

**ГОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. профессора В. Ф. Войно – Ясенецкого
Минздравсоцразвития РФ»
Кафедра Внутренних болезней № 2 с курсом ПО.**

**Зав. кафедрой: проф., д.м.н. Демко И.В.
Проверил: к.м.н. Мосина В.А.**

**РЕФЕРАТ на тему:
«Организация амбулаторно-поликлинической
помощи населению»**

Выполнила: врач-ординатор Веселова Н.Е.

Красноярск, 2018 г.

Содержание:

- Структура поликлиники
- Принципы работы амбулаторно-поликлинической сети
- Задачи решаемые в амбулаторно-поликлинических учреждениях
- Классификация поликлиники
- Основные разделы работы поликлиники.
- Профилактическое направление поликлинической службы.
- Список литературы

Структура поликлиники

Все медицинские учреждения делятся на:

- лечебно – профилактические
- санитарно-противоэпидемические
- Лечебно-профилактические подразделяются на:
 - Амбулаторно-поликлинические
 - Стационарные
 - Специализированные

Первичную медико-социальную помощь населению оказывают амбулаторно-поликлинические учреждения. Это очень широкая и массовая сеть учреждений (например, в нашей стране их более 38 тыс.). 80% больных начинают и заканчивают лечение в этой сети. Всего участковых врачей в поликлиниках занято 96 тыс. – это говорит о массовости.

Принципы работы амбулаторно-поликлинической сети

- обязательность медицинского страхования всех граждан, проживающих на территории России
- общедоступность первичной медикосоциальной помощи
- единство лечебных и профилактических мероприятий
- принцип участковости
- диспансерный метод работы

Номенклатура амбулаторно-поликлинических учреждений относит следующие поликлинические учреждения:

территориальная городская поликлиника для взрослого населения
амбулаторная
здравпункт

Кроме того по амбулаторно-клиническому типу работают учреждения охраны материнства и детства (детская поликлиника, женская консультация), учреждения медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий (медикосанитарная часть, здравпункт на территории предприятия), специализированные поликлиники, где находятся диагностические центры, поликлинические отделения диспансеров.

Участковость – это обслуживание какой-то группы населения одним врачом – участковым.

Участки бывают:

- территориальные
- цеховые
- участок врача общей практики
- семейный

- гинекологический
- педиатрический
- сельский

Размеры разных участков:

размер территориального участка 1700 человек взрослого населения. Демографическое понятие взрослого населения определяет это населения в возрасте от 15 лет и старше.

Цеховая участок насчитывает 1600 рабочих в единой цеховой принадлежности.

Участок врача общей практики насчитывает 1500 человек, обслуживаемых этим врачом по контракту.

Участок семейного врача насчитывает 1200 человек обслуживаемых по контракту.

Сельская участок насчитывает от 5 до 8 тыс. жителей, детей и взрослых любого возраста. Поскольку сельское здравоохранение кроме принципа имеет принципе этапности, учитывается и размер территории. Радиус обслуживания до 10 км. Радиус обслуживания – это расстояние от сельского здравпункта до самого отдаленного места жительства.

Акушерско-гинекологической участок составляет 3800 женщин в возрасте от 15 лет.

Педиатрический – 800 детей (от 0 до 14 лет).

Задачи решаемые в амбулаторно-поликлинических учреждениях:
(согласно положению о городских поликлиниках).

- Оказание квалифицированной и специализированной помощи населению, обслуживающей территорией в поликлинике и на дому.
- Проведение комплекса профилактических мероприятий среди населения, направленных на снижение инвалидности, заболеваемости и смертности.
- Организация и проведение диспансеризации больных и декретированных групп населения.
- Санитарно-гигиеническое воспитание и обучение, пропаганда здорового образа жизни.
- Деятельность всей амбулаторно-поликлинической сети примере городской территориальной поликлиники.

Классификация поликлиники

Поликлиника – это из массовых учреждений, это многопрофильное, специализированное, учебно-профилактическое учреждение, предназначенное оказывать медицинскую помощь на амбулаторном приеме и на дому, а также осуществлять комплекс профилактических мероприятий.

Амбулатория – отличается от поликлиники уровнем специализации и объемом клиники, где прием ведется по не большому числу специальностей (терапия, хирургия, педиатрия). Работает в сельской местности.

По профилю:

- общие (территориальные)
- детские
- стоматологические
- физиотерапевтические
- курортные
- консультативно-диагностические (специализированные)

По территориальному признаку:

- городские
- сельские

По организационной признаку:

- соединены
- самостоятельные

Мощность поликлинике определяется числом посещений. Категорийность определяется числом врачебных должностей. Сеть и кадровое обеспечение поликлиники планируется исходя из основных планово-нормативных показателей (потребность взрослого городского населения в амбулаторной помощи – 13.4 посещений на жителя в год). 20% населения посещают поликлинику более 40 раз в год, а 40% не посещают ее ни разу в год.

Штатные нормативы – 13 врачебных должностей на 10 тыс. взрослого населения. В среднем у нас в РФ около 15, но может доходить и до 30.

Основные разделы работы поликлиники.

- лечебно-диагностический
- профилактический
- организационно-методический
- организационно-массовый

Лечебно-диагностический: постановка диагнозов, назначение лечения, направления на консультацию, направления на исследование, направление на санаторно-курортное лечение, направление на диетпитание, а также экспертная работа - экспертиза нетрудоспособных временно и направление на экспертизу нетрудоспособных постоянно, это консультационные вопросы, это экспертные вопросы при установлении вида нетрудоспособности. На всю работу участкового терапевту выделяется 7.5 часов при пятидневной неделе. Эти 7.5 часов делится на две части: первая часть для обследования амбулаторных больных - 4-4.5 часа, вторую часть времени врач обследует больных на дому. Неравное распределение этих частей зависит от социально-демографической характеристики обслуживаемого населения. Например если поликлиника в пределах Санкт-Петербурга в центре города, где 80% пенсионеров, то конечно больше времени уделяется врачом на обследование дома. А если поликлиника находится в районе, где много молодого населения то больше времени уделяется на амбулаторный прием. По нормативу нагрузка участкового терапевта в час при обслуживании больных

амбулаторно составляет 5 человек, при обследовании дома 2 человека в год. Показатель нагрузки терапевта в течение года который называется посещаемость - это число посещений к одному участковому терапевту за год. Это показатель выполненной работы, количества выполненной работы. Показатель посещаемости сравнивается с нормативным показателем, который называется пунктом врачебной должности (ПВД). ПВД - это нормативный показатель нагрузки участкового врача за год. У нас принят нормативный показатель 7 тыс. человек в год у терапевта. Значит в отчетной документации посещаемость участкового терапевта должна составлять цифру приближенную к нормативу. Экспертные вопросы: отдельное время эти вопросы участковому врачу не выделяется. В эти же 5 посещений в час он должен провести вопросы определения вида нетрудоспособности, заполнить документы и направить в соответствующее учреждение.

Профилактическое направление поликлинической службы.

- диспансеризация больных
- санитарно-противоэпидемические мероприятия
- прививочные мероприятия

Диспансеризация больных: раньше выделяли 4 часа в месяц, сейчас не это не выделяется времени. Диспансеризация проводится согласно приказу № 775 от 1988 г. "О диспансеризации населения". В этом приказе подробно по каждой нозологической форме расписан объем и периодичность обследования.

В профилактическую работу входят также диспансеризация декретированных слоев населения. В условиях перехода к обязательному медицинскому страхованию, когда за каждого человека платится какая-то сумма, диспансерный осмотр декретированных категорий населения становится дорогостоящим. Поэтому диспансеризация их проводится только на полной договорной основе соответствующими учреждениями.

Санитарно-противоэпидемическая работа: поликлиника пропускает через себя большие массы населения поэтому в тех учреждениях устанавливается особый санэпидрежим. Поликлинику дважды в год контролирует санэпиднадзор. В рамках самой поликлиники имеется подразделения которые требуют усиленный санэпидрежим: рентгенологическое, физитерапевтическое, процедурный, стерилизация. Эти подразделения контролируются один раз в квартал санэпиднадзором.

Прививочная работа проводится широко в рамках детской поликлиники. В структуре которой есть самостоятельное подразделение - прививочный кабинет. В взрослой поликлинике прививки проводятся в кабинете инфекционных заболеваний. Прививочный кабинет имеет свой эпидрежим, который контролируется санэпиднадзором.

Организационно-методическая работа:

учет и отчетность. Учетные формы, часто встречающиеся: № 25 это форма имеет статический талон, который используется для разработки

заболеваемости. Учетная форма № 25 имеет индивидуальную карту амбулаторного больного. Под этим же УФ № 25 - лист сточенных диагнозов, в котором дублируется запись статического талона. УФ № 30 - контрольная карта диспансерного наблюдения. Учетная форма - лист нетрудоспособности или больничный лист. Кроме того все направления на анализы, на исследования также являются учетными формами. В детской поликлинике эта учетная форма - история развития ребенка. В женской консультации - обменная карта. Учетная форма заполняется на каждую единицу наблюдения, то есть на каждого человека или на каждый случай. Например, амбулаторная карта заполняется на больного, больничный лист - на случай. Отчетная форма поликлиники имеет № 30 - отчет о работе поликлиники. ОФ № 12 - анализ общей заболеваемости. ОФ № 16 - ВН - временная нетрудоспособность - это отчет о нетрудоспособности. Существует также отчеты об инвалидах, о профилактической работе и другие.

Организация и проведение конференций, семинаров, как в самой поликлинике, так и участие в этих мероприятиях в других учреждениях.

Повышение квалификации медицинских работников, то есть планирование усовершенствования врачей.

Организационно-массовый раздел - это работа санитарно-гигиенического воспитания и обучения, пропаганда здорового образа жизни.

Типовая структура городской поликлиники. Во главе поликлиники стоит главный врач, у него есть три заместителя: по лечебной работе - начмед, по экспертным вопросам - Зам. по КЭК, по хозяйственным вопросам - завхоз.

В условиях медицинского страхования могут взять зам. по экономическим и финансовым вопросам. В структуре поликлиники имеется терапевтическое отделение (одно или несколько, но не более 4). Во главе отделения стоит штатный заведующий отделением. Отделение насчитывает 3 и более участков (бывает до 20 но в среднем 10-12).

Список литературы

1. Акишкин, В.Г. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект : моногр. / В.Г. Акишкин, И.Е. Квятковский, С.А. Путина. – Волгоград : Волгогр. науч. изд-во, 2014. – 276 с. : ил., табл. – Библиогр.: с. 186–194. – Из фондов ДВГНБ.
2. Антипенко, Э.С. Аспекты понятий и закономерностей формирования и развития системы здравоохранения (размышления) / Э.С. Антипенко, А.Э. Антипенко ; Моск. гос. медико-стоматол. ун-т им. А.И. Евдокимова МЗ РФ. – Изд. 3-е, испр. и доп. – Москва : Спутник+, 2015. – 167 с. – Из фондов ДВГНБ.
3. Банин, С.А. Базовая теория формирования финансово-экономических основ современного здравоохранения России / под ред. В.Г. Садкова ; М-во образования и науки РФ, Томский гос. ун-т. – Томск : ТГУ, 2013. – 178 с. : ил., табл. – Библиогр.: с. 164–176. – Из фондов ДВГНБ.
4. Берлин, С.И. Анализ и перспективы развития коммерческих организаций медицинских услуг : моногр. / С.И. Берлин, С.Х. Берлина, Х.Ш. Хуако ; Кубан. соц.-экон. ин-т, Науч. центр по пропаганде и внедрению инноваций. – Краснодар : КСЭИ, 2014. – 118 с. : ил., табл. – Библиогр.: с. 108–115 (126 назв.). – Из фондов ДВГНБ.
5. Богдан, И.В. Некоторые аспекты реформы здравоохранения в России. – М. : Науч. эксперт, 2013. – 39, [1] с. – (Труды Центра / Центр проблемного анализа и государственного управления проектирования ; вып. 29). – Из фондов ДВГНБ.
6. Витько, А.В. Модернизация здравоохранения Хабаровского края : моногр. / А.В. Витько, В.Н. Кораблёв. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2014. – 288 с.
7. Гадаборшев, М.И. Организация, оценка эффективности и результативности оказания медицинской помощи : моногр. / М.И. Гадаборшев, М.М. Левкевич, Н.В. Рудлицкая. – Москва : ИНФРА-М, 2013. – 423, [1] с. : ил., табл. – (Научная мысль. Экономика). – Из фондов ДВГНБ.
8. Галстян, Г.С. Совершенствование механизма государственно-частного партнёрства в сфере здравоохранения : моногр. – СПб. : Астерион, 2014. – 170 с. : ил. – Библиогр.: с. 138–153 (186 назв.) и в подстроч. примеч. – Из фондов ДВГНБ.
9. Дьяченко, В.Г. Управление качеством медицинской помощи : учеб. / В.Г. Дьяченко, Л.В. Солохина, С.В. Дьяченко. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2013. – 696 с.
10. Евстигнеев, С.В. Система внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в локальных нормативных актах областной многопрофильной больницы. – Пенза : Соколов А.Ю., 2014. – 387 с. – Из фондов ДВГНБ.