

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

**Т. П. ПАВЛОВИЧ, Н. Н. ПИЛИПЦЕВИЧ,
А. Ф. ПЕРКОВСКАЯ**

ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2011

УДК 614.2 (075.8)
ББК 51.1(2)2 я73
П12

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве методических рекомендаций 25.05.2011 г., протокол № 9

Рецензенты: зав. каф. радиационной медицины и экологии Белорусского государственного медицинского университета д-р мед. наук, проф. А. Н. Стожаров; декан фак. общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования канд. мед. наук, доц. И. Н. Мороз

Павлович, Т. П.

П12 Городская поликлиника : метод. рекомендации / Т. П. Павлович, Н. Н. Пилипцевич, А. Ф. Перковская. – Минск : БГМУ, 2011. – 36 с.

ISBN 978-985-528-483-4.

Методические рекомендации содержат информацию об организации здравоохранения амбулаторно-поликлинического типа: виды, структура, организация работы. Представлена информация об особенностях работы участковой службы, разделах работы участкового врача-терапевта. Подробно изложены особенности работы отдельных структурных подразделений. Представлены учетные документы, используемые в поликлинике, перечень отчетных документов и показатели деятельности медицинской организации.

Предназначено для студентов 4–5-го курсов всех факультетов.

УДК 614.2 (075.8)
ББК 51.1(2)2 я73

Учебное издание

Павлович Татьяна Петровна
Пилипцевич Николай Николаевич
Перковская Алла Федоровна

ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Методические рекомендации

Ответственная за выпуск Т. П. Павлович
Редактор А. В. Михалёнок
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 26.05.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 2,09. Уч.-изд. л. 1,8. Тираж 200 экз. Заказ 706.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

ISBN 978-985-528-483-4

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2011

Мотивационная характеристика темы

Одним из направлений совершенствования деятельности здравоохранения является приоритетное развитие первичной медико-санитарной помощи. Ее важнейшая часть — обеспечение населения доступной медицинской помощью в амбулаторно-поликлинических условиях.

От амбулаторно-поликлинических организаций на современном этапе требуется повышение эффективности их деятельности, активное внедрение стационарозамещающих технологий.

Знание врачом задач организаций, грамотная организация работы поликлиники является основной предпосылкой полноценного построения процесса медицинского обслуживания населения.

Цель занятия: изучить задачи, организацию и содержание работы поликлиники.

Задачи занятия. В результате изучения темы студент должен знать:

- законодательные документы, регламентирующие деятельность амбулаторно-поликлинических организаций;
- принципы организации лечебно-профилактической помощи населению;
- задачи поликлиники;
- структуру и организацию работы поликлиники;
- основные разделы, функции, организацию работы участкового врача-терапевта;
- организацию работы регистратуры, отделения профилактики, терапевтического отделения, отделения медицинской реабилитации, кабинета инфекционных заболеваний;
- учетно-отчетную документацию поликлиники;
- показатели деятельности поликлиники.

Студент должен уметь:

- заполнять медицинскую документацию;
- рассчитывать показатели деятельности поликлиники, анализировать деятельность организации.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Основные организации здравоохранения, оказывающие медицинскую помощь населению в амбулаторно-поликлинических условиях.
2. Поликлиника: задачи, структура, управление.
3. Особенности работы поликлиники.
4. Задачи, организация работы регистратуры.
5. Организация работы отделения профилактики.
6. Основные разделы и содержание работы врача-терапевта.
7. Кабинет инфекционных заболеваний: структура, задачи.
8. Отделение медицинской реабилитации: структура, задачи.

9. Основная учетная и отчетная документация поликлиники.
10. Группы показателей, характеризующих деятельность поликлиники.

Организация работы поликлиники

В соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 35 от 28.09.2005 г. «Об утверждении номенклатуры организаций здравоохранения» к амбулаторно-поликлиническим организациям относятся:

- амбулатория;
- поликлиника;
- диспансер;
- центр;
- медико-реабилитационная экспертная комиссия;
- военно-врачебная комиссия;
- медико-санитарная часть.

Поликлиника — лечебно-профилактическая организация, предназначенная для оказания квалифицированной помощи населению, проживающему в зоне обслуживания, как в организациях, так и на дому.

Амбулатория — лечебно-профилактическая организация, предназначенная для оказания первой врачебной помощи. К амбулаториям относятся организации здравоохранения, имеющие не более 7 штатных врачебных должностей по 4 основным специальностям: терапия, педиатрия, акушерство и гинекология, стоматология.

В Республике Беларусь амбулатории функционируют преимущественно в сельской местности (сельская врачебная амбулатория, амбулатория врача общей практики).

Мощность поликлиники определяется числом посещений в смену.

Амбулаторно-поликлинические организации делятся:

- по организационному принципу на самостоятельные или объединенные со стационаром;
- территориальному принципу на районные, городские, центральные, областные;
- профилю деятельности на общие (для обслуживания взрослого и детского населения), организации отдельно для взрослых и детей.

Территория обслуживания поликлиники и график ее работы устанавливаются органами управления здравоохранения и согласовываются с органами административно-территориального управления. В интересах обеспечения доступности медицинского обслуживания поликлиника располагается в максимальной близости к месту жительства прикрепленного к ней населения.

На центральную районную (городскую) поликлинику возлагается организационно-методическое руководство медицинским обслуживанием

населения. При этом четко соблюдаются основные принципы организации медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях: доступность, участковость, профилактическая направленность, преемственность, этапность.

Согласно участково-территориальному принципу обслуживания, население, проживающее в зоне обслуживания поликлиники, для получения медицинской помощи закреплено за участковым врачом-терапевтом поликлиники. В Республике Беларусь, кроме территориальных (терапевтические, педиатрические, акушерско-гинекологические) участков, функционируют участок врача общей практики, сельский врачебный участок, приписной и цеховой участки. Базовым местом работы участковых врачей является поликлиника. В сельской местности — сельская участковая больница (СУБ) или сельская врачебная амбулатория (СВА) сельского врачебного участка.

Такое закрепление дает ряд преимуществ в организации медицинского обслуживания населения. Одним из наиболее ценных является осведомленность врачей поликлиники о населении, состоянии здоровья, в том числе демографической ситуации, заболеваемости, а также условиях труда, жизни, местных обычаях, традициях и пр.

В соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 811 от 20.06.2007 г. «Об утверждении минимальных стандартов по обслуживанию населения» утверждена средняя численность обслуживаемых жителей на терапевтическом участке — 1700 человек, участке врача общей практики — 1200 человек (взрослые и дети).

Численность населения даже на однопрофильных участках может быть разной. Это связано с тем, что руководство поликлиники при формировании участков с целью обеспечения равной доступности учитывает протяженность участков (наличие частного сектора), удаленность от поликлиники, состояние транспортного сообщения.

В обеспечении качества предоставляемой населению помощи в поликлинике важное значение имеет научно обоснованная система управления. В ее первичной основе — сбор и анализ полноценной, своевременной информации, составление перспективных и текущих планов развития организации. Основным плановым показателем, характеризующим обеспеченность населения помощью в амбулаторных условиях, является посещаемость (среднее число посещений на 1 жителя в год).

Вся специализированная служба поликлиники предназначена, прежде всего, для помощи участковому врачу в его профилактической, диагностической и лечебной работе.

Задачи поликлиники:

1. Организация и осуществление комплекса профилактических мероприятий.

2. Организация и осуществление диспансеризации населения.
3. Организация и осуществление противоэпидемических мероприятий в районе обслуживания.
4. Организация и проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и обучению населения, пропаганде здорового образа жизни.
5. Организация и осуществление лечебно-диагностической помощи населению в поликлинике и на дому.
6. Организация и осуществление мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации в районе обслуживания.
7. Анализ состояния здоровья населения, прикрепленного для медицинского обслуживания к поликлинике.
8. Совершенствование организационных форм и методов работы поликлиники по повышению качества и эффективности лечебно-диагностической работы, медицинской реабилитации больных и инвалидов, внедрение в практику работы поликлиники стационарозамещающих технологий.

Структура поликлиники

Структура поликлиники зависит от ее мощности и представлена следующими функциональными подразделениями:

- 1) руководство поликлиники;
- 2) регистратура;
- 3) отделение профилактики;
- 4) лечебные отделения;
- 5) лабораторно-диагностическое отделение:
 - клинико-диагностическая лаборатория;
 - рентгенологический кабинет;
 - флюорографический кабинет;
 - кабинет ультразвуковой диагностики;
 - кабинет (отделение) функциональной диагностики;
 - эндоскопический кабинет.
- 6) отделение медицинской реабилитации;
- 7) централизованная стерилизационная;
- 8) организационно-методический отдел (кабинет медицинской статистики);
- 9) административно-хозяйственная часть:
 - бухгалтерия;
 - отдел кадров;
 - кабинет юриста;
 - кабинет инженера по гражданской обороне;
 - кабинет инженера по охране труда и технике безопасности;
 - архив.

Руководство поликлиникой. Поликлиникой на правах единоначалия руководит главный врач. На должность главного врача назначается наиболее квалифицированный специалист, имеющий организаторские способности и навыки по управлению. Он назначается органом управления здравоохранения, в ведении которого находится поликлиника. Назначение согласовывается с органом исполнительно-распорядительной власти административной территории.

Главный врач несет полную ответственность за всю лечебно-профилактическую, организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность организации.

Главный врач организует и контролирует:

- 1) лечебно-диагностическую и профилактическую деятельность поликлиники;
- 2) диспансеризацию населения;
- 3) своевременное проведение противоэпидемических мероприятий в районе обслуживания;
- 4) соблюдение обоснованности и порядка выдачи листов нетрудоспособности;
- 5) повышение квалификации медицинского персонала;
- 6) вовлечение врачей в научно-исследовательскую работу;
- 7) правильность ведения документации;
- 8) учет и хранение сильнодействующих средств и ядовитых веществ и рецептурных бланков на них;
- 9) обеспечение поликлиники медицинским оборудованием, инструментами, хозяйственным и мягким инвентарем;
- 10) регулярный анализ деятельности всех подразделений поликлиники, состояния здоровья населения, проживающего в зоне обслуживания поликлиники;
- 11) финансово-хозяйственную деятельность поликлиники.

Главный врач устанавливает распорядок работы поликлиники, утверждает график работы персонала, планы врачебных конференций, семинарских занятий, повышения квалификации врачебного и среднего медицинского персонала. В его обязанности входят прием на работу и увольнение медицинского и административно-хозяйственного персонала поликлиники, поощрение и привлечение к дисциплинарной ответственности сотрудников.

Главный врач вместе с главным бухгалтером составляет смету поликлиники, распорядителем кредитов, обеспечивает экономное и рациональное расходование средств, сохранность материальных ценностей, обеспечивает правильное составление и своевременное представление в соответствующие инстанции статистических, медицинских и финансовых отчетов. Также он своевременно рассматривает жалобы и заявления населения, принимает по ним необходимые меры.

Главный врач отвечает за санитарное состояние, противопожарную безопасность здания и территории поликлиники, технику безопасности и охрану труда.

Регистратура поликлиники. Первое знакомство посетителей с поликлиникой начинается с регистратуры. Она является структурным подразделением любой амбулаторно-поликлинической организации.

От грамотной организации работы регистратуры зависит слаженность движения потоков больных и, соответственно, работы всех структурных подразделений организации, уменьшаются затраты времени больных на посещение поликлиники, в значительной степени возрастает их удовлетворенность результатами посещения.

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

Задачи регистратуры:

1. Предварительная и текущая записи пациентов на прием к врачу при непосредственном обращении в поликлинику и по телефону.

2. Регулирование интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки на врачей.

3. Своевременный подбор и доставка медицинской документации в кабинеты врачей.

4. Правильное ведение и хранение картотеки поликлиники, передача отработанных документов в архив.

В соответствии с задачами регистратура осуществляет:

- информирование населения о порядке работы поликлиники;
- времени приема врачей;
- правилах вызова врача на дом, порядке предварительной записи на прием к врачам, времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями;

- доведение информации об адресах аптек, поликлиник, стационаров, оказывающих экстренную медицинскую помощь населению в вечернее, ночное время, в воскресные и праздничные дни;

- запись на прием к врачам (в том числе предварительную) и регистрацию вызовов врачей на дом;

- направление в установленном порядке обратившихся в поликлинику на флюорографическое обследование и профилактические осмотры;

- информирование населения о платных медицинских услугах;

- подбор медицинских карт амбулаторного больного для пациентов, записавшихся на прием или вызвавших врача на дом; доставку медицинских документов в кабинеты врачей;

– подтверждение соответствующими печатями выданных пациентам справок, листков нетрудоспособности, направлений, рецептов и выписок из медицинских документов, их строгий учет и регистрация выданных документов в соответствующих журналах (компьютерных банках данных).

В регистратуре работают медицинские сестры-регистраторы (медицинские регистраторы). Должности медицинских сестер-регистраторов устанавливаются из расчета 1 должность на 5 должностей врачей, ведущих амбулаторный прием. Должность старшей медицинской сестры регистратуры устанавливается в соответствии с количеством должностей медицинских сестер-регистраторов: 8 и более вместо одной из них (Постановление МЗ Республики Беларусь № 150 от 7.12.2007 г.).

Отделение профилактики. Руководство отделением профилактики осуществляет заведующий, назначаемый и увольняемый главным врачом поликлиники.

В данное отделение направляются все первичные больные в день обращения.

Задачи отделения профилактики:

1. Организация выявления и раннее выявление больных и лиц с повышенным риском заболевания.

2. Организация и проведение предварительных и периодических профилактических осмотров.

3. Организация и контроль диспансеризации.

4. Организация и контроль профилактических прививок взрослому населению.

5. Разработка планов мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний на территории обслуживания поликлиники.

6. Руководство работой по проведению пропаганды санитарно-гигиенических знаний среди населения, формированию навыков здорового образа жизни.

В соответствии с задачами отделение профилактики поликлиники осуществляет:

– планирование работы поликлиники по организации профилактических осмотров и диспансеризации населения;

– направление всех больных, впервые обратившихся в данном году, на профилактическую флюорографию, женщин — в смотровой кабинет в целях раннего выявления онкологических заболеваний репродуктивной сферы и преморбидных состояний;

– предварительную подготовку больных к врачебному приему и профилактическому осмотру;

– измерение артериального и внутриглазного давления лицам, предъявляющим жалобы, а также всем лицам в возрасте более 40 лет;

- направление на взятие анализа крови и других биологических материалов, на раннее выявление сахарного диабета, ВИЧ-инфекции и других заболеваний;
- организацию и обеспечение централизованного учета и контроля проводимых профилактических осмотров здоровых и пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении;
- проведение профилактических осмотров лиц, подлежащих предварительным и периодическим осмотрам;
- подготовку и передачу врачам-специалистам медицинской документации на выявленных больных и лиц с повышенным риском заболевания для дополнительного обследования, диспансерного наблюдения и лечения;
- выдачу справок и выписок из медицинских документов.

Структура отделения профилактики (зависит от мощности поликлиники):

- кабинет доврачебного приема;
- смотровые кабинеты (женский и мужской);
- анамнестический кабинет;
- кабинет организации и контроля диспансеризации населения и ведения централизованной картотеки лиц, состоящих на диспансерном учете;
- кабинет формирования здорового образа жизни;
- прививочный кабинет;
- кабинет врача-профпатолога.

Прививочный кабинет. *Основной задачей* прививочного кабинета является работа по иммунопрофилактике инфекционных заболеваний у населения.

В соответствии с задачей персоналом кабинета осуществляется:

- формирование прививочной картотеки населения поликлиники с учетом ежегодной переписи;
- обеспечение запаса, контроль срока действия средств неотложной помощи при поствакцинальных осложнениях;
- проведение иммунизации населения совместно с врачами-терапевтами;
- своевременное получение, правильный учет, расходование и использование иммунопрепаратов;
- соблюдение «холодовой цепи» при хранении, транспортировке иммунопрепаратов;
- составление отчетов о проведенных прививках и движении прививочных препаратов по утвержденным формам, представление их в центр гигиены и эпидемиологии (ЦГЭ);
- своевременное и правильное ведение установленной медицинской документации;

– проведение систематической работы по повышению уровня знаний среднего медперсонала по вопросам специфической профилактики инфекционных заболеваний;

– проведение работы по гигиеническому воспитанию и обучению населения.

В прививочном кабинете работает медицинская сестра. На эту должность назначается специалист, имеющий среднее медицинское образование, подготовленный по вопросам иммунопрофилактики, а также владеющий техникой проведения профилактических прививок.

Контролирует работу прививочного кабинета врач кабинета инфекционных заболеваний.

Основной прививочный документ пациента — «Карта учета профилактических прививок» (форма № 063/у). Она хранится в прививочном кабинете поликлиники, заполняется во время прививки. Запись о прививке, аллергической пробе делается в «Медицинской карте амбулаторного больного» (форма 025/у) и в рабочем журнале прививочного кабинета. Из отдельных «Карт учета профилактических прививок» в поликлинике формируется прививочная картотека. Она может быть построена по срокам очередных прививок (учетные формы располагаются сразу на текущий год, по месяцам) или по степени привитости (карточки располагаются согласно календарю прививок в порядке их проведения). В случае убытия пациента ему выдается копия формы 063/у или справка о прививках. Подлинник карты остается в поликлинике и хранится в течение 5 лет.

Ежемесячно медицинская сестра прививочного кабинета составляет план профилактических прививок (общий), согласно которому она приглашает пациентов на прием.

Для оперативного слежения за выполнением плана профилактических прививок, состоянием иммунизации населения предусмотрена ежемесячная отчетная форма «Отчет о профилактических прививках» (форма № 86). Отчет передается ежемесячно в территориальный ЦГЭ.

Кабинет профилактических прививок должен состоять из 2 помещений. В одном хранится прививочная картотека, и оформляются документы после проведения прививки. Во втором помещении делают прививки, в связи с этим в нем должны соблюдаться все санитарно-гигиенические требования, предъявляемые к помещениям, в которых осуществляются медицинские манипуляции. Также здесь хранится весь прививочный материал. При транспортировке и хранении прививочного материала должны соблюдаться условия «холодовой цепи», т. е. единый температурный режим.

Ежемесячно медсестра прививочного кабинета, согласно плану профилактических прививок, делает заявку на получение прививочного материала в территориальный ЦГЭ. После прививки ампулы не выбрасывают-

ся. Ежемесячно составляется акт списания ампул использованных вакцин и неиспользованного прививочного материала, которые вместе с «Отчетом о профилактических прививках» передаются в ЦГЭ.

Лечебные подразделения. К лечебным подразделениям поликлиники относятся:

- терапевтические отделения;
- процедурный кабинет;
- кабинеты врачей-специалистов;
- кабинет инфекционных заболеваний.

В соответствии с участково-территориальным принципом деятельности поликлиники вся территория района обслуживания разделена на отдельные участки. Медицинское обслуживание населения осуществляют специально закрепленные за участком участковые врач-терапевт и медицинская сестра. Численность населения на терапевтическом участке составляет 1700 человек. Основным методом работы специалистов амбулаторно-поликлинических организаций диспансерный (динамичное наблюдение за состоянием здоровья населения обслуживаемой территории).

Специалисты участковой службы, работая вне стен поликлиники, оказывают только первую врачебную помощь. Однако при приеме пациента участковым врачом в поликлинике не может быть такой жесткой регламентации вида медицинской помощи. Это связано с тем, что пациенту в течение даже одного обращения в поликлинику по направлению участкового врача могут оказывать помощь несколько специалистов, проводить различные лабораторные и инструментальные исследования. Получаемая им совокупно медицинская помощь по уровню применяемых технологий, объему пособий, качественному их содержанию относится к квалифицированной.

В каждой поликлинике организована работа узких специалистов: отоларинголога, офтальмолога, невролога, хирурга, стоматолога, кардиоревматолога и др. По технологическому уровню и уровню оснащения поликлиники данные специалисты оказывают квалифицированную медицинскую помощь.

Консультативную помощь в поликлинике могут оказывать заведующий отделением, заместитель главного врача по лечебной работе.

Терапевтическое отделение. Оно является структурным подразделением городской поликлиники. Руководство осуществляет заведующий врач-терапевт, имеющий первую или высшую аттестационную категорию по своей специальности и обладающий организаторскими способностями. Отделение создается при наличии не менее 7 должностей терапевтов.

Задачи терапевтического отделения:

1. Организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности,

смертности среди обслуживаемого населения; предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний, а также важнейших неинфекционных заболеваний.

2. Динамичное наблюдение за здоровьем населения; проведение диспансеризации лиц, перенесших острые заболевания и страдающих хронической патологией, а также лиц с повышенным риском возникновения сердечно-сосудистых, онкологических и других заболеваний.

3. Организация и проведение мероприятий по гигиеническому воспитанию и обучению населения, пропаганде здорового образа жизни.

4. Оказание медицинской помощи в поликлинике и на дому.

5. Анализ показателей здоровья населения, а также деятельности медперсонала по установленным учетно-отчетным формам.

Два раза в год участковые медицинские сестры должны уточнять численность населения, проживающего на территории обслуживания. Кроме взрослого населения постоянно проживающего на территории обслуживания под наблюдение поступают из детских поликлиник подростки, достигшие 18 лет.

Для приема подростков из детской поликлиники создается комиссия, состав которой утверждается приказом главного врача поликлиники для взрослого населения. В состав комиссии входят заместитель главного врача поликлиники для взрослого населения (председатель комиссии), заместитель главного врача детской поликлиники (заведующий педиатрическим отделением), заведующие терапевтическими отделениями, хирург, невролог, оториноларинголог, офтальмолог поликлиники для взрослого населения.

Ежемесячно по графику, утвержденному приказом главного врача детской поликлиники и согласованному с главным врачом поликлиники для взрослого населения или приказом главного врача организации здравоохранения, имеющей в структуре детское отделение, на рассмотрение комиссии представляется следующая медицинская документация:

- переводной эпикриз на подростка в возрасте 18 лет;
- «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у);
- «Лечебная карта призывника» (форма 053/у) на юношей призывного возраста, направленных на лечение (обследование) военными комиссариатами после приписки к призывному участку и не закончивших лечения (обследования).

Передача медицинской документации на подростков в поликлинику для взрослого населения оформляется актом передачи. К нему прилагается список подростков, которые принимаются и (или) не принимаются под наблюдение организации здравоохранения (отделения) для взрослого населения.

Основным специалистом, оказывающим медицинскую помощь населению в поликлинике, является участковый врач-терапевт.

Основные разделы работы участкового врача-терапевта:

1. Профилактическая работа.
2. Диспансеризация.
3. Лечебно-диагностическая работа:
 - оказание лечебно-диагностических услуг населению;
 - мониторинг лечения и состояния больных участка обслуживания в ходе их лечения у специалистов своей поликлиники и в других организациях здравоохранения;
 - проведение медицинской экспертизы;
 - организация и осуществление реабилитационных мероприятий.
4. Противоэпидемическая работа:
 - выявление и организация лечения пациентов с инфекционными заболеваниями, организация противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции;
 - иммунопрофилактика.
5. Гигиеническое воспитание и обучение населения, формирование навыков здорового образа жизни.
6. Организационная работа:
 - работа с учетно-отчетной медицинской документацией;
 - планирование и анализ своей деятельности;
 - работа с участковой медицинской сестрой;
 - внедрение передовых форм работы, повышение квалификации.

Профилактическая работа (профилактика) — это основанный на личной заинтересованности пациента комплекс медицинских услуг, направленных на снижение вероятности возникновения заболеваний.

Профилактическая работа врача складывается из профилактических медицинских осмотров с целью контроля состоянием здоровья населения, профилактических и оздоровительных мероприятий здоровым с целью сохранения здоровья.

Различают 3 вида профилактических осмотров. *Предварительные* медицинские осмотры проводятся лицам, поступающим на работу или учебу, с целью определения соответствия, пригодности рабочих и служащих выбранной ими работе и выявления заболеваний, которые могут явиться противопоказаниями для работы в данной профессии. *Периодические* медицинские осмотры проводятся в плановом порядке в установленные сроки определенным группам населения и при текущей обращаемости населения за медицинской помощью в организациях здравоохранения. *Целевые* медицинские осмотры проводятся для раннего выявления больных отдельными заболеваниями, например, туберкулезом, злокачествен-

ными новообразованиями, эндокринными заболеваниями, венерическими болезнями, глаукомой и т. д.

Профилактические осмотры в зависимости от формы проведения бывают индивидуальными и массовыми.

Индивидуальные осмотры проводятся:

- при обращении населения в организации здравоохранения амбулаторно-поликлинического профиля (за справкой, с целью оформления санаторно-курортной карты, в связи с заболеванием);
- активном вызове лиц для диспансерного осмотра в поликлинику;
- лицам, находящимся на лечении в стационаре;
- при обследовании лиц, находившихся в контакте с инфекционными больными.

Такие осмотры являются основной формой медицинских осмотров населения.

Массовые осмотры проводятся среди организованных групп населения:

- детей детских дошкольных и школьных учреждений;
- юношей допризывного возраста;
- учащихся средних специальных заведений и студентов вузов;
- рабочих и служащих предприятий, учреждений.

Массовые профилактические осмотры носят комплексный характер и объединяют как периодические, так и целевые осмотры.

Осмотры организованных коллективов проводятся на основе согласованных планов-графиков и регламентируются соответствующими приказами Министерства здравоохранения.

Данные медицинских осмотров и результаты проведенных обследований заносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного» (форма № 025/у), «Индивидуальную карту беременной и родильницы» (форма № 111/у), «Историю развития ребенка» (форма № 112/у).

По результатам осмотра выдается заключение о состоянии здоровья и определяется группа наблюдения:

1. Группа Д₁ (**здоровые**) — это лица, которые не предъявляют жалоб и у которых в анамнезе и при осмотре не выявлены отклонения в состоянии здоровья.

2. Группа Д₂ (**практически здоровые**) — лица с пограничными состояниями и факторами риска, часто и длительно болеющие, реконвалесценты после острых заболеваний.

3. Группа Д₃ (**лица с хроническими заболеваниями**):

- лица с компенсированным течением заболевания с редкими обострениями, непродолжительной потерей трудоспособности, не препятствующей выполнению обычной трудовой деятельности;

– больные с субкомпенсированным течением заболевания, у которых отмечаются частые ежегодные обострения; продолжительная потеря трудоспособности;

– больные с декомпенсированным течением заболевания, имеющие устойчивые патологические изменения, необратимые процессы, ведущие к стойкой утрате трудоспособности и инвалидности.

Диспансеризация (диспансерный метод) — это метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья населения, направленный на укрепление здоровья и повышение трудоспособности, обеспечение правильного физического развития и предупреждение заболеваний путем проведения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Диспансерный метод является основным методом работы амбулаторно-поликлинических организаций.

Задачи диспансеризации:

1. Выявление лиц с факторами риска и больных на ранних стадиях заболеваний путем проведения ежегодных профилактических осмотров.

2. Активное наблюдение и оздоровление пациентов с патологией и факторами риска.

3. Создание автоматизированных информационных систем и банков данных по диспансерному учету населения.

Данный метод используется в работе территориальных поликлиник, детских поликлиник, женских консультаций, медико-санитарных частей и здравпунктов промышленных предприятий, поликлиник ЦРБ, сельских врачебных участков, а также диспансеров — противотуберкулезных, кожно-венерологических, психоневрологических, онкологических, эндокринологических, кардиологических и т. д.

Ведущая роль в диспансеризации населения принадлежит территориальным поликлиникам, а центральной фигурой в ее осуществлении является участковый врач (терапевт, педиатр, акушер-гинеколог, цеховой врач, врач сельского врачебного участка, врач общей практики).

Диспансеризация в организациях здравоохранения складывается из взаимосвязанных этапов:

– учет, обследование населения и отбор контингентов для постановки на диспансерный учет;

– динамическое наблюдение за состоянием здоровья диспансеризуемых и проведение профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий;

– ежегодный анализ диспансерной работы в организациях здравоохранения амбулаторно-поликлинического профиля, оценка ее эффективности и разработка мер по совершенствованию.

1-й этап. Учет населения по участкам путем проведения переписи средним медицинским работником осуществляется 2 раза в год. На этом

этапе также обследуют населения с целью оценки состояния здоровья, обнаружения факторов риска, раннего выявления патологических состояний.

Диспансеризации подлежат как здоровые лица, так и:

- лица, которые в силу своих физиологических особенностей требуют систематического наблюдения за состоянием здоровья (дети, подростки, беременные женщины, учащиеся ПТУ, колледжей, студенты вузов);
- лица, испытывающие воздействие неблагоприятных факторов производственной среды (рабочие промышленных предприятий с вредными и опасными условиями труда, работающие в сельском хозяйстве);
- декретированные контингенты (пищевики, работники коммунальной службы, общественного пассажирского транспорта, учреждений здравоохранения и др.);
- спецконтингенты (лица, пострадавшие от катастрофы на ЧАЭС);
- инвалиды и участники Великой Отечественной войны и приравненные к ним контингенты;
- лица с хроническими заболеваниями;
- реконвалесценты после некоторых острых заболеваний;
- лица с врожденными (генетическими) заболеваниями и пороками развития.

Диспансеризация здоровых — такой же раздел работы специалиста, как профилактическая работа. Ее цель — сохранение здоровья и трудоспособности, выявление факторов риска развития заболеваний и их устранение, предупреждение возникновения заболеваний и травм путем профилактических и оздоровительных мероприятий.

Выявление лиц с патологическими состояниями осуществляется при профилактических осмотрах населения, обращении больных за медицинской помощью в организации здравоохранения и на дому, активных вызовах к врачу, а также при проведении специальных обследований по поводу контактов с инфекционным больным.

При выявлении заболевания у больного врач заполняет статистический талон (форма 025/2у); делает записи о состоянии здоровья в медицинской карте амбулаторного больного (форма 025/у); берет на диспансерный учет лиц, отнесенных к 3-й группе здоровья (участковый врач или врач-специалист. При взятии больного на диспансерный учет на него заводится контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у), которая хранится у врача, осуществляющего диспансерное наблюдение за больным.

2-й этап. Динамическое наблюдение за диспансеризуемым проводится дифференцированно по группам здоровья.

В отношении пациентов 1-й группы здоровья проводятся оздоровительные и профилактические мероприятия, направленные на предупреждение

дение заболеваний, укрепление здоровья, улучшение условий труда и быта, а также пропаганда здорового образа жизни.

Динамическое наблюдение за лицами, которые отнесены к практически здоровым, имеет целью устранение или уменьшение факторов риска развития заболеваний, коррекцию гигиенического поведения, повышение компенсаторных возможностей и резистентности организма.

Наблюдение за пациентами, перенесшими острые заболевания, имеет целью предупреждение развития осложнений и хронизации процесса.

Диспансерному наблюдению у врача-терапевта подлежат больные с острыми заболеваниями, имеющими высокий риск хронизации и развития тяжелых осложнений: острая пневмония, острая ангина, острый гломерулонефрит и др.

Частота и длительность наблюдения зависят от нозологической формы, характера процесса, возможных последствий. Например, после острой ангины длительность диспансеризации составляет 1 месяц, после острой пневмонии — 6 месяцев.

Диспансеризация лиц с патологией предусматривает:

- раннее выявление заболевания;
- предупреждение обострений, рецидивов, осложнений;
- сохранение трудоспособности и активного долголетия;
- снижение заболеваемости, инвалидности и смертности путем оказания всесторонней квалифицированной лечебной помощи, проведения оздоровительных и реабилитационных мероприятий.

В диспансерную группу лиц с хроническими заболеваниями, подлежащих наблюдению врачами-терапевтами, включены пациенты со следующими заболеваниями: хронический бронхит, бронхиальная астма, бронхоэктатическая болезнь, абсцесс легкого, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, хронический гастрит с секреторной недостаточностью, хронический гепатит, цирроз печени, хронический холецистит и ЖКБ, хронический колит и энтероколит, неспецифический язвенный колит, мочекаменная болезнь, хронический гломерулонефрит, хронические пиелонефрит, остеоартроз, ревматизм, ревматоидный артрит. При наличии в поликлинике врачей узких специальностей (пульмонологи, кардиологи, гастроэнтерологи, эндокринологи, невропатологи и др.) профильные больные в зависимости от возраста и стадии компенсации могут находиться под диспансерным наблюдением у этих специалистов.

Пациентов, подлежащих диспансерному наблюдению с флебитом и тромбофлебитом, варикозным расширением вен нижних конечностей, пострезекционными синдромами, хроническим остеомиелитом, эндартериитом, трофическими язвами и т. д. наблюдают врачи-хирурги.

Диспансеризация лиц с хроническими заболеваниями осуществляется на основе плана лечебно-оздоровительных мероприятий, который предусматривает число явок к врачу, консультаций врачей-специалистов, диагностические исследования, медикаментозное и противорецидивное лечение, физиотерапевтические процедуры, лечебную физкультуру, диетическое питание, санаторно-курортное лечение, санацию очагов инфекции, плановую госпитализацию, реабилитационные мероприятия, рациональное трудоустройство и т. д.

В ходе динамического наблюдения мероприятия в течение года корректируются и дополняются. В конце года на каждого диспансеризуемого заполняется этапный эпикриз, который отражает следующие моменты: исходное состояние пациента; проведенные лечебно-оздоровительные мероприятия; динамику течения заболевания; итоговую оценку состояния здоровья (улучшение, ухудшение, без изменений). Эпикриз просматривается и подписывается заведующим отделением. Во многих организациях здравоохранения для удобства используются специальные бланки типа «план-эпикриз диспансерного наблюдения», которые вклеиваются в медицинскую карту и позволяют сократить затраты времени на оформление документации.

3-й этап. Заключительным этапом диспансеризации является анализ состояния диспансерной работы в организациях здравоохранения, оценка эффективности диспансеризации.

Анализ диспансерной работы проводится на основе расчета 3 групп показателей: объем диспансерной работы, качество, эффективность.

Проведение диспансеризации населения регламентируется следующими инструктивно-методическими документами:

1. Приказ МЗ Республики Беларусь № 10 от 10.01.1994 г. «Об обязательных медицинских осмотрах работающих, занятых во вредных и опасных условиях труда» (прил.).

2. Приказ МЗ Республики Беларусь № 159 от 27.06.1997 г. «О выполнении программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний (СИНДИ) в Республике Беларусь».

3. Постановление МЗ Республики Беларусь № 92 от 21.10.2007 г. «Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь» с дополнениями и изменениями от 3.02.2009 г. № 11.

Лица, страдающие хроническими заболеваниями, могут находиться на диспансерном учете как у терапевта, так и у врачей-специалистов. Участковый терапевт должен иметь полную информацию о состоянии здоровья пациента и постоянно поддерживать связь со специалистами, наблюдающими за больным.

Основным медицинским документом диспансерного пациента является «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у).

При взятии пациента на «Д» учет врач составляет план диспансерного наблюдения, в котором намечает комплекс профилактических и лечебно-оздоровительных мероприятий на текущий календарный год. Частота осмотров пациентов с хронической патологией, характер их обследования и ведения во многом зависит от особенностей течения патологии и состояния пациента. При составлении плана диспансерного наблюдения, лечения и проведения оздоровительных мероприятий необходим индивидуальный подход к каждому человеку.

На всех лиц, подлежащих диспансеризации, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма 030/у). Она необходима для учета и планирования оздоровительных мероприятий. Каждое плановое посещение врача фиксируется в обеих формах.

По окончании календарного года на каждого пациента врач пишет годовой эпикриз. В нем отражены длительность заболевания, характер его течения, наличие сопутствующей патологии, проведенные обследование и лечебно-профилактические мероприятия, эффективность диспансерного наблюдения на протяжении календарного года.

Если пациента не снимают с учета, одновременно составляют план диспансерного наблюдения на следующий год.

Лечебно-диагностическая работа — рабочий день участкового врача-терапевта, во время которого выделяется время на прием пациентов в поликлинике (4 часа) и обслуживание вызовов или активов на дому (2 часа). За один час работы на амбулаторном приеме врач-терапевт должен принять 4,4 пациента. Нормы нагрузки при обслуживании вызовов — 2 пациента в час.

Во время приема пациентов врач обследует каждого из них, вносит анамнестические и объективные данные в «Медицинскую карту амбулаторного больного», назначает лечение, направляет в лабораторно-диагностическое отделение для проведения лабораторных и инструментальных исследований, в отделение медицинской реабилитации для выполнения комплекса восстановительных мероприятий или при необходимости к узким специалистам. В зависимости от диагноза, тяжести состояния, возраста решает вопрос о возможности лечения в амбулаторно-поликлинических условиях или госпитализации в больницу. В отдельных случаях проводится лечение в условиях отделения дневного пребывания в поликлинике или организации стационара на дому.

Участковый терапевт назначает дату повторного посещения. Кратность и интервалы посещения регулируются в зависимости от характера и тяжести заболевания с отметкой в «Медицинской карте амбулаторного больного». Одновременно решается вопрос о возможности выполнения пациентом своих профессиональных обязанностей. Если пациент по своему состоянию не может их выполнять, то ему оформляется освобожде-

ние от работы, т. е. выдается листок нетрудоспособности. Обязанности по оформлению листа нетрудоспособности на приеме возлагаются на участковую медицинскую сестру. Сведения о выдаче, продлении и закрытии листков нетрудоспособности фиксируются в «Медицинской карте амбулаторного больного», а также в «Книге регистрации выданных листков нетрудоспособности».

Посещение пациента на дому врач осуществляет на основании вызова или активного посещения: поступивший звонок пациента в поликлинику; непосредственное оформление вызова в поликлинике; переданный актив скорой медицинской помощи; полученные документы (эпикриз вы бывшего из стационара и т. д.).

Прием вызовов фиксируется в «Книге записи вызовов на дом» (форма 031/у). Вызов к заболевшему должен быть выполнен в тот же день.

В отдельных случаях еще до направления в больницу приходится оказывать пациенту лечебную помощь при состояниях, требующих скорой медицинской помощи. Чем раньше начато оказание помощи, тем больше шансов на благоприятный успех. Для оказания скорой медицинской помощи используют медикаменты, которыми оснащена аптечка участкового терапевта и лекарственные средства пациента. Одновременно с началом терапии необходимо вызвать машину скорой помощи для транспортировки больного.

При активном посещении врач оценивает динамику состояния пациента, эффективность терапии, вносит необходимые коррективы в лечение пациента. Когда пациент не нуждается в активном посещении, назначается дата посещения поликлиники или делается запись о необходимости повторного вызова врача в случае ухудшения состояния больного — «вызов врача по состоянию». Эффект лечения на дому во многом зависит от качества ухода за больным со стороны членов его семьи.

Противоэпидемическая работа — выявление у пациента инфекционного заболевания, назначение лечения (или решение вопроса о госпитализации и догоспитальной помощи), сбор эпидемиологического анамнеза и выявление эпидемического окружения. При подозрении на кишечные инфекции и гепатит переписываются взрослые, работающие с детьми или в пищевой промышленности.

Все случаи инфекционных заболеваний в течение 12 часов после их выявления обязательно регистрируются в Центре гигиены и эпидемиологии (передается форма 058/у, звонок по телефону). Необходимо сделать запись в «Журнале регистрации инфекционных заболеваний» (форма 60/у), заполнив соответствующие графы (дату заболевания, обращения, последнее посещение коллектива, диагноз, номер экстренного извещения).

Участковый врач-терапевт и медицинская сестра осуществляют наблюдение за контактными в эпидочаге, при необходимости эта работа проводится совместно с инфекционистами и фтизиатрами.

Профилактические прививки являются основной мерой, радикально воздействующей на эпидемический процесс. Врач-терапевт вместе с медицинской сестрой организует прививочную работу на участке согласно графику профилактических прививок и при необходимости по эпидпоказаниям.

Гигиеническое воспитание и обучение — пропаганда здорового образа жизни, медицинских знаний по охране здоровья, обучение населения правилам закаливания, выработки гигиенических навыков; предупреждение инфекционных заболеваний, оздоровление окружающей среды; формирование готовности населения участвовать в профилактических осмотрах, своевременно обращаться за медицинской помощью, выполнять врачебные назначения.

В нем участвуют все врачи и средний медицинский персонал поликлиники. Ежемесячно каждый врач затрачивает на нее не менее 4 часов рабочего времени (приказ № 181-А от 29.03.2002 г. «О совершенствовании работы по формированию здорового образа жизни»).

План работы по гигиеническому воспитанию и обучению составляют на год. При составлении плана необходимо исходить как из общих задач здравоохранения, так и из сведений о заболеваемости населения данной территории (участка).

Существуют следующие формы гигиенического воспитания и обучения населения:

- индивидуальные;
- групповые (до 16 чел.);
- массовые (акции по проблемным видам патологии).

Также используются следующие методы и средства гигиенического воспитания:

- устные (беседы, лекции, журналы, вечера вопросов и ответов и т. д.);
- печатные (статьи, газеты, буклеты, листовки, брошюры и т. д.);
- изобразительные (агитационные, информационные);
- комбинированные (фильмы, аудио-, видеозаписи, выставки).

Хорошо воспринимаются населением, особенно при наличии проблем со здоровьем, занятия в профильных школах, таких как «Бронхиальная астма», «Диабет», «Молодая мать», «Здоровье» и др.

Временной эквивалент 1 санитарного бюллетеня — 4 часа, беседы — 30 мин, лекции — 1 час.

Гигиеническое воспитание и обучение населения врач и медсестра должны проводить постоянно при контакте с больным и здоровым человеком. Личные беседы позволяют индивидуализировать санитарно-про-

светительную работу с учетом семейного и индивидуального анамнеза пациента, наследственной предрасположенности к некоторым заболеваниям, культурного уровня семьи, условий быта, социального положения.

Организационная работа — заполнение медицинской учетно-отчетной документации; повышение квалификации; работа со средним и младшим медицинским персоналом; анализ деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения (табл.).

В деятельности участкового врача-терапевта используются формы 3 видов медицинской учетно-отчетной оперативной медицинской документации:

- документы, которые составляются на каждое лицо, обратившееся за медицинской помощью;
- документы для регистрации результатов работы, проделанной за определенное время;
- документы для регистрации тех или иных медицинских мероприятий.

Таблица

Перечень форм первичной медицинской документации

Наименование формы	Номер формы
«Медицинская карта амбулаторного больного»	025/у
«Контрольная карта диспансерного наблюдения»	030/у
«Карта профилактических прививок»	063/у
«Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов»	025-2/у
«Талон на прием к врачу»	025-4/у
«Медицинская справка о состоянии здоровья»	1здр/у
«Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, острым профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку»	058/у
«Листок нетрудоспособности»	–
«Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ»	095/у
«Выписка из медицинских документов»	1мед/у
«Направления на консультацию и в вспомогательные кабинеты»	028/у
«Карта лечащегося в кабинете лечебной физкультуры»	042/у
«Карта больного, лечащегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)»	044/у
«Тетрадь учета работы на дому участковой медицинской сестры»	118/у
«Журнал учета инфекционных заболеваний»	060/у
«Книга записи вызовов врача на дом»	031/у
«Книга регистрации листков нетрудоспособности»	036/у
«Журнал учета профилактических прививок»	064/у
«Журнал учета санитарно-просветительной работы»	039/у
«Рецепт (взрослый, детский)»	107/у
«Рецепт (бесплатно, оплата со скидкой стоимости по действующему законодательству)»	108/у
«Ведомость учета посещений»	1/у

Врач-терапевт заполняет медицинскую карту амбулаторного больного, выписку из медицинских документов, ведомость учета посещений. Вся остальная медицинская документация заполняется медицинской сестрой под диктовку врача-терапевта.

По отношению к участковой медицинской сестре со стороны врача-терапевта определены два вида деятельности: обучающая и контролирующая.

Кабинет инфекционных заболеваний. Кабинет инфекционных заболеваний является структурным подразделением лечебно-профилактического отделения городской поликлиники. Руководство таким кабинетом осуществляет заведующий. Штаты кабинета инфекционных заболеваний устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, выполняемым или планируемым объемом работ на основе расчетных норм времени на проведение различных исследований, осуществляемых в кабинете (приказ № 184 от 21.12.2007 г.). Согласно приказу № 184, штатная численность врачей-инфекционистов для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению определяется исходя из штатных нормативов в расчете на 1000 жителей (взрослое и детское население): среднереспубликанский норматив — взрослое население (0,022).

Кабинет инфекционных заболеваний размещается в помещениях, полностью отвечающих утвержденным санитарным правилам и нормам, требованиям эксплуатации и техники безопасности.

Основной задачей кабинета инфекционных заболеваний является работа по предотвращению распространения инфекционных и паразитарных болезней.

Основные функции кабинета инфекционных заболеваний:

- координация работы врачей-терапевтов участковых и врачей-специалистов поликлиники, а также взаимодействие с Центром гигиены и эпидемиологии по вопросам профилактики инфекционных заболеваний и предупреждения их дальнейшего распространения на территории обслуживания;

- систематическая работа по повышению знаний врачей, ведущих амбулаторный прием, по вопросам клиники, ранней диагностики, лечения и диспансеризации инфекционных заболеваний, организация конференций по разбору всех случаев несвоевременно выявленных пациентов с инфекционными заболеваниями;

- консультация врачей поликлиники с целью уточнения диагноза, назначение лечебно-профилактических мероприятий и решения вопроса о госпитализации пациентов с острыми инфекционными заболеваниями;

- ведение амбулаторного приема пациентов с подозрением на инфекционное заболевание;

- своевременная диагностика и при необходимости изоляция и госпитализация инфекционных больных, проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных и паразитарных заболеваний;

- лечение лиц с инфекционными заболеваниями в поликлинических условиях и долечивание реконвалесцентов после выписки из стационара;

- контроль за полным клиническим и бактериологическим выздоровлением пациентов с инфекционной патологией с использованием методов инструментального и лабораторного исследования;

- диспансерное наблюдение и санация реконвалесцентов, лиц с хроническими инфекционными заболеваниями, бактерио- и паразитоносителей;
- проведение целевых медицинских осмотров для выявления отдельных инфекционных и паразитарных заболеваний;

- учет больных инфекционными заболеваниями, бактерионосителей, паразитоносителей;

- анализ работы по проведению профилактических прививок у взрослых;

- анализ динамики инфекционной заболеваемости и смертности, качества и эффективности диагностических и лечебных мероприятий, диспансеризации;

- пропаганда медицинских знаний по профилактике инфекционных заболеваний.

В кабинете инфекционных заболеваний работает врач-инфекционист — специалист с высшим образованием, получивший специальность «лечебное дело» или «педиатрия», прошедший подготовку по инфекционным болезням.

Основными задачами врача-инфекциониста являются:

- проведение организационно-методической работы;

- обеспечение квалифицированной консультативной помощи по раннему выявлению и лечению, а также самостоятельное лечение и диспансерное наблюдение пациентов с инфекционными и паразитарными заболеваниями, проживающих в районе деятельности поликлиники;

- профилактическая работа с населением.

Объем работы специалистов кабинета инфекционных заболеваний определяется в соответствии с задачами, положениями об их функциональных обязанностях, а также расчетными нормами времени на проведение различных исследований (прил.).

В кабинете инфекционных заболеваний ведется необходимая учетно-отчетная документация по утвержденным формам и архив медицинских документов.

Отделение медицинской реабилитации. Отделение медицинской реабилитации является структурным подразделением поликлиники. По-

ликлиническое отделение медицинской реабилитации является многопрофильным и включает по возможности весь арсенал реабилитационных средств.

Целью поликлинического этапа медицинской реабилитации является предоставление пациентам всех доступных тренировочных средств и условий, позволяющих под руководством и контролем врача-реабилитолога полнее компенсировать утерянные функции, восстановить здоровье и работоспособность.

В отделение медицинской реабилитации поликлиники пациенты направляются лечащими врачами, заведующими лечебно-профилактическими отделениями поликлиники. Прием и отбор пациентов в центры реабилитации осуществляется врачебно-консультационной комиссией поликлиники, врачами-реабилитологами или при необходимости отборочными комиссиями.

В отделение принимаются пациенты после купирования острого периода заболевания или его обострения, а также инвалиды с индивидуальной программой реабилитации.

Структура отделения медицинской реабилитации зависит от мощности поликлиники. В состав отделения медицинской реабилитации включаются кабинеты:

- лечебной физкультуры;
- механотерапии (тренажеров);
- функциональной стимуляции;
- иглорефлексотерапии;
- массажа;
- трудотерапии и бытовой реабилитации;
- логопеда;
- физиотерапии;

А также отделение дневного пребывания и бассейн.

Основными задачами отделения медицинской реабилитации являются:

1. Своевременное формирование индивидуальной программы реабилитации.

2. Выполнение индивидуальной программы реабилитации инвалидов и пациентов.

3. Использование комплекса всех необходимых методов и средств реабилитации для восстановления состояния здоровья пациента.

4. Разъяснительная работа среди населения о средствах и методах восстановления и укрепления, поддержание здоровья и работоспособности.

В соответствии с поставленными задачами специалисты отделения осуществляют:

- индивидуальную программу реабилитации больного и инвалида; ее своевременное осуществление с использованием современных средств и методов;
- выполнение индивидуальной программы реабилитации, составленной МРЭК;
- освоение и внедрение в практику работы отделения новых современных средств и методов реабилитации, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта;
- привлечение для консультации необходимых специалистов больницы, поликлиники, в структуре которой находится данное отделение, и других лечебно-профилактических организаций;
- экспертизу трудоспособности и направление на МРЭК в соответствии с действующими положениями;
- взаимосвязь и преемственность с другими отделениями поликлиники, а также учреждениями социального обеспечения;
- проведение клинических разборов дефектов в ведении пациента на этапах лечения, неэффективности проводимых реабилитационных мероприятий и др.;
- при необходимости направление пациентов в отделения реабилитации в больницах;
- учет и отчетность по формам и в сроки, утвержденные МЗ Республики Беларусь.

Отделение дневного пребывания. Отделение дневного пребывания городской поликлиники входит в состав отделения медицинской реабилитации. Его руководство осуществляется заведующим отделением медицинской реабилитации, а при отсутствии отделения медицинской реабилитации — другим лицом по назначению главного врача поликлиники.

Профиль отделения, его мощность, штатная структура и режим работы определяются и утверждаются главным врачом организации по согласованию с вышестоящими органами управления здравоохранения, с учетом численности населения, характера деятельности, потребности, а также имеющейся базы лечебно-профилактической организации.

Лечебно-диагностическая помощь пациентам отделения дневного пребывания осуществляется с привлечением всех структурных подразделений поликлиники.

Основными задачами отделения дневного пребывания являются:

1. Обеспечение в амбулаторных условиях лечебно-диагностической, консультативной и реабилитационной помощи пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.
2. Оказание скорой медицинской помощи посетителям, находящимся в поликлинике.

3. Внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения пациентов на основе достижений медицинской науки и передового опыта.

4. Обеспечение взаимосвязи и преемственности с другими структурными подразделениями поликлиники и лечебно-профилактическими организациями в обследовании, лечении и медицинской реабилитации больных и инвалидов.

5. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности лицам, находящимся на лечении в отделении дневного пребывания.

6. Осуществление экономии и рациональное использование финансовых и материально-технических ресурсов поликлиники.

Кабинет медицинской статистики. Кабинет медицинской статистики является структурным подразделением поликлиники.

Основными задачами кабинета медицинской статистики являются:

1. Осуществление контроля за оперативностью и полнотой учета, качеством ведения медицинской документации в поликлинике.

2. Проведение вводных, первичных, повторных, внеплановых инструктажей по качеству ведения медицинской документации.

3. Учет рабочего времени.

4. Учет и обработка первичной медицинской документации.

5. Группировка статистической информации, составление таблиц, сигнальных сводок, кодирование заболеваний, расчет показателей.

6. Своевременное предоставление необходимой информации ведущим отделениями.

7. Оперативная статистическая обработка показателей работы поликлиники и состояния здоровья обслуживаемого населения.

8. Своевременное предоставление показателей работы всех служб поликлиники главному врачу, заместителю главного врача поликлиники по медицинской части.

9. Составление квартальных, годовых отчетов, своевременное их предоставление организации управления здравоохранением административной территории.

Анализ деятельности поликлиники

Анализ деятельности поликлиники осуществляется на основании данных отчетных медицинских документов. К отчетным документам (формам) поликлиники относятся:

1. Отчет организации здравоохранения (больницы и амбулаторно-поликлинической организации) — форма 1-организация.

2. Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации

здравоохранения, оказывающие лечебно-профилактическую помощь — форма 1-заболеваемость.

3. Отчет о профилактических прививках — форма № 86.

4. Сводный отчет по диспансеризации больных.

При анализе деятельности поликлиники рассчитываются и анализируются штаты организации здравоохранения; показатели, характеризующие объем и уровень помощи в амбулаторно-поликлинических условиях; показатели, характеризующие профилактическую работу поликлиники; показатели диспансеризации.

Штаты организации здравоохранения амбулаторно-поликлинического профиля. Укомплектованность организации врачами, средним и младшим медицинским персоналом:

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

Коэффициент совместительства:

$$\frac{\text{Число занятых должностей врачей (среднего медперсонала)}}{\text{Число физических лиц врачей (среднего медперсонала)}}$$

Средняя численность населения, приходящаяся на занятую должность участкового врача:

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

Показатели, характеризующие объем и уровень помощи в амбулаторно-поликлинических условиях. Среднее число посещений к врачам на одного жителя в год:

$$\frac{\text{Число посещений врачей поликлиники} + \text{число посещений врачами на дому}}{\text{Среднегодовая численность населения, проживающего в районе обслуживания}}$$

Распределение посещений поликлиники по виду обращения:

$$\frac{\text{Число посещений поликлиники по поводу заболевания (с профилактической целью)} \cdot 100}{\text{Общее число посещений поликлиники}}$$

Структура посещений к врачам по специальностям:

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

Объем врачебной помощи на дому:

$$\frac{\text{Число посещений терапевтами пациентов на дому} \cdot 100}{\text{Число посещений пациентами терапевтов в поликлинике} + \text{число посещений терапевтами пациентов на дому}}$$

Среднечасовая нагрузка врача в поликлинике:

$$\frac{\text{Число посещений врачей поликлиники (за день, месяц, год)}}{\text{Число фактически отработанных часов по графику на приеме в поликлинике (за день, месяц, год)}}$$

Среднечасовая нагрузка по оказанию помощи на дому:

$$\frac{\text{Число посещений больных на дому (за день, месяц, год)}}{\text{Число фактически отработанных часов по обслуживанию больных на дому}}$$

Показатели, характеризующие профилактическую работу поликлиники. Полнота охвата профилактическими осмотрами контингентов населения, подлежащих осмотру:

$$\frac{\text{Число фактически осмотренных лиц} \cdot 100}{\text{Число лиц, подлежащих осмотру по плану}}$$

Охват населения профилактическими осмотрами с целью выявления определенного заболевания:

$$\frac{\text{Число лиц, осмотренных с целью раннего выявления заболеваний} \cdot 100}{\text{Среднегодовая численность населения района деятельности организации здравоохранения}}$$

Структура осмотренных по группам диспансерного наблюдения:

$$\frac{\text{Число осмотренных лиц, отнесенных к 1-й (2-й, 3-й) группе} \cdot 100}{\text{Общее число осмотренных лиц}}$$

Показатели диспансеризации.

К показателям объема диспансеризации относятся:

Полнота охвата населения диспансерным наблюдением:

$$\frac{\text{Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении}}{\text{Среднегодовая численность обслуживаемого населения}} \cdot 100.$$

Полнота охвата диспансерным наблюдением пациентов по отдельным нозологическим формам:

$$\frac{\text{Число лиц, состоявших под диспансерным наблюдением с определенной нозологической формой на начало года} + \text{число вновь взятых под наблюдение с определенной нозологической формой в течение года} - \text{число пациентов, не наблюдавшихся в течение года с определенной нозологической формой}}{\text{Число зарегистрированных пациентов с определенной нозологической формой}} \cdot 100.$$

Структура пациентов, состоящих на диспансерном учете:

$$\frac{\text{Число пациентов, состоящих на учете по поводу данного заболевания на конец года}}{\text{Общее число пациентов, состоящих на учете на конец года}} \cdot 100.$$

К показателям качества диспансеризации относятся:

Своевременность охвата диспансерным наблюдением вновь выявленных пациентов:

$$\frac{\text{Число пациентов, взятых под диспансерное наблюдение с впервые в жизни установленным диагнозом в текущем календарном году}}{\text{Число зарегистрированных пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом в данном году}} \cdot 100.$$

Активность выполнения явок к врачу:

$$\frac{\text{Число выполненных явок к врачу диспансерным пациентом}}{\text{Число назначенных явок к врачу}} \cdot 100.$$

Процент госпитализированных диспансерных пациентов:

$$\frac{\text{Число госпитализированных пациентов из числа нуждавшихся}}{\text{Число нуждавшихся в госпитализации}} \cdot 100.$$

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

К показателям эффективности диспансеризации относятся:

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

$$\frac{\text{Число диспансеризуемых пациентов с улучшением (ухудшением, без изменений) состояния здоровья в течение года}}{\text{Число диспансеризуемых пациентов, наблюдавшихся более 1 года}} \cdot 100.$$

Удельный вес пациентов, имевших обострение заболевания, по поводу которого осуществляется диспансерное наблюдение:

$$\frac{\text{Число пациентов, наблюдавшихся более года и имевших обострение заболевания}}{\text{Число диспансеризуемых пациентов с данным заболеванием, наблюдавшихся более года}} \cdot 100.$$

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности:

$$\frac{\text{Число случаев (дней) временной утраты трудоспособности в группе диспансеризуемых пациентов}}{\text{Общее число диспансеризуемых пациентов}} \cdot 100.$$

Показатель выхода на первичную инвалидность среди диспансеризуемых:

$$\frac{\text{Число диспансеризуемых пациентов, впервые признанных инвалидами}}{\text{Общее число пациентов, состоящих под диспансерным наблюдением более года}} \cdot 100.$$

Летальность диспансеризуемых:

$$\frac{\text{Число умерших среди диспансеризуемых пациентов}}{\text{Общее число диспансеризуемых пациентов}} \cdot 100.$$

Анализ диспансерной работы проводится в конце года по участкам, отделениям и учреждениям в целом. Анализ этих показателей проводят дифференцированно по характеру патологии, их оценивают в динамике.

К показателям, характеризующим работу лечебно-вспомогательных отделений (отделения медицинской реабилитации) относят:

- число процедур (по видам) на 100 посещений поликлиники;
- число процедур (по видам) на одного пролеченного в отделении дневного пребывания;
- структуру процедур по видам и др.

Показатели, характеризующие работу лабораторно-диагностических отделений:

- число исследований (по видам) на 100 посещений поликлиники;
- число исследований (по видам) на одного пролеченного в отделении дневного пребывания;
- структура исследований по видам;
- удельный вес сложных видов исследований и специализированных исследований;
- число исследований на одну занятую должность врача;
- нагрузка врача отделения и др.

Самостоятельная работа студентов

Каждый студент должен выполнить индивидуальное задание по расчету и оценке показателей деятельности поликлиники по данным годовых отчетов. Цифровые отчетные данные студенты получают, используя «Отчет о деятельности лечебно-профилактической организации» (форма 1-организация), «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных в возрасте 18 лет и старше, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» (форма 1-заболеваемость).

Итоговый контроль знаний по теме проводится на ПЭВМ.

Литература

Основная

1. *Социальная гигиена и организация здравоохранения* / под ред. А. Ф. Серенко, В. В. Ермакова. М. : Медицина, 1984.
2. *Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения* / под ред. Ю. П. Лисицына, Н. Я. Копыта. М. : Медицина, 1984.

Дополнительная

1. *Лисицын, Ю. П.* Общественное здоровье и здравоохранение : учеб. / Ю. П. Лисицын. М. : ГЭОТАР-Мед, 2002.
2. *Канеп, В. В.* Научная организация труда в учреждениях здравоохранения / В. В. Канеп, Л. Л. Липовицкая. 2-е изд. М. : Медицина, 1981.
3. *Организация общей врачебной практики* / Р. А. Галкин [и др.]. Самара : Самарский Дом печати, 1997.
4. *Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения* : в 2 т. / под ред. Ю. П. Лисицына. М. : Медицина, 1987. Т. 2.
5. *Поликлиническое дело* / В. А. Миняев [и др.]. М. : Медицина, 1987.
6. *Общественное здоровье и здравоохранение* : учеб. для студ. / под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. М. : МЕДпресс-информ, 2003.
7. *Социальная медицина и организация здравоохранения* : рук. для студ., клинических ординаторов и аспирантов : в 2 т. / В. А. Миняев [и др.]. СПб. : Водoley, 1998. Т. 1.
8. *Медик, В. А.* Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению : в 2 ч. / В. А. Медик, В. К. Юрьев. М. : Медицина, 2003. Ч. 2.

**Расчетные нормы обслуживания взрослого населения для врачей
государственных амбулаторно-поликлинических организаций (подразделений)
системы МЗ Республики Беларусь**

Наименование должности врача (приказ МЗ Республики Беларусь № 104 от 01.07.2002)	Пер- вичный прием, мин	Время на 1 посещение, мин		
		Профилакти- ческие осмот- ры в выде- ленные дни или часы (в поликлинике и на выездах)	Консульта- тивное посе- щение в го- родской (рай- онной) поли- клинике	Консульта- тивное посе- щение обла- стного, рес- публиканско- го уровня
Врач общей практики	15	9	–	–
Врач-терапевт	15	9	15	20
Врач-терапевт участковый	15	9	–	–
Врач-терапевт подростковый	–	9	13	17
Врач-акушер-гинеколог	12	10	15	17
Врач-хирург	8	5	9	12
Врач-уролог	–	–	13	17
Врач-офтальмолог	9	6	13	13
Врач-оториноларинголог	9	7	9	12
Врач-нейрохирург	–	–	20	30
Врач-сердечно-сосудистый хирург	–	–	15	20
Врач-торакальный хирург	–	–	17	24
Врач-травматолог-ортопед	9	–	10	12
Врач-проктолог	–	–	10	15
Врач-онколог	13	6	13	18
Врач-невролог	13	9	15	20
Врач-психиатр	–	10	20	30
Врач-психиатр-нарколог	–	–	13	17
Врач-психотерапевт*	–	–	–	–
Врач-психолог*	–	–	–	–
Врач-реабилитолог	15	–	25	25
Врач-реабилитолог эксперт	–	–	20	30
Врач по лечебной физкультуре	–	–	20	20
Врач спортивной медицины	–	6	10	12
Врач-дерматовенеролог	9	6	10	13
Врач-аллерголог	–	–	15	18
Врач-эндокринолог	15	6	17	24
Врач-гастроэнтеролог	–	–	15	15
Врач-гематолог	–	–	15	20
Врач-генетик	–	–	–	30
Врач-гериатр	15	–	20	20
Врач-кардиолог	15	10	20	24
Врач-ревматолог	12	–	17	20
Врач-пульмонолог	–	–	15	15
Врач-нефролог	–	–	15	20
Врач-профпатолог	15	–	15	20
Врач-инфекционист	15	–	15	17

Наименование должности врача (приказ МЗ Республики Беларусь № 104 от 01.07.2002)	Первичный прием, мин	Время на 1 посещение, мин		
		Профилактические осмотры в выделенные дни или часы (в поликлинике и на выездах)	Консультативное посещение в городской (районной) поликлинике	Консультативное посещение областного, республиканского уровня
Врач-фтизиатр	–	–	13	15
Врач-стоматолог-терапевт	30	7	30	40
Врач-стоматолог (стоматолог общей практики)	30	7	30	40
Врач-стоматолог-ортодонт	–	–	30	40
Врач-стоматолог-ортопед	30	–	30	40
Врач-стоматолог-хирург	12	–	15	20
Врач челюстно-лицевой хирург	–	–	12	20
Врач-косметолог	–	–	12	15
Врач-сексолог	–	–	30	60

Примечание. 1. По должностям врачей-стоматологов при ведении специалистами смешанного приема (терапевтический, хирургический) применяются расчетные нормы обслуживания, предусмотренные для врачей-стоматологов-терапевтов и врачей-стоматологов-хирургов пропорционально времени, затрачиваемому на соответствующие виды работ.

2. Время проведения оперативных вмешательств врачами хирургического профиля (перечень указан в пункте 2.2 приложения № 4 к приказу МЗ Республики Беларусь от 1 февраля 2000 г. № 34) учитывается соответственно времени, затрачиваемому на проведение операций.

3. Расчетная норма времени по обслуживанию на дому разрабатывается на местах с учетом конкретных условий работы специалистов (компактность и отдаленность участков, обеспечение транспортом и др.) и утверждается руководителем организации.

4. Руководителям организаций здравоохранения по согласованию с профсоюзными комитетами на основе хронометража рабочего времени и условий работы предоставляется право устанавливать конкретные нормы времени на амбулаторно-поликлиническое обслуживание населения, изменять их. Утвержденные конкретные нормы обслуживания отражаются в коллективных договорах и правилах внутреннего трудового распорядка.

* Для врачей-психотерапевтов, врачей-психологов на первичное посещение отводится 45 мин, на сеанс индивидуальной психотерапии — 45 мин, сеанс коллективной психотерапии — 5–8 посещений (чел.) в час, повторное посещение — 4 чел./ч.

Оглавление

Мотивационная характеристика темы	3
Организация работы поликлиники	4
Структура поликлиники	6
Анализ деятельности поликлиники	28
Самостоятельная работа студентов	32
Литература.....	33
Приложение.....	34

Репозиторий БГМУ