ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

2

ДЛЯ СТУДЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ
ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Игорь Алексеевич Наумов
Роберт Александрович Часнойть
Евгений Михайлович Тищенко
Виктор Андреевич Лискович

Общественное здоровье и здравоохранение. Часть 2

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=19021995
Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. В 2 ч. Ч. 2/ И.А. Наумов [и др.]; под ред. И.А. Наумова: Вышэйшая школа; Минск; 2013
ISBN 978-985-06-2300-3, 978-985-06-2299-0

Аннотация

На современном научном уровне изложен базовый объем знаний, представлены законодательные основы здравоохранения и оказания медицинской помощи, обоснована необходимость и целесообразность мероприятий, обеспечивающих здоровый образ жизни населения. Для студентов учреждений высшего медицинского образования.

Содержание

Список сокращений 6
Глава 1 9
1.1. Первичная медико-санитарная помощь 9
1.1.1. Организация оказания медицинской помощи 9
1.1.2. Первичная медико-санитарная помощь – первый этап непрерывного процесса охраны здоровья населения 15
1.1.3. Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях 19
1.1.3.1. Городская поликлиника 24
1.1.3.2. Детская поликлиника 55
Конец ознакомительного фрагмента. 65

Игорь Алексеевич Наумов, Евгений Михайлович Тищенко, Виктор Андреевич Лисковичъ, Роберт Александрович Часнойть Общественное здоровье и здравоохранение. Часть 2

Утверждено

Министерством образования Республики Беларусь в качестве учебника для студентов учреждений высшего образования по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия»

Под редакцией профессора И.А. Наумова

Авторы: *И. А. Наумов, Е.М. Тищенко, В.А. Лисковичъ, Р.А. Часнойтъ*

Рецензенты: кафедра общественного здоровья и здравоохранения УО «Витебский государственный ордена Дружбы

народов медицинский университет» (доктор медицинских наук, профессор *В.С. Глушанко);*

профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения ГУ «Белорусская медицинская академия последипломного образования» доктор медицинских наук *Э.А. Вальчук*

Список сокращений

АГ – артериальная гипертензия
АГС – акушерско-гинекологическая служба
АД – артериальное давление
АСУ – автоматизированная система управления
БД – база данных
БСК – болезни системы кровообращения
БСУ – больница сестринского ухода
ВВП – валовой внутренний продукт
ВКК – врачебная консультационная комиссия
ВН – временная нетрудоспособность
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВОП – врач общей практики
ВПР – врожденный порок развития
ВТЭ – врачебно-трудовая экспертиза
ДМС – добровольное медицинское страхование
ДС – детская смертность
ДТП – дорожно-транспортное происшествие
ДП – детская поликлиника
ЕврАзЭС – Евразийское экономическое сообщество
ЖК – женская консультация
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИП – интегральный показатель
ИППП – инфекция, передающаяся половым путем

ИПР – индивидуальная программа реабилитации

КМИС – комплексная медицинская информационная система

КМП – качество медицинской помощи

КСГ – клинико-статистическая группа

КСД – коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет

ЛКС – лечебно-контрольный совет

МКБ – Международная классификация болезней

МлС – младенческая смертность

МРЭК – медико-реабилитационная экспертная комиссия

МС – материнская смертность

МСС – медико-санитарный совет

МЭС – межведомственный экспертный совет

НС – неонатальная смертность

ОМС – обязательное медицинское страхование

ОЗ – организация здравоохранения

ООН – Организация Объединенных Наций

ПлС – планирование семьи

ПМП – первичная медицинская помощь

ПНС – поздняя неонатальная смертность

ПЦ – перинатальный центр

ПС – перинатальная смертность

РНПЦ – республиканский научно-практический центр

РНС – ранняя неонатальная смертность

СВА – сельская врачебная амбулатория

СВУ – сельский врачебный участок

СНГ – Содружество Независимых Государств
СНМП – скорая неотложная медицинская помощь
УДО – учреждение дошкольного образования
УЗ – учреждение здравоохранения
УЗИ – ультразвуковое исследование
УЗО – управление здравоохранения
УП – унитарное предприятие
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ФК – функциональный класс
ФСЗН – фонд социальной защиты населения
ЦГиЭ – центр гигиены и эпидемиологии
ЦРБ – центральная районная больница
ЧД – частота дыхания
ЧСС – частота сердечных сокращений
ЭГП – экстрагенитальная патология

Глава 1
Охрана здоровья населения

1.1. Первичная медико-санитарная помощь

1.1.1. Организация оказания медицинской помощи

Медицинская помощь – это комплекс медицинских услуг, направленных на сохранение, укрепление и восстановление здоровья пациента, включающий профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию и протезирование, осуществляемый медицинскими работниками.

Под ***медицинской услугой*** понимается медицинское вмешательство либо комплекс медицинских вмешательств, а также иные действия, выполняемые при оказании медицинской помощи.

В соответствии со ст. 1 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»:

профилактика – это основанный на личной заинтересо-

ванности пациента комплекс медицинских услуг, направленных на снижение вероятности возникновения заболеваний;

диагностика – это комплекс медицинских услуг, направленных на установление диагноза путем проведения обследования пациента;

лечение – это комплекс медицинских услуг, направленных на устранение заболевания у пациента;

медицинская реабилитация – это комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление нормальной жизнедеятельности организма пациента и компенсацию его функциональных возможностей, нарушенных в результате заболевания;

протезирование – это комплекс медицинских услуг, направленных на восстановление функций или эстетического вида органа (части тела) пациента с использованием искусственных или биологических материалов.

В целях профилактики заболеваний, непрерывности медицинского наблюдения и лечения граждане Республики Беларусь закрепляются за организацией здравоохранения (03) по месту жительства, а при наличии ведомственных ОЗ – также и по месту работы (службы, учебы).

Организация здравоохранения обеспечивает оказание пациентам медицинской помощи в соответствии со своими лечебно-диагностическими возможностями, а также в случае необходимости направляет пациентов для получения медицинской помощи в другие ОЗ в порядке, определяемом Ми-

нистерством здравоохранения Республики Беларусь.

Права граждан на получение медицинской помощи обеспечиваются широкой сетью ОЗ.

Виды медицинской помощи, оказываемые в ОЗ, следующие:

- первичная медицинская помощь (ПМП);
- специализированная медицинская помощь.

Первичная медицинская помощь – основной вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента наиболее распространенных заболеваний, в том числе травм, отравлений и других неотложных состояний, включающий также проведение иных мероприятий, направленных на улучшение качества жизни пациента.

Специализированная медицинская помощь – вид оказания медицинской помощи при наличии у пациента заболеваний, требующих применения специальных методов оказания медицинской помощи, а при необходимости – сложных, высокотехнологичных или уникальных методов оказания медицинской помощи, основанных на современных достижениях медицинской науки и техники.

Пациентам в зависимости от состояния их здоровья, медицинских показаний и противопоказаний, а также лечебно-диагностических возможностей ОЗ медицинская помощь оказывается в следующих формах:

- скорая неотложная медицинская помощь (СНМП);
- плановая медицинская помощь.

Скорая неотложная медицинская помощь – форма оказания медицинской помощи при внезапном возникновении у пациента заболеваний, в том числе травм, отравлений и других неотложных состояний, а также внезапном ухудшении состояния здоровья пациента с хроническими заболеваниями, угрожающими его жизни, при которых требуется срочное (неотложное) медицинское вмешательство.

Плановая медицинская помощь – форма оказания медицинской помощи при заболеваниях, не требующих срочного (неотложного) медицинского вмешательства и не представляющих непосредственной угрозы для жизни пациента или окружающих.

Медицинская помощь оказывается пациенту в амбулаторных или стационарных условиях.

Медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в случае, если пациенту не требуется постоянное круглосуточное медицинское наблюдение. *Медицинская помощь в стационарных условиях* оказывается в случае, если пациенту требуются постоянное круглосуточное медицинское наблюдение и интенсивное лечение.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в государственной ОЗ несовершеннолетнему пациенту в возрасте до пяти лет одному из родителей или лицу, фактически осуществляющему уход за ним, предоставляется возможность находиться с ним в этой ОЗ.

При оказании медицинской помощи в стационарных

условиях в государственной ОЗ несовершеннолетнему пациенту в возрасте от пяти до четырнадцати лет и детям-инвалидам в возрасте от пяти до восемнадцати лет, нуждающимся по заключению врача в дополнительном уходе, одному из родителей или лицу, фактически осуществляющему уход за ним, предоставляется возможность находиться с ним в этой ОЗ.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в государственных ОЗ несовершеннолетнему пациенту в возрасте до трех лет один из родителей или лицо, фактически осуществляющее уход за ним, обеспечиваются условиями для дополнительного ухода за ним и питанием за счет средств республиканского и (или) местных бюджетов.

При оказании медицинской помощи в стационарных условиях в государственных ОЗ несовершеннолетнему пациенту в возрасте от трех до пяти лет один из родителей или лицо, фактически осуществляющее уход за ним, обеспечиваются условиями для дополнительного ухода за ним.

Медицинская помощь пациентам осуществляется на основании клинических протоколов или методов оказания медицинской помощи, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В исключительных случаях, установленных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, в интересах пациента допускается применение научно обоснованных, но еще не утвержденных к применению в установленном законодательством Республи-

ки Беларусь порядке методов оказания медицинской помощи. Решение об их применении принимается с письменного согласия пациента, а в отношении:

• несовершеннолетних – с письменного согласия одного из родителей, усыновителей, опекунов, попечителей как законных представителей пациента;

• лиц, признанных в установленном порядке недееспособными, – с письменного согласия их опекунов;

• лиц, не способных по состоянию здоровья к принятию осознанного решения, – с письменного согласия супруга (супруги) или одного из близких родственников (родителей, совершеннолетних детей, родных братьев (сестер), внуков, дедушки (бабушки)).

При отсутствии указанных лиц или невозможности в обоснованно короткий срок (исходя из состояния здоровья пациента) установить их местонахождение решение о применении научно обоснованных, но еще не утвержденных к применению в установленном законодательством Республики Беларусь порядке, методов оказания медицинской помощи принимается врачебным консилиумом.

Организации здравоохранения обеспечивают оказание пациентам медицинской помощи в соответствии со своими лечебно-диагностическими возможностями, а также в случае необходимости направляют их для получения медицинской помощи в другие ОЗ в порядке, определяемом Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

В целях своевременного оказания медицинской помощи граждане Республики Беларусь закрепляются за государственными ОЗ по их месту жительства (месту пребывания). Граждане Республики Беларусь также имеют право на получение медицинской помощи в государственных ОЗ вне их места жительства (места пребывания) в соответствии с порядком, определяемым Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Граждане Республики Беларусь в случае отсутствия возможности оказания им необходимой медицинской помощи в Республике Беларусь направляются для получения такой помощи за пределы Республики Беларусь в порядке, установленном Советом Министров Республики Беларусь.

Медицинская помощь гражданам Республики Беларусь может быть также оказана анонимно в порядке и на условиях, определяемых Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

1.1.2. Первичная медико-санитарная помощь – первый этап непрерывного процесса охраны здоровья населения

В настоящее время в Законе Республики Беларусь «О здравоохранении» отсутствует понятие «первичная медико-санитарная помощь» (ПМСП). Однако Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает ПМСП как

существенную часть медико-санитарного обслуживания, которая основана на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологии, ставших повсеместно доступными как отдельным лицам, так и семьям на местах, благодаря их полному участию в этой работе при затратах, оправданных как для общины, так и страны в целом на каждом этапе развития, для обеспечения их самоопределения и самостоятельности в решении этих вопросов.

По мнению экспертов ВОЗ, ПМСП составляет неотъемлемую часть национальной системы здравоохранения, ядром которого она является, и одновременно выступает как главный компонент общего социального и экономического развития общества. ПМСП является первой ступенью в контакте между отдельными людьми, семьей, общиной и национальной системой здравоохранения, максимально приближающая медицинскую помощь к месту жительства и работы и образующая первый элемент непрерывного процесса охраны здоровья.

Значение ПМСП для населения определяется ее высокой доступностью, возможностью получения квалифицированного обследования и лечения без госпитализации, а зачастую и без освобождения от работы или учебы. Для государства при оказании ПМСП большое значение имеет снижение финансовых затрат на дорогостоящее стационарное лечение, а также возможность увеличения доли внебюджетного финансирования за счет развития платных услуг и договоров с ор-

ганизациями и предприятиями.

Выделяют следующие *аспекты целесообразности создания и развития ПМСП*:

• общеэкономический, который связан со снижением заболеваемости, инвалидности и смертности;

• снижение доли затрат на дорогое стационарное лечение;

• увеличение доли внебюджетного финансирования за счет развития платных услуг и договоров с предприятиями.

Принципы оказания ПМСП следующие:

• доступность медицинских и социальных услуг;

• комплексность обследования больных;

• согласованность в работе с другими службами и ведомствами;

• непрерывность наблюдения пациентов в разных ОЗ;

• ориентация деятельности на оказание медицинской, социальной и психологической помощи.

Задачами ПМСП являются:

• обеспечение доступности ПМСП для всех групп населения, проживающих в любых регионах;

• полное и равноценное удовлетворение потребности населения в квалифицированной врачебной помощи;

• переориентация деятельности учреждений ПМСП с индивидуально-лечебной направленности на медико-социальную профилактику;

• повышение интенсификации и эффективности деятельности ОЗ;

• совершенствование управления ПМСП;

• улучшение качества ПМСП;

• совершенствование оплаты труда работников ПМСП.

Функции ПМСП следующие:

• лечение наиболее распространенных болезней, травм, отравления и других неотложных состояний;

• родовспоможение;

• проведение санитарно-гигиенических и противоэпиди-мических мероприятий;

• медицинская профилактика заболеваний;

• гигиеническое обучение населения;

• проведение мер по планированию семьи, охране материнства, отцовства и детства.

Условиями полноценного функционирования ПМСП являются:

• приоритетное выделение кадровых, материальных и финансовых ресурсов на ПМСП (ВОЗ рекомендует не менее 40 % бюджета здравоохранения);

• внедрение и разработка специальной системы подготовки врачей, средних медицинских и социальных работников для учреждений ПМСП;

• обеспечение эффективных мер, способствующих престижу службы и отдельных ее работников, а также укрепления доверия к ПМСП среди широких слоев населения;

• активное вовлечение отдельных лиц, групп населения в деятельность ПМСП.

В городах ПМСП оказывается территориальными поликлиниками и ДП, врачебными амбулаториями, медико-санитарными частями, ЖК, врачебными и фельдшерскими здравпунктами. В сельской местности первым звеном в системе этой помощи являются учреждения сельского врачебного участка: фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), амбулатория врача общей практики (ВОП), участковая больница, врачебная амбулатория. Для жителей районного центра основным учреждением, оказывающим ПСМП, является поликлиника центральной районной больницы (ЦРБ).

1.1.3. Оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях

Медицинская помощь в амбулаторных условиях оказывается в случае, если пациенту не требуется постоянное круглосуточное медицинское наблюдение.

Медицинская помощь в амбулаторных условиях – это основное звено ПМП. Она имеет приоритетное значение в медицинской помощи населения как наиболее массовый и доступный ее вид.

Оказание медицинской помощи амбулаторных условиях основывается на следующих принципах: массовость; профилактическая направленность; территориальная участковость; доступность; универсальность; экономичность; этапность; преемственность.

В условиях амбулаторно-поликлинических ОЗ комплексно решаются проблемы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации социально значимых групп заболеваний:

• заболевания, которые являются основными причинами смертности населения;

• заболевания, приводящие к различным ограничениям жизнедеятельности, включая инвалидность;

• заболевания, вызывающие кратковременные расстройства здоровья, но ввиду массовости поражения, наносящие значительный экономический ущерб.

В настоящее время до 80 % пациентов, обратившихся за медицинской помощью, начинают и заканчивают свое лечение в амбулаторных условиях. При этом затраты на оказание такой помощи (при всей ее масштабности) в несколько раз уступают затратам на оказание медицинской помощи в стационарных условиях.

Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28.09.2005 г. № 35 утверждена следующая *номенклатура амбулаторно-поликлинических организаций* : амбулатория; поликлиника; диспансер; центр; медико-реабилитационная экспертная комиссия; военно-врачебная комиссия; медико-санитарная часть.

В настоящее время в Республике Беларусь проводится активная работа по реформированию системы здравоохранения. Одним из направлений является реструктуризация ме-

дицинской помощи, которая направлена на смещение приоритетов в сторону ПМП.

Усиление амбулаторно-поликлинического звена происходит за счет внедрения новых технологий, применявшихся ранее только в стационарах, развития перспективных догоспитальных форм медицинской помощи – отделений дневного пребывания и стационаров на дому, а также перераспределения ресурсов и функций между амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью в пользу первой.

Медицинская помощь в амбулаторных условиях в настоящее время оказывается в разных типах ОЗ (табл. 1.1).

Таблица 1.1.

Организации здравоохранения, оказывавшие медицинскую помощь в амбулаторных условиях (1990–2011 гг.)

Показатель	1990	2000	2008	2009	2011
1	2	3	4	5	6
Число поликлинических отделений больниц и роддомов, в том числе:	767	688	450	430	436
а) в городских поселениях;	321	300	243	229	235
б) в сельской местности	446	388	207	201	201
Число самостоятельных поликлиник и амбулаторий, в том числе:	435	572	796	608	810
а) в городских поселениях;	116	154	173	187	187
б) в сельской местности	319	418	623	621	623
Число врачебных здравпунктов	33	42	40	42	37
Число стоматологических поликлиник	64	78	67	66	67
Число противотуберкулезных диспансеров	28	30	25	24	24
Число онкологических диспансеров	11	11	11	11	11
Число кожно-венерологических диспансеров	34	34	21	21	21
Число психоневрологических диспансеров	12	15	14	14	12
Число эндокринологических диспансеров	5	5	5	5	5
Число наркологических диспансеров	17	10	10	11	10
Число кардиологических диспансеров	6	5	5	5	5
Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций (включая поликлинические отделения больниц и диспансеров), в том числе:	1433	1492	1444	1437	1438
а) в городских поселениях;	668	686	614	615	614
б) в сельской местности	765	806	830	822	824
Число детских поликлиник (отделений, кабинетов)	381	357	409	427	398

В 2011 г. из числа амбулаторно-поликлинических ОЗ медицинская помощь населению оказывалась в 810 самостоятельных поликлиниках и амбулаториях, большинство из ко-

торых функционировали в сельской местности (табл. 1.2).

В 2011 г. каждый житель посетил врачей амбулаторно-поликлинических ОЗ в среднем 13,4 раза. Структура посещения была следующей: 7,8 % приходится на посещения пациентов на дому, 26,3 % составили первичные посещения, 41,9 % – повторные и 24,0 % – профилактические посещения.

Основными задачами по совершенствованию оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях являются:

• повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения;

• приоритетное развитие ПМП, обеспечение роста численности врачебных амбулаторий, в том числе общей врачебной практики, увеличение объема мероприятий по профилактике заболеваний;

• развитие стационарзамещающих форм медицинской помощи.

Реализация этих мероприятий позволит:

• значительно повысить качество, эффективность и доступность медицинской помощи (профилактики и диагностики заболеваний, лечебных и реабилитационных мероприятий), а также снизить потребность в стационарной медицинской помощи и более рационально использовать коечный фонд;

• более рационально распределять ресурсы здравоохранения на основе реорганизации ПМП и внедрения ресурсосбе-

регающих технологий.

Таблица 1.2.

Организации, оказывающие врачебную амбулаторно-поликлиническую помощь

Наименование области	Число амбулаторно-поликлинических организаций в городских поселениях и сельской местности			В том числе в городских поселениях											
				все организации			из них поликлинические отделения								
							областных больниц (без детских областных)			городских больниц			районных больниц		
	2008	2009	2011	2008	2009	2011	2008	2009	2011	2008	2009	2011	2008	2009	2011
г. Минск	104	108	105	104	108	105	–	–	–	3	1	1	–	–	–
Брестская	248	247	248	85	86	85	1	1	1	10	10	10	14	14	14
Витебская	220	212	212	92	91	92	–	–	–	12	1	2	26	26	26
Гомельская	234	232	235	114	112	111	1	1	1	8	8	8	21	21	20
Гродненская	163	162	160	47	45	48	1	1	1	11	11	12	16	16	16
Минская	288	288	287	92	93	92	1	1	1	15	15	15	33	32	32
Могилевская	187	188	191	80	80	81	1	1	1	3	2	2	19	19	19
Республика Беларусь	1444	1437	1438	614	615	614	5	5	5	62	48	50	129	128	127

1.1.3.1. Городская поликлиника

Поликлиника – это многопрофильная ОЗ, в которой оказывается медицинская помощь пациентам, обратившимся на прием к врачам-специалистам и на дому.

Основной целью деятельности поликлиники является сохранение и укрепление здоровья прикрепленного населения, удовлетворение его потребностей в квалифицированной и специализированной медицинской помощи.

Штатные должности поликлиники для обслуживания взрослого населения определяются его численностью в зоне обслуживания.

Примерная структура поликлиники для обслуживания взрослого населения следующая:

• администрация (главный врач; заместители главного врача: по медицинской части, по экспертизе и реабилитации, по административно-хозяйственной части; главная медицинская сестра; начальник планово-экономического отдела; главный бухгалтер; начальник отдела кадров);

• регистратура;

• отделение профилактики (кабинет доврачебного приема; смотровые кабинеты (женский и мужской); анамнестический кабинет; кабинет формирования здорового образа жизни; прививочный кабинет);

• лечебно-профилактические отделения: терапевтические отделения (участковые врачи-терапевты); хирургическое отделение с урологическим кабинетом; ЖК; отделение реабилитации (кабинеты восстановительного лечения; кабинеты психотерапии и психологии; кабинеты трудотерапии; кабинеты механотерапии; кабинеты врачебного контроля за занимающимися физической культурой; диспансерные кабинеты; физиотерапевтические кабинеты); отделение дневного пребывания; специализированные отделения (кабинеты врачей-специалистов, офтальмологическое, оториноларингологическое, неврологическое, эндокринологическое и др.);

• вспомогательно-диагностические подразделения (отделение лучевой диагностики (включает рентгенологические кабинеты и кабинеты ультразвуковой диагностики);

клинико-диагностическая лаборатория; отделение (кабинет) функциональной диагностики; эндоскопическое отделение (кабинет);

• процедурный кабинет;

• отделение медицинской статистики (организационно-методический кабинет);

• кабинет поликлинической группы государственного регистра лиц, пострадавших от воздействия катастрофы на Чернобыльской АЭС;

• административно-хозяйственная часть.

Руководство поликлиникой осуществляет главный врач, назначаемый и увольняемый в установленном порядке вышестоящим органом управления здравоохранения по согласованию с местным исполнительным комитетом.

В настоящее время на главного врача центральной поликлиники, кроме непосредственного руководства деятельностью данной ОЗ, возложена головная функция по руководству всеми иными ОЗ областных центров и одноименных районов.

Центральная поликлиника образует филиалы из числа учреждений, оказывающих ПМП и специализированную медицинскую помощь и обслуживающих не менее 15 тыс. населения (поликлиники для обслуживания взрослого населения, детские поликлиники (ДП), стоматологические поликлиники, станция скорой медицинской помощи, участковые больницы и врачебные амбулатории), учреждения, обслужи-

вающие менее 15 тыс. человек, являются структурными подразделениями центральной поликлиники или ее филиалов (рис. 1.1).

Функциями поликлиники для обслуживания взрослого населения являются:

• оказание первой и неотложной медицинской помощи;

• своевременное и квалифицированное оказание врачебной помощи населению как на амбулаторном приеме в поликлинике, так и на дому;

• своевременная госпитализация лиц, нуждающихся в стационарном лечении;

• медицинская реабилитация лиц, имеющих стойкую утрату трудоспособности;

• все виды профилактических осмотров (предварительные при поступлении на работу, периодические, целевые и др.);

• диспансеризация населения, в том числе отбор лиц (здоровых и заболевших), подлежащих динамическому наблюдению за состоянием их здоровья;

• противоэпидемические мероприятия (совместно с зональным центром гигиены и эпидемиологии (ЦГиЭ));

• экспертиза временной нетрудоспособности (ВН);

• оформление направлений на медико-реабилитационную экспертную комиссию (МРЭК) лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;

Рис. 1.1. Структура центральной поликлиники

• отбор и учет нуждающихся в санаторно-курортном лечении;

• гигиеническое воспитание обслуживаемого населения, пропаганда здорового образа жизни;

• учет деятельности персонала и подразделений поликлиники и составление отчетов по формам, утвержденным Министерством статистики и анализа Республики Беларусь и Министерством здравоохранения Республики Беларусь;

• создание условий для постоянного повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Работа поликлиники для обслуживания взрослого населе-

ния организуется в соответствии с ее Уставом. Объем работы каждого отдельного сотрудника поликлиники определяется его должностной инструкцией, которая периодически пересматривается, а также планом работы на год того подразделения, в котором он работает.

Характеристика района деятельности поликлиники производится по следующим показателям:

• численность и состав населения, обслуживаемого поликлиникой, изучается по данным переписи населения, проживающего в районе обслуживания, которая проводится персоналом поликлиники 2 раза в год (по спискам ЖЭСов).

Среднегодовая численность населения рассчитывается как полусумма численности населения на начало отчетного и на начало следующего календарного года. Полученные данные сравниваются в динамике за ряд лет, что позволяет выявить тенденцию изменения объема работы поликлиники и дать прогноз на ближайший период.

Состав обслуживаемого населения анализируется:

♦ по возрасту;

♦ полу (мужчины, женщины, в том числе женщины фертильного возраста);

♦ занятости (работающие, трудоспособные, пенсионеры);

♦ территории (городское, сельское, приписное);

♦ по группам специального учета (инвалиды Великой Отечественной войны; лица, пострадавшие от катастрофы на Чернобыльской АЭС; пр.);

• количество территориальных участков;

• средняя численность населения на одном участке рассчитывается следующим образом:

$$\frac{\text{Среднегодовая численность обслуживаемого населения}}{\text{Число территориальных участков}}.$$

Полученные результаты сравниваются с нормативами, анализируются в динамике. Проводится сравнительный анализ численности населения по территориальным участкам. Результаты анализа с учетом информации о половозрастном составе населения на территориальных участках, а также их отдаленности от поликлиники следует учитывать при планировании численности населения на каждом участке и при выделении автотранспорта для нужд поликлиники.

Измерителем *мощности поликлиник* является число посещений в смену (более 1200 посещений – I категория, менее 250 посещений – V категория).

Укомплектованность кадрами (врачами, средним медицинским персоналом) поликлиники оценивается следующим образом:

$$\frac{\text{Число занятых врачебных должностей (среднего медицинского персонала)}}{\text{Число штатных врачебных должностей (среднего медицинского персонала)}} \cdot 100.$$

Кадры характеризуются по возрасту, полу, стажу работы, наличию аттестационных категорий, числу работающих пенсионеров, числу инвалидов.

Управление сложным потоком пациентов в поликлинике, хранение и выдачу медицинской информации о пациентах в виде «Медицинских карт амбулаторного больного» или полученной в результате автоматизированного учета обеспечивает регистратура.

Основными задачами регистратуры являются:

• обеспечение предварительной и неотложной записи пациентов на прием к врачу как при их непосредственном обращении в поликлинику, так и по телефону (интернет);

• обеспечение четкого регулирования интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки врачей и распределения его по видам оказываемой помощи;

• обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки поликлиники.

В составе регистратуры имеются стол справок, рабочие места для приема и регистрации вызовов врача на дом, помещение для хранения и подбора медицинских карт амбулаторных больных, помещение для оформления медицинских документов и медицинский архив.

Прием пациентов может осуществляться по талонам, в порядке очереди или по предварительной записи. Чаще используется комбинация из нескольких способов. При пред-

варительной записи на прием к врачам на каждый день выделяется 25 % от всех талонов. Пациент, заказавший талон по предварительной записи, должен явиться в поликлинику и забрать талон не позднее, чем за 20 мин до начала указанного времени. Невостребованные талоны выдаются пациентам, обратившимся в регистратуру.

Если в поликлинику обращается пациент в остром состоянии, а в регистратуре талоны на прием уже отсутствуют, он направляется в кабинет доврачебного приема, где ведет прием помощник врача (фельдшер), который осматривает пациента и оказывает доврачебную помощь. Далее, в зависимости от сложности случая, помощник врача (фельдшер) принимает одно из следующих решений:

- направляет пациента без очереди на прием к врачу;
- вызывает в кабинет доврачебного приема врача-специалиста;
- выписывает направления на лабораторные и инструментальные исследования;
- выдает необходимые справки.

Основной врачебной должностью поликлиники является должность участкового врача-терапевта.

Работа участкового врача-терапевта осуществляется по графику, в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема пациентов и помощи на дому, а также выделяется время для осуществления профилактических мероприятий и иных видов работ.

Участковый врач-терапевт обеспечивает:

• своевременную квалифицированную терапевтическую помощь населению участка в поликлинике и на дому;

• динамическое наблюдение и активное лечение пациентов до их выздоровления, ремиссии или госпитализации;

• неотложную медицинскую помощь пациентам, независимо от их места жительства, в случае их непосредственного обращения при возникновении острых состояний, травм, отравлений;

• своевременную госпитализацию пациентов, страдающих разными видами терапевтической патологии, с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации и проведение при необходимости их дальнейшего амбулаторного лечения после выписки из стационара;

• изучение состояния здоровья обслуживаемого населения, выявление лиц с «риском» развития заболеваний и осуществление необходимых оздоровительных мероприятий;

• консультацию пациентов в необходимых случаях заведующим терапевтическим отделением, врачами других специальностей поликлиники и других ОЗ;

• использование в работе современных методов профилактики, диагностики и лечения пациентов, в том числе комплексной терапии (медикаментозные средства, диетотерапия, лечебная физкультура и др.);

• организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка в соответ-

ствии с установленным перечнем нозологических форм;

• анализ эффективности и качества диспансеризации;

• содействие в решении медико-социальных проблем пациентов;

• выдачу заключений пациентам обслуживаемого участка, проходящим медицинские осмотры и отъезжающим за рубеж;

• организацию и проведение профилактических прививок и дегельминтизации населения участка;

• раннее выявление, диагностику и лечение инфекционных заболеваний, немедленное оповещение заведующего терапевтическим отделением (а при его отсутствии – администрации поликлиники) и врача кабинета инфекционных заболеваний обо всех случаях массовых инфекционных заболеваний или выявлении лиц с подозрением на их наличие, случаев пищевых и профессиональных отравлений, а также своевременное направление в соответствующий ЦГиЭ экстренных извещений;

• проведение противоэпидемических мероприятий (совместно с ЦГиЭ): плановую и экстренную иммунопрофилактику, выявление пациентов с наличием инфекционной патологии, динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с инфицированными пациентами, и за реконвалесцентами;

• экспертизу ВН;

• направление в МРЭК лиц с признаками стойкого огра-

ничения жизнедеятельности;

• активное и систематическое проведение работы по гигиеническому воспитанию населения и формированию здорового образа жизни;

• проведение анализа состояния здоровья населения, объема и качества выполняемой работы в установленном порядке;

• оформление и ведение учетной и отчетной документации.

Деятельность участковых врачей-терапевтов оценивается по выполнению плана посещений, структуре и динамике числа посещений.

Динамика посещений поликлиники рассчитывается следующим образом:

$$\frac{\text{Число посещений поликлиники за данный год}}{\text{Число посещений поликлиники за предыдущий год}} \cdot 100.$$

При расчете этого показателя число посещений за предыдущий год принимается за 100 %, поэтому рассчитанный показатель характеризует темп роста. Разница полученного показателя от 100 будет указывать, на сколько процентов увеличился или снизился объем посещений поликлиники в данном году (темп прироста).

Динамику посещений за несколько лет можно анализировать и по показателям наглядности. При этом исходный уро-

вень принимается за 100 %, а остальные уровни рассчитываются в процентах по отношению к исходному.

Рост числа посещений в динамике может быть связан со следующими факторами:

• ростом численности населения и доли лиц пожилого возраста;

• увеличением числа штатных и занятых должностей;

• увеличением числа посещений врачей (в связи с ростом заболеваемости);

• повышением интенсивности труда медицинского персонала.

Снижение числа посещений может быть обусловлено уменьшением численности населения, снижением уровня заболеваемости гриппом и ОРВИ, уменьшением числа травм, неукомплектованностью штатных должностей врачей и др.

Для выяснения причин изменений этого показателя анализ проводится путем расчета следующих показателей: *среднего числа посещений на одного жителя и среднего числа посещений на одну должность (нагрузка на одну врачебную должность за год, мес., ч):*

$$\frac{\text{Число посещений к врачам, сделанных жителями района обслуживания}}{\text{Среднегодовая численность населения, проживающего в районе обслуживания}},$$

Сопоставление динамики посещений с динамикой сред-

него числа посещений на одного жителя может выявить ситуацию, когда абсолютное число посещений растет, а среднее число посещений на одного жителя не меняется или даже снижается.

Характеризуя объем работы поликлиники по числу посещений и динамику этого показателя, можно провести анализ данных по месяцам года, дням недели, что позволит получить дополнительную информацию для правильной организации приема больных по сезонам года, дням недели.

Обязательной является оценка выполнения плана посещений:

$$\frac{\text{Число фактических посещений поликлиники за год}}{\text{Число запланированных посещений поликлиники в данном году}} \cdot 100.$$

Важным показателем является *распределение посещений поликлиники по виду обращения*:

а) $$\frac{\text{Число посещений поликлиники по поводу заболевания}}{\text{Общее число посещений поликлиники}} \cdot 100;$$

б) $$\frac{\text{Число посещений поликлиники с профилактической целью}}{\text{Общее число посещений поликлиники}} \cdot 100.$$

Анализ данного показателя следует проводить по поликлинике в целом и по отдельным специальностям врачей в сопоставлении с нагрузкой, с составом обслуживаемого на-

селения. Этот показатель позволяет оценить эффективность проведенной профилактической работы.

При учете посещений по ф. ОЗ9/у к посещениям по поводу заболевания относятся обращения:

- при наличии острого или хронического заболевания;
- для оформления направлений на МРЭК;
- в период ремиссии для назначения противорецидивного лечения;
- пациентов, выписанных из стационара;
- диспансерных контингентов пациентов;
- с целью получения направлений на санаторно-курортное лечение;
- к врачам-специалистам с целью уточнения диагноза;
- с целью получения направлений на консультации в другие организации;
- для получения свидетельства о смерти;
- для получения справок и выписок из амбулаторных карт.

К профилактическим посещениям относятся обращения:

- по поводу профилактических осмотров;
- по поводу профилактических прививок.

При использовании «Ведомости» (ф. 1) цель посещения по поводу заболевания определяется в следующих случаях:

- обращения пациентов по поводу острого или хронического заболевания;
- консультации (случаи обслуживания пациентов, выполненные по направлению лечащего врача к врачам других

специальностей по поводу уточнения диагноза, обследования, лечения или коррекции тактики ведения пациента);

• диспансерное наблюдение (случаи динамического наблюдения за пациентами, страдающими хроническими или отдельными острыми заболеваниями);

• выявление заболеваний при проведении профилактических медицинских осмотров;

• прочие посещения пациентами (случаи обращения по поводу получения справок на санаторно-курортное лечение, направление на консультацию в другую ОЗ, справок и выписок из амбулаторной карты, оформления свидетельств о смерти и пр.).

К профилактическим посещениям при анализе по ф. 1 относятся:

• профилактические медицинские осмотры здоровых лиц (случаи обращения по поводу предварительных, периодических осмотров определенных контингентов в соответствии с действующими приказами и инструктивными письмами);

• прочие посещения здоровыми лицами (случаи обращения по поводу профилактических прививок, для получения ответов на запросы и т. д.).

Структура посещений к врачам по специальностям рассчитывается следующим образом:

$$\frac{\text{Число посещений к врачам данной специальности}}{\text{Общее число посещений}} \cdot 100.$$

Данный показатель относится к группе экстенсивных показателей и не анализируется в динамике.

Анализ посещений к врачам разных специальностей в динамике по показателям структуры может привести к ошибочным выводам. Изменение удельного веса по одной специальности в динамике не свидетельствует об изменении объема работы врача. Структура посещений зависит от набора специалистов, их занятости в течение года, укомплектованности врачебных ставок и пр.

При выборочном анализе структуры посещений к отдельным специалистам можно рассмотреть характер профилактических посещений, обоснованность повторных посещений по поводу заболеваний, сопоставить соотношение профилактических посещений и посещений по поводу заболеваний с нагрузкой врачей.

Основными показателями, характеризующими организацию и интенсивность труда врачей, являются *показатели нагрузки врачей.* Они рассчитываются как среднечасовая, среднесуточная и среднемесячная нагрузка для каждого врача. Эти показатели рассчитываются как при анализе работы врачей по приему пациентов в поликлинике, так и по обслуживанию визитов на дому:

• среднечасовая нагрузка врача на приеме в поликлинике:

$$\frac{\text{Число посещений к врачу в поликлинику за день}}{\text{Число фактически отработанных по графику часов на приеме в поликлинике за день}};$$

• среднесуточная нагрузка врача на приеме в поликлинике:

$$\frac{\text{Число посещений к врачу в поликлинику за месяц (год)}}{\text{Число фактически отработанных по графику дней на приеме за месяц (год)}};$$

• среднемесячная нагрузка врача на приеме в поликлинике:

$$\frac{\text{Число посещений к врачу в поликлинику за год}}{\text{Число фактически отработанных по графику месяцев на приеме за год}};$$

• среднечасовая нагрузка врача по обслуживанию визитов на дому:

$$\frac{\text{Число визитов на дому, обслуженных врачом за день}}{\text{Число фактически отработанных по графику часов по обслуживанию на дому за день}};$$

• среднесуточная нагрузка врача по обслуживанию визитов на дому:

$$\frac{\text{Число визитов на дому, обслуженных врачом за месяц (год)}}{\text{Число фактически отработанных по графику дней по обслуживанию на дому за месяц (год)}};$$

• среднемесячная нагрузка врача по обслуживанию визитов на дому:

$$\frac{\text{Число визитов на дому, обслуженных врачом за год}}{\text{Число фактически отработанных по графику месяцев по обслуживанию визитов на дому за год}}.$$

Показатели нагрузки анализируются по месяцам года (сезонность), дням недели, что позволяет выявить ритмичность нагрузки и планировать графики отпусков.

Полученные данные сравниваются с нормативными величинами, на основании чего устанавливается оптимальный график работы врача по приему в поликлинике и по обслуживанию визитов на дому Проводится также сравнительный анализ работы отдельных врачей, что позволяет судить об объеме выполняемой работы и интенсивности его труда.

Показатели нагрузки зависят от многих факторов:

- численности населения на участке;
- половозрастного состава населения;
- объема профилактической работы;
- уровня заболеваемости населения;

• состояния диспансерной работы;

• соотношения первичных и повторных посещении;

• квалификации врача и среднего медицинского персонала;

• удельного веса пациентов, находящихся в тяжелом состоянии;

• уровня госпитализации.

Результаты профилактических осмотров оцениваются по следующим показателям:

• полнота охвата периодическими осмотрами:

$$\frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число лиц, подлежащих осмотру}} \cdot 100.$$

Этот показатель определяется по отдельным группам (инвалидам и участникам Великой Отечественной войны, лицам, внесенным в Государственный регистр и пр.);

• охват населения целевыми осмотрами на выявление отдельных заболеваний:

$$\frac{\text{Число обследованных с целью выявления заболевания}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100;$$

• патологическая пораженность (в случаях):

$$\frac{\text{Число всех выявленных на профилактическом осмотре заболеваний и пограничных состояний}}{\text{Число осмотренных}} \cdot 100;$$

• моментная пораженность (в случаях):

$$\frac{\text{Число впервые выявленных при профилактическом осмотре заболеваний и пограничных состояний}}{\text{Число осмотренных}} \cdot 100.$$

Два последних показателя рекомендуется рассчитывать как для всех заболеваний, так и для отдельных нозологических форм. Кроме расчета данных показателей в случаях, можно провести их расчет в числе пациентов:

• патологическая пораженность (в числе пациентов):

$$\frac{\text{Число пациентов, у которых на профилактическом осмотре выявлены заболевания и пограничные состояния}}{\text{Число осмотренных}} \cdot 1000;$$

• моментная пораженность (в лицах):

$$\frac{\text{Число пациентов, у которых на профилактическом осмотре впервые выявлены заболевания и пограничные состояния}}{\text{Число осмотренных}} \cdot 1000;$$

• частота выявления пациентов с запущенными формами заболеваний (злокачественного новообразования, туберкулеза и т. д.):

$$\frac{\text{Число пациентов с запущенными случаями онкозаболеваний}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \cdot 100.$$

Для оценки профилактической работы важной является *полнота охвата населения рентгенофлюорографическими обследованиями*:

$$\frac{\text{Число лиц, обследованных с целью выявления больных туберкулезом (рентгенофлюорографически)}}{\text{Число лиц, подлежащих обследованию}} \cdot 100.$$

Оценивается также степень охвата обследованием на туберкулез угрожаемых контингентов, удельный вес пациентов, не обследованных два и более года и др.

Важен в оценке профилактической работы *показатель состояния иммунизации населения*:

$$\frac{\text{Число пациентов, которым сделана прививка по достижении определенного возраста}}{\text{Численность населения данного возраста}} \cdot 100.$$

При анализе работы *по онкопрофилактике* среди закрепленного населения рассчитываются следующие показатели:

• удельный вес пациентов, у которых впервые выявлены злокачественные новообразования;

• распределение пациентов со злокачественными новообразованиями по полу, возрасту, локализации;

• показатель заболеваемости на 100 000 населения;

• удельный вес онкозаболеваний, выявленных при профилактических осмотрах;

• частота выявления онкозаболеваний в запущенных формах (4-й стадии).

Особо анализируются причины позднего выявления онкозаболеваний в запущенных формах и др.

В этом разделе работы также анализируются показатели, характеризующие эффективность мероприятий по раннему выявлению и динамическому наблюдению за лицами с артериальной гипертензией (АГ), активному наблюдению за определенными контингентами населения (инвалиды и участники Великой Отечественной войны, пострадавшие от катастрофы на Чернобыльской АЭС).

Важное место в медицинском обслуживании населения занимает помощь на дому. Для анализа этой работы используется показатель *объема врачебной помощи на дому* :

$$\frac{\text{Число визитов, обслуженных врачами-терапевтами на дому}}{\text{Число посещений пациентами врачей-терапевтов в поликлинике} + \text{число визитов, обслуженных врачами-терапевтами на дому}} \cdot 100.$$

Величина этого показателя зависит от ряда факторов:

- возрастного состава населения;
- доли профилактических посещений;
- территориальной компактности участков и удаленности их от поликлиники;
- состояния статистического учета и отчетности;
- *активности медицинской помощи на дому* , которая рассчитывается следующим образом:

$$\frac{\text{Число визитов на дому, обслуженных врачами активно}}{\text{Число всех визитов, обслуженных врачами на дому}} \cdot 100.$$

Этот показатель зависит от соотношения первичных и повторных посещений к пациенту, сезонности, возможности госпитализации, соотношения острых и хронических заболеваний и т. д.

Важной функцией участковых врачей-терапевтов, а также иных врачей-специалистов поликлиники является *диспансеризация.*

Преемственность в работе между поликлиникой и больницей анализируется по следующим направлениям:

• организация учета пациентов, нуждающихся в плановой госпитализации;

• полнота обследования пациентов, поступивших на лечение в стационарных условиях в плановом порядке;

• сроки ожидания для плановой госпитализации;

• процентная доля отказов в госпитализации;

• показатель госпитализации по профилю коек;

• выполнение врачами поликлиники рекомендаций врачей больничных организаций.

В настоящее время одним из основных направлений деятельности в области совершенствования медицинской помощи в амбулаторных условиях является внедрение технологий, снижающих потребность в госпитализации в больничные организации пациентов, состоящих на диспансерном учете. Основным структурным подразделением поликлиники, обеспечивающим оказание данного вида помощи, является *отделение дневного пребывания*, дающее возможность проводить диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия по поводу самых разных заболеваний в соответствии с реальными потребностями пациентов.

В отделение дневного пребывания госпитализируются пациенты, не нуждающиеся в круглосуточном наблюдении.

Госпитализация осуществляется в соответствии с перечнем показаний и противопоказаний к ней, разработанным для данного конкретного отделения дневного пребывания, исходя из его профиля и объемов деятельности, штата спе-

циалистов и других реальных возможностей.

На лечение в отделение дневного пребывания направляются следующие контингенты пациентов:

• находящиеся на амбулаторном лечении и нуждающиеся в лечебных средствах, после применения которых на протяжении определенного времени должно осуществляться врачебное наблюдение в связи с возможными неблагоприятными реакциями (переливание препаратов крови, внутривенное вливание кровезамещающих жидкостей и других растворов, специфическая десенсибилизирующая терапия, инъекции пирогенала, внутрисуставное введение лекарственных средств и др.);

• нуждающиеся во внутривенном капельном введении медикаментозных средств на протяжении сравнительно длительного времени (введение сердечных гликозидов, антиаритмических средств, кортикостероидов и др.) и требующие динамического наблюдения за температурой тела, АД, ЭКГ, пульсом, дыханием;

• требующие медицинского наблюдения в течение нескольких часов после проведения оперативного вмешательства;

• нуждающиеся в проведении комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий в условиях, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения;

• нуждающиеся во введении медикаментозных средств

парентеральными способами через определенные промежутки времени, а также получающие комплексное лечение с использованием физиотерапии, лечебной физкультуры, лазерного облучения, после которых необходим отдых;

• нуждающиеся в сложных диагностических исследованиях, требующих специальной предварительной подготовки и краткосрочного медицинского наблюдения после их проведения (например, ретроградная пиелография, ирригоскопия, бронхоскопия, цистоскопия, биопсия слизистой желудка, кишечника, синовиальных оболочек суставов);

• требующие неотложной терапии по поводу состояний, возникших во время посещения поликлиники или пребывания на близлежащей к ней территории (приступ бронхиальной или сердечной астмы, гипертонический криз, гипогликемические состояния, анафилактический шок, пароксизмы тахиаритмии);

• после первого этапа круглосуточного лечения в стационарных условиях с уточненным диагнозом (после проведенного диализа, после купирования пароксизмов тахикардии, тахиаритмии и др.);

• нуждающиеся в проведении некоторых сложных лечебных мероприятий (например, пункция плевральной полости с удалением жидкости, пункция брюшной полости);

• лица, нуждающиеся в контролируемом лечении;

• лица из групп «риска», в том числе «риска» развития профессиональной патологии, нуждающиеся в проведении

комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий.

Существует и ряд *общих противопоказаний* к пребыванию в отделении дневного пребывания (конкретный перечень противопоказаний к госпитализации устанавливается с учетом профиля патологии и лечебно-диагностических возможностей отделения):

• общее тяжелое состояние пациента, обусловливающее необходимость круглосуточного врачебного наблюдения и медицинского ухода;

• необходимость круглосуточного парентерального введения медикаментов;

• необходимость соблюдения пациентом строгого постельного либо диетического режима;

• значительное ограничение у пациента возможности самостоятельного передвижения или самообслуживания;

• регулярное ухудшение состояния здоровья пациента (обострение заболевания) в ночное время;

• наличие заболеваний, при которых пребывание пациента на открытом воздухе по пути в отделение дневного пребывания и из него может вызвать ухудшение состояния его здоровья;

• острые воспалительные процессы, лихорадочные состояния;

• тяжелое сопутствующее заболевание, осложнение основного заболевания;

• некоторые формы социально обусловленных заболеваний (открытые формы туберкулеза, активные формы венерических заболеваний, контагиозные кожные заболевания и др.).

Качество медицинской помощи пациентам в поликлинике сложно отразить при применении каких-либо четких и определенных показателей, так как в формах государственной статистической отчетности они отсутствуют. Тем не менее некоторые показатели могут быть получены при разработке учетных документов:

• своевременность и правильность лечения пациентов (по данным экспертных оценок);

• средняя длительность ВН (зависит от многих причин – состава пациентов по возрасту, тяжести заболевания, социального положения, бытовых условий и т. д.);

• процентная доля пациентов, часто и длительно болеющих в трудоспособном возрасте (этот показатель может свидетельствовать об улучшении лечения и диспансерного наблюдения);

• кратность посещений пациентами поликлиники и обслуживания визитов на дому по поводу заболеваний (этот показатель зависит и от организации работы поликлиники);

• обслуживание визитов на дому врачами-специалистами и применение на дому лечебно-диагностических методов (лабораторной диагностики, электрокардиографии и т. д.);

• летальность на дому, причины смерти на дому.

Качество врачебной диагностики зависит не только от квалификации врачей, но и от уровня организации медицинской помощи, обеспеченности поликлиники современными диагностическими технологиями. Для оценки качества диагностики используются следующие показатели:

• частота совпадений клинико-поликлинических диагнозов:

$$\frac{\text{Число поликлинических диагнозов, совпавших с клиническими}}{\text{Число диагнозов, поставленных в клинике}} \cdot 100;$$

• расхождение клинико-поликлинических диагнозов:

$$\frac{\text{Число случаев несовпадений клинических и поликлинических диагнозов}}{\text{Число пациентов, выбывших из стационара, среди направленных в стационар}} \cdot 100.$$

При более детальном анализе качества диагностики при отдельных заболеваниях определяют:

• процентную долю ошибочных диагнозов (по отношению к числу направленных в больничные организации с этим диагнозом);

• процентную долю просмотренных диагнозов (по отношению к числу пациентов с этим диагнозом, установленным в стационаре);

• процентную долю неправильных диагнозов (ошибочные

+ просмотренные).

Устанавливается также процентная доля лиц, направленных в больничные организации без диагноза или с нечетко обозначенным диагнозом.

При *анализе лечебной работы* подлежат оценке следующие показатели:

- экстренная и отсроченная госпитализация пациентов;
- пролеченные пациенты (на дому, в отделении дневного пребывания, в отделении медицинской реабилитации) по полу, возрасту, трудовой занятости;
- наблюдение за очагами инфекции;
- обследование лихорадящих пациентов;
- оперативная активность специалистов и др.

Анализ качества работы по экспертизе ВН и *инвалидности* оценивается на основании учета выданных листков ВН и отчетных форм. При этом обращают особое внимание на следующие вопросы:

- организацию выдачи и регистрации листков ВН;
- число выданных листков ВН, профильность листков ВН;
- число случаев (дней) ВН на 100 работников;
- структуру причин ВН;
- среднюю продолжительность одного случая ВН;
- число пациентов, направленных на МРЭК;
- первичную инвалидность, тяжесть первичной инвалидности, причины инвалидности;
- направление пациентов в отделение медицинской реа-

билитации;

- эффективность реабилитации пациентов;
- расхождение диагнозов ВКК и МРЭК;
- обоснованность направления пациентов на МРЭК.

1.1.3.2. Детская поликлиника

Детская поликлиника (ДП) оказывает медицинскую помощь детскому населению в возрасте 0-17 лет, проживающему в районе обслуживания, а также детям, посещающим учреждения дошкольного образования (УДО) и обучающихся в учреждениях общего среднего образования.

Детские поликлиники могут быть самостоятельными ОЗ или являются структурными подразделениями поликлиники или ЦРБ.

Главным направлением деятельности ДП является обеспечение необходимых условий для развития и воспитания здорового ребенка, оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи детскому населению в амбулаторных условиях.

Детская поликлиника в зоне своего обслуживания обеспечивает:

- организацию и проведение комплекса профилактических мероприятий среди детского населения:
  - ♦ наблюдение за новорожденными;
  - ♦ проведение профилактических осмотров и диспансери-

зации детей;

♦ проведение профилактических прививок в установленные Министерством здравоохранения Республики Беларусь сроки;

♦ проведение лекций, бесед, конференций для родителей, занятий в школе матерей и др.;

• квалифицированную и специализированную лечебно-консультативную помощь детям на дому и в поликлинике;

• отбор и направление детей на лечение в стационары, на восстановительное лечение в санатории;

• проведение противоэпидемических мероприятий (совместно с зональным ЦГиЭ);

• лечебно-профилактическую работу в детских организованных коллективах.

Структура ДП следующая:

• администрация;

• регистратура, гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания;

• фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами;

• кабинет доврачебного приема;

• педиатрические отделения (кабинеты врачей-педиатров);

• педиатрические отделения по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях образования;

• специализированные отделения (кабинеты врачей-спе-

циалистов);

• кабинет формирования здорового образа жизни (кабинет здорового ребенка);

• прививочный кабинет;

• отделение реабилитации (кабинеты восстановительного лечения, лечебной физкультуры, физиотерапевтический кабинет и др.);

• подростковый кабинет;

• лечебно-диагностические кабинеты (рентгенкабинет, кабинет ультразвуковой диагностики и др.);

• лаборатория;

• хозяйственная часть (в самостоятельных поликлиниках).

В современных условиях в городах функционируют преимущественно крупные ДП на 600–800 посещений в смену, имеющие все условия для рациональной организации лечебно-профилактической работы: необходимый набор помещений для специализированных кабинетов, залы лечебной физкультуры, бассейны для плавания, водо- и грязелечебницы, кабинеты для свето- и электролечения, передвижные физиотерапевтические кабинеты для УДО и учреждений общего среднего образования.

Регистратура является самостоятельным структурным подразделением, предназначенным для реализации доступности медицинской помощи детскому населению района обслуживания и информационного обеспечения о порядке ор-

ганизации и оказания медицинской помощи.

Фильтр – структурное подразделение поликлиники, предназначенное для приема детей с подозрением на инфекционное заболевание (повышенная температура, сыпь неясной этиологии, диспептические расстройства и др.). Фильтр располагается в помещении с отдельным входом и сообщается с боксом-изолятором, имеющим отдельный выход на улицу. Для работы в фильтре назначаются наиболее опытные медицинские сестры.

Основными задачами фильтра являются:

• разобщение потока пациентов с целью предотвращения распространения инфекционных заболеваний;

• организация оказания медицинской помощи пациентам с инфекционными заболеваниями;

• забор материала на лабораторные исследования.

Решение этих задач персонал фильтра осуществляет через

реализацию следующих функций:

• размещение ребенка при подозрении на инфекционное заболевание в боксе-изоляторе, оказание доврачебной медицинской помощи, вызов к ребенку дежурного врача;

• осмотр дежурным врачом ребенка с подозрением на инфекционное заболевание;

• оказание медицинской помощи при неотложных состояниях;

• организация (по показаниям) госпитализации ребенка;

• забор материала на бактериологические исследования, в том числе на паразитарные заболевания, организация доставки забранного материала в место проведения исследования;

• регистрация результатов бактериологических исследований и информирование участкового врача-педиатра о выявленной патологии;

• передача экстренных извещений об инфекционном заболевании.

Кабинет доврачебного приема является структурным подразделением поликлиники, осуществляющим доврачебный осмотр детей и выполняющим другие функции, не требующие врачебной компетенции. В кабинете доврачебного приема работает фельдшер.

Основными задачами кабинета являются оценка физических параметров развития ребенка, основных показателей функционального состояния организма, оформление медицинской документации.

Решение основных задач персонал кабинета доврачебного приема осуществляет через реализацию следующих функций:

• проведение доврачебного медицинского осмотра в форме скрининг-тестирования: антропометрические измерения, оценка физического развития по центильным таблицам, определение частоты пульса, измерение АД, определение остроты зрения, остроты слуха, проведение плантогра-

фии;

• направление на консультацию к врачам-специалистам по результатам скрининг-тестирования;

• оформление медицинской документации: выписки о профилактических прививках, выписки из истории развития ребенка (ф. 112/у), медицинской карты амбулаторного больного (ф. 025/у), выдача направлений на лабораторные исследования и др.

Педиатрическое отделение является самостоятельным структурным подразделением ДП, обеспечивающим профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию детям в возрасте до 18 лет, проведение противоэпидемических мероприятий.

Район деятельности педиатрического отделения определяется приказом главного врача ДП с учетом особенностей территориальной застройки жилого массива.

Руководство работой педиатрического отделения осуществляет заведующий.

Основными задачами педиатрического отделения являются:

• организация и проведение комплекса профилактических, лечебных и оздоровительных мероприятий детскому населению района обслуживания отделения, направленных на сохранение и укрепление здоровья, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения;

• организация и проведение мероприятий по формирова-

нию потребности в здоровом образе жизни, совершенствование медицинской интеграции с семьей;

• взаимодействие с заинтересованными ведомствами по вопросам охраны и укрепления здоровья детей.

Решение основных задач педиатрическое отделение осуществляет через реализацию следующих функций:

• обеспечение динамического медицинского наблюдения за здоровыми детьми и проведение комплекса профилактических мероприятий;

• пропаганда, поощрение и медицинская поддержка грудного вскармливания;

• оказание медицинской помощи заболевшим детям в поликлинике и на дому;

• оказание лечебно-консультативной и специализированной медицинской помощи в поликлинике и на дому;

• обеспечение динамического медицинского наблюдения за детьми, имеющими риск развития хронических заболеваний, с хроническими заболеваниями, детьми-инвалидами с проведением комплекса лечебных, диагностических, профилактических, реабилитационных и оздоровительных мероприятий;

• проведение диспансеризации детей, состоящих на учете в Государственном реестре лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС;

• направление (по показаниям) на стационарное лечение, в научно-практические, диагностические и консультацион-

ные центры, диспансеры, медицинские реабилитационные экспертные комиссии, специальные учреждения образования;

• отбор и направление на санаторное лечение, в центры реабилитации;

• экспертиза ВН;

• проведение совместно с зональными ЦГиЭ комплекса противоэпидемических мероприятий;

• организация и проведение активной иммунизации в соответствии с нормативными правовыми актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;

• осуществление преемственности с ОЗ и другими ведомствами;

• выдача справок о состоянии здоровья;

• проведение мероприятий по формированию здорового образа жизни;

• участие в пределах своей компетенции в профилактике безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних;

• оформление медицинской документации по оказанию семье адресной социальной помощи;

• ведение медицинской учетной и государственной статистической отчетной документации.

Педиатрическое отделение по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях образования является самостоятельным структурным подразделением ДП, обеспечиваю-

щим медицинское обслуживание детей в учреждениях образования (за исключением УД О и интернатного типа), включая общеобразовательные учреждения, учреждения, обеспечивающие получение профессионально-технического и среднего специального образования (далее – учреждения образования).

В состав педиатрического отделения по медицинскому обслуживанию детей в учреждениях образования входят медицинские кабинеты и здравпункты.

Основной задачей этого отделения является организация медицинского обслуживания детей в учреждениях образования. Решение задач отделение осуществляет через реализацию следующих функций:

• обеспечение динамического медицинского наблюдения за условиями обучения и воспитания детей и подростков в организованных коллективах;

• контроль совместно с зональным ЦГиЭ за соблюдением санитарных норм, правил и гигиенических нормативов в учреждениях образования;

• проведение совместно с территориальным центром гигиены и эпидемиологии противоэпидемических мероприятий, включая осмотр учащихся на педикулез и заразные кожные заболевания;

• проведение профилактических прививок и туберкулино-диагностики детям и подросткам согласно календарю прививок, предоставление информации о проведенных при-

вивках и реакции Манту в поликлинику по месту жительства;

• амбулаторный прием пациентов в здравпунктах и медицинских кабинетах учреждений образования;

• оказание скорой медицинской помощи в здравпунктах и медицинских кабинетах учреждений образования;

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.