а) хронические больные с компенсированным течением заболевания;
- б) больные с субкомпенсированными процессами, дающие частые обострения/часто и длительно болеющие;
- в) больные с декомпенсированными заболеваниями, требующие постоянного наблюдения и лечения по показаниям.

IV группа – пациенты, требующие госпитализации, экстренного оперативного лечения.

Объемы клиничко-лабораторных исследований во время диспансерного наблюдения пациентов с наиболее часто встречающимися заболеваниями внутренних органов.

Порядок документирования результатов диспансеризации (ф. [131/у-86](#), ф. 030/у).

Группы диспансерных больных, подлежащих динамическому наблюдению врачами-терапевтами:

1. Реконвалесценты после перенесенного тяжелого течения гриппа (3 мес).
2. Реконвалесценты после перенесенной ангины (1 мес-6 мес).
3. Реконвалесценты после пневмонии (6 мес-1 год).
4. Нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу.
5. Гипертоническая болезнь (пожизненно).
6. Ишемическая болезнь сердца: стенокардия - пожизненно.
7. Инфаркт миокарда (2 года – совместное ведение терапевтом и кардиологом; затем наблюдается терапевтом как ИБС).
8. Кардиомиопатии (пожизненно – совместное ведение кардиологом и терапевтом).
9. Цереброваскулярная болезнь (с артериальной гипертензией или без нее) – совместное ведение с невропатологом.
10. Атрофический гастрит (пожизненно). Язвенная болезнь желудка и ДПК (при ЯБ желудка – пожизненное; при ЯБ ДПК - 6 лет с момента последнего обострения, при отсутствии обострений – снятие с учета).
12. Хроническая обструктивная болезнь легких (пожизненно).
13. Бронхиальная астма (пожизненно, совместное ведение с аллергологом).
14. Бронхоэктатическая болезнь и кистозная гипоплазия легких (пожизненно, совместное ведение с пульмонологом).
15. Хронический абсцесс легкого (пожизненно, совместное ведение с пульмонологом).
16. Саркоидоз легких (совместное ведение с фтизиатром).

17. Хронический гепатит (пожизненно; хронический вирусный гепатит - совместное ведение терапевтом и инфекционистом, хронический гепатит другой этиологии – совместно с гастроэнтерологом).

18. Цирроз печени (пожизненно).

19. Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью (6 лет с момента последнего обострения, при отсутствии рецидивов – снятие с учета).

20. Желчно-каменная болезнь без обострений (пожизненно).

21. Хронический бескаменный холецистит (6 лет с момента последнего обострения, при отсутствии рецидивов – снятие с учета).

22. Хронический пиелонефрит (пожизненно).

23. Хронический диффузный гломерулонефрит (пожизненно).

7.1. Виды медицинских осмотров

Видами медицинских осмотров являются:

- 1) профилактический - медицинский осмотр, проводимый с целью раннего (своевременного) выявления заболеваний и факторов риска развития заболеваний, формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для пациентов; Профилактический медицинский осмотр проводится в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов риска их развития, немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки рекомендаций для граждан по сохранению здоровья.
- 2) предварительный - медицинский осмотр, проводимый при поступлении на работу (учебу) с целью определения соответствия состояния здоровья работника поручаемой ему работе, учащегося требованиям к обучению;
- 3) периодический - медицинский осмотр, проводимый с установленной периодичностью в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья работников (учащихся), своевременного выявления начальных форм профессиональных заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов рабочей среды и трудового (учебного) процесса на состояние здоровья работников (учащихся), формирования групп риска развития профессиональных заболеваний, выявления медицинских противопоказаний к осуществлению отдельных видов работ (продолжению учебы).

7.2. Критерии к определению качества диспансеризации и её эффективности.

Статистический анализ диспансерной работы проводится на основе расчета трех групп показателей:

- 1) показателей, характеризующих организацию и объем диспансеризации;
- 2) показателей качества диспансеризации (активности врачебного наблюдения);
- 3) показателей эффективности диспансеризации.

а) показатели объема диспансеризации

$$\frac{\text{число_лиц, состоящих_под_диспансерным_наблюдением_на_начало_года} + \text{число_вновь_взятых_под_наблюдение_в_течение_года} + \text{число_больных, не_наблюдавшихся_в_течение_года}}{\text{число_зарегистрированных_больных_данной_заболеванием}} \times 100$$

1. Охват диспансерным наблюдением больных данной нозологической формой:

$$\frac{\text{число_больных, состоящих_на_учете_по_поводу_данного_заболевания}}{\text{общее_число_больных, состоящих_на_учете_на_конец_года}} \times 100$$

2.

Структ

ура больных, состоящих на диспансерном учете:

б) показатели качества диспансеризации

1. Своевременность охвата диспансерным наблюдением вновь выявленных больных:

$$\frac{\text{число_больных, взятых_под_диспансерное_наблюдение, с_впервые_установленным_диагнозом}}{\text{число_зарегистрированных_больных_с_впервые_установленным_диагнозом_в_данном_году}} \times 100$$

2. Активность выполнения явок к врачу:

$$\frac{\text{число_выполненных_явок_к_врачу_диспансерными_больными}}{\text{число_назначенных_явок_к_врачу}} \times 100$$

3. Процент госпитализированных диспансерных больных:

$$\frac{\text{число_госпитализированных_больных_из_числа_нуждавшихся}}{\text{число_нуждавшихся_в_госпитализации}} \times 100$$

Аналогично рассчитывается активность выполнения других лечебно-диагностических и оздоровительных мероприятий среди диспансеризуемых (диетпитание, санаторно-курортное лечение, противорецидивное лечение и т.д.)

в) показатели эффективности диспансеризации

1. Изменения в состоянии здоровья диспансеризуемых (с улучшением, с ухудшением, без изменений)

$$\frac{\text{число_диспансерных_больных_с_улучшением\художением\без_изменений_здоровья_в_течение_года}}{\text{число_диспансерных_больных_наблюдавшихся_более_1_года}} \times 100$$

2. Удельный вес больных, имевших обострение заболевания, по поводу которого осуществляется диспансерное наблюдение.

$$\frac{\text{число_больных_наблюдавшихся_более_года22 и_имевших_обострение_заболевания}}{\text{число_диспансерных_больных_данной_заболеванием_наблюдавшихся_более_1_года}} \times 100$$

3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности диспансеризуемых (в случаях и днях):

$$\frac{\text{число_случаев(дней)}_ВУТ_в_группе_диспансерных_больных}{\text{общее_число_диспансерных_больных}} \times 100$$

4. Первичная инвалидность среди диспансеризуемых:

$$\frac{\text{число_диспансерных_больных_впервые_признанных_инвалидами}}{\text{общее_число_больных_состоящих_под_диспансерным_наблюдением_более_года}} \times 100$$

5. Летальность диспансеризуемых:

$$\frac{\text{число_умерших_среди_диспансерных_больных}}{\text{общее_число_диспансерных_больных}} \times 100$$

Анализ диспансерной работы проводится в конце года по участкам, по отделениям и по учреждению в целом дифференцированно по характеру патологии, показатели оцениваются их в динамике по сравнению с аналогичными показателями за другие годы.

Заключение

Состояние и перспективы развития здравоохранения Российской Федерации начала XXI в. во многом определяются уровнем здоровья населения и социально-экономическими преобразованиями, происходящими в обществе. Это проявляется в таких процессах как демонополизация системы здравоохранения, децентрализация управления отраслью, возникновение новых экономических отношений, развитие современных форм оказания медицинской помощи и технологий. Все это повышает значимость подготовки не только врачей, но и среднего медицинского персонала по проблемам общественного здоровья, управления и экономики здравоохранения. Роль медицинских работников в многогранном процессе оказания медицинской помощи пациентам, требования к уровню их профессиональной подготовки неуклонно возрастают. Фундаментом, обеспечивающим соответствие этим требованиям, должны стать глубокие знания в области общественного здоровья и здравоохранения.

Подготовка современного специалиста, прежде всего, должна базироваться на знаниях о здоровье населения. Важнейшим условием дальнейшего реформирования здравоохранения является развитие основополагающих принципов отечественного здравоохранения: соблюдение конституционных прав граждан на охрану здоровья и приоритет профилактической направленности.

Список использованной литературы

- 1.ФЗ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».
2. Приказ Минздрава России от 21 декабря 2012 г. №1344н об утверждении ПОРЯДКА ПРОВЕДЕНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ (Статья 46 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н (ред. от 21.02.2020) "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению" (Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 N 24726)
4. Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" (Зарегистрировано в Минюсте России 30.06.2021 N 64042)
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ № 923н от 15.11.2012. Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Терапия».