

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

В. М. ДОРОФЕЕВ

**ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-
ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4, 5 курсов медицинских вузов**

Гомель 2008

УДК 614.2

ББК 51.1

Д 69

Автор:

В. М. Дорофеев

Рецензенты:

проректор по лечебной работе и последипломному образованию
Гомельского государственного медицинского университета,
доктор медицинских наук, профессор *В. В. Аничкин*,
заведующий кафедрой общей гигиены, экологии и радиационной
медицины Гомельского государственного медицинского университета,
кандидат медицинских наук, доцент *В. Н. Бортновский*,
зав. кафедрой поликлинической терапии и общеврачебной практики
Гомельского государственного медицинского университета,
кандидат медицинских наук, доцент *Э. Н. Платошкин*

Дорофеев, В. М.

Д 69 Организация амбулаторно-поликлинической помощи городскому населению: учеб.-метод. пособие для студентов медицинских вузов / В. М. Дорофеев — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2008. — 64 с.

ISBN 978-985-506-124-4

Изложены основы организации амбулаторно-поликлинической помощи, задачи и структура городской поликлиники, порядок работы с первичной медицинской и отчетной документацией амбулаторно-поликлинического учреждения. Предназначено для проведения занятий на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с целью получения знаний, умений и навыков. Усвоение учебного материала позволит проводить анализ состояния здоровья обслуживаемого населения, планировать и оценивать деятельность городской поликлиники.

Утверждено и рекомендовано к изданию Центральным учебным научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 06 марта 2008 г., протокол № 3.

УДК 614.2

ББК 51.1

ISBN 978-985-506-124-4

© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2008

ВВЕДЕНИЕ

Амбулаторно-поликлиническая помощь по своему содержанию, значению и объему занимает особое место в системе здравоохранения Республики Беларусь. Являясь основным звеном первичной медико-санитарной помощи амбулаторно-поликлиническая помощь еще и самый массовый и доступный вид лечебно-профилактической помощи. Учитывая относительно низкую стоимость амбулаторно-поликлинической помощи и профилактическую направленность развитие этого вида лечебно-профилактической помощи, в отличие от больничной и скорой медицинской помощи, является приоритетным в современных условиях реформирования системы здравоохранения.

Цель занятия

Приобретение студентами теоретических знаний и практических навыков, касающихся организации деятельности амбулаторно-поликлинической организации, основных направлений работы участкового врача терапевта, вопросов диспансеризации населения, расчета и анализа основных показателей городской поликлиники.

Задачи занятия

1. Ознакомиться с особенностями амбулаторно-поликлинической помощи, типами амбулаторно-поликлинических организаций, принципами работы городской поликлиники.

2. Изучить задачи, функции и структуру городской поликлиники, ее основных подразделений, вопросы взаимодействия с другими лечебно-профилактическими и санитарно-профилактическими организациями.

3. Ознакомиться с примерными должностными обязанностями заведующего терапевтическим отделением и участкового врача терапевта городской поликлиники.

4. Усвоить суть, задачи диспансеризации населения, роль и объемы работы отдельных подразделений и специалистов поликлиники при осуществлении постоянного динамического наблюдения прикрепленного населения.

5. Изучить первичную медицинскую документацию, формы годовых статистических отчетов амбулаторно-поликлинической организации.

6. Освоить методику анализа данных, характеризующих состояние здоровья прикрепленного населения, деятельность поликлиники и участкового врача терапевта; ознакомиться с примерной Моделью конечных результатов городской поликлиники.

Требования к исходному уровню знаний

Студенты должны **знать**:

— основные положения Программы развития здравоохранения Республики Беларусь, касающиеся амбулаторно-поликлинической помощи;

- нормативы, используемые для планирования амбулаторно-поликлинической помощи, типы амбулаторно-поликлинических организаций;
- основные задачи, функции и принцип организации работы поликлиники;
- структуру городской поликлиники и ее основных подразделений;
- должностные обязанности участкового врача терапевта, заведующего терапевтическим отделением;
- вопросы диспансеризации населения;
- формы первичной медицинской документации и годовых статистических отчетов амбулаторно-поликлинической организации.

Студенты должны уметь:

- планировать объем амбулаторно-поликлинической помощи;
- определять функцию врачебной должности;
- оценить эффективность работы участкового врача терапевта;
- провести расчет показателей, характеризующих состояние здоровья обслуживаемого населения и деятельность поликлиники на основании данных статистических отчетов;
- анализировать и оценивать деятельность городской поликлиники на основании Модели конечных результатов.

Контрольные вопросы по теме занятия

1. Значение амбулаторно-поликлинической помощи в медицинском обслуживании населения.
2. Типы амбулаторно-поликлинических учреждений.
3. Цель, задачи и функции городской поликлиники.
4. Преемственность в оказании амбулаторно-поликлинической, стационарной и скорой медицинской помощи.
5. Организационная структура городской поликлиники.
6. Основные задачи и функции руководства поликлиникой и кабинета медицинской статистики.
7. Задачи регистратуры поликлиники.
8. Структура и задачи отделения профилактики.
9. Задачи терапевтического отделения поликлиники и функции заведующего терапевтическим отделением.
10. Участково-территориальный принцип работы поликлиники.
11. Обязанности участкового врача терапевта.
12. Оценка эффективности деятельности участкового врача-терапевта.
13. Стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи.
14. Нормирование объемов амбулаторно-поликлинической помощи.
15. Посещения, их виды и учет.
16. Функция врачебной должности и нормы времени обслуживания взрослого населения врачами государственных организаций здравоохранения.
17. Диспансеризация населения, формы диспансерного наблюдения, объемы диспансерных осмотров.

18. Группы диспансерного наблюдения, оценка организации, качества и эффективности диспансеризации.
19. Первичная медицинская документация поликлиники.
20. Учет заболеваний в поликлинике.
21. Формы статистических отчетов поликлиники.
22. Модель конечных результатов поликлиники.

УЧЕБНЫЙ МАТЕРИАЛ

Амбулаторно-поликлиническая помощь является ведущей в медицинском обслуживании населения, как наиболее массовый и доступный вид медицинской помощи. Этот вид медицинской помощи имеет целый ряд преимуществ, так как обеспечивает предупреждение, раннее выявление и своевременное лечение заболеваний.

Одним из важнейших направлений реформирования здравоохранения на современном этапе является приоритетное развитие амбулаторно-поликлинической помощи. В Республике Беларусь создана широкая сеть организаций здравоохранения для оказания населению амбулаторно-поликлинической помощи. В соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения, утвержденной Минздравом Республики Беларусь, к амбулаторно-поликлиническим учреждениям относятся:

1. Амбулатория.
2. Амбулатория врача общей практики.
3. Городская поликлиника.
4. Детская городская поликлиника.
5. Детская городская стоматологическая поликлиника.
6. Здравпункт врачебный.
7. Здравпункт фельдшерский.
8. Косметологическая лечебница.
9. Поликлиника ведомственная.
10. Стоматологическая поликлиника.
11. Фельдшерско-акушерский пункт.
12. Физиотерапевтическая поликлиника.
13. Центральная районная поликлиника.

Кроме того, амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают поликлинические отделения больниц, родильных домов, специализированных диспансеров.

Городская поликлиника (далее — поликлиника) — многопрофильная лечебно-профилактическая медицинская организация, предназначенная для осуществления в районе своей деятельности широких профилактических мер по предупреждению и снижению заболеваемости и инвалидности; диспансеризации населения; раннего выявления больных; оказания

консультативной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи; проведения медицинской реабилитации; формирования здорового образа жизни.

Поликлиника организуется в установленном порядке в городах, рабочих поселках и поселках городского типа, может входить в состав больничного учреждения или территориального медицинского объединения на правах структурного подразделения для оказания амбулаторно-поликлинической помощи населению, проживающему в районе ее деятельности по участковому (территориальному) принципу.

Основной целью поликлиники является сохранение и укрепление здоровья прикрепленного по медицинскому обслуживанию населения, удовлетворение потребностей населения в квалифицированной специализированной медицинской помощи. В соответствии с основной целью **задачами поликлиники** являются:

- 1) оказание квалифицированной специализированной медицинской помощи населению обслуживаемой территории в поликлинике и на дому;
- 2) совершенствование организации медицинской помощи, внедрение в практику работы стационарзамещающих технологий;
- 3) организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности населения;
- 4) организация и осуществление диспансеризации населения;
- 5) обеспечение преемственности в деятельности поликлиники, стационаров, диспансеров, диагностических центров, научно-практических центров и других организаций и учреждений;
- 6) совершенствование организационных форм и методов работы поликлиники, направленных на повышение качества и эффективности лечебно-диагностической работы и медицинской реабилитации больных и инвалидов;
- 7) проведение работы по гигиеническому воспитанию населения.

Для осуществления этих задач поликлиника организует и проводит:

- 1) оказание первой и неотложной медицинской помощи пациентам при острых и внезапных заболеваниях, травмах, отравлениях и других несчастных случаях;
- 2) своевременное и квалифицированное оказание амбулаторной помощи в соответствии с установленными объемами и стандартами;
- 3) оказание врачебной помощи на дому пациентам, которые по состоянию здоровья и характеру заболевания не имеют возможности посетить поликлинику, нуждаются в постельном режиме, систематическом наблюдении или решении вопроса о госпитализации;
- 4) раннее выявление заболеваний, квалифицированное и в полном объеме в соответствии со стандартом обследование больных и здоровых, обратившихся в поликлинику;

5) оказание лечебно-профилактической и реабилитационной помощи в условиях дневного стационара и стационара на дому;

6) своевременную госпитализацию лиц, нуждающихся в стационарном лечении, с предварительным обследованием их на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами обследования;

7) все виды профилактических осмотров (предварительных при поступлении на работу, периодических, целевых и др.);

8) диспансеризацию здоровых и больных лиц в соответствии с действующими инструктивными документами;

9) раннюю медицинскую реабилитацию больных;

10) противоэпидемические мероприятия (совместно с центрами гигиены и эпидемиологии): прививки, выявление и госпитализация инфекционных больных, динамическое наблюдение за контактами с инфекционными больными и реконвалесцентами;

11) проведение лечебно-диагностических мероприятий по выявлению туберкулеза, заболеваний передающихся половым путем, своевременную передачу информации о выявленных больных в соответствующие медицинские организации;

12) экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности больных, выдачу листков нетрудоспособности и трудовых рекомендаций;

13) отбор на медицинскую реабилитацию на санаторно-курортном этапе, направление на МРЭК лиц с признаками стойкого ограничения жизнедеятельности;

14) гигиеническое воспитание населения;

15) проведение медицинской реабилитации больным с нарушениями функций, ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью;

16) мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала;

17) осуществление деятельности по привлечению внебюджетных средств в соответствии с действующим законодательством;

18) учет деятельности персонала и структурных подразделений поликлиники, составление отчетов по утвержденным формам и анализ статистических данных, характеризующих работу поликлиники.

Преимственность в оказании медицинской помощи — это организационная система взаимодействия лечебно-профилактических организаций, обеспечивающая непрерывность, последовательность и адекватность медицинского обслуживания на различных этапах оказания лечебно-профилактической помощи. Амбулаторно-поликлиническая помощь является основным звеном этой системы и, кроме всего прочего, определяет объемы больничной и скорой медицинской помощи. Так, неадекватное наблюдение врачами поликлиники лиц пожилого и старческого возраста, тяжелых хронических больных приводит к необоснованно высокому уровню

и росту числа выездов скорой медицинской помощи, недостаточная подготовка больного на догоспитальном этапе приводит к увеличению длительности пребывания больного в стационаре и т. д.

Мощность амбулаторно-поликлинической организации (подразделения) определяется плановым числом посещений в смену. Для учреждений, построенных по типовым или индивидуальным проектам, в которых указана проектная мощность в посещениях в смену, плановая мощность принимается равной проектной. Если проектная мощность выражена числом посещений в день, то плановая мощность принимается равной 60% от проектной. При отсутствии проектной документации, или если в проекте не указана мощность учреждения в посещениях в смену (в день), плановая мощность определяется расчетным путем как частное от деления их фактически занимаемой площади на нормативный показатель площади. Для самостоятельной городской поликлиники этот нормативный показатель равен $6,8 \text{ м}^2$ на 1 посещение в смену, для входящих в состав других лечебно-профилактических организаций — $4,6 \text{ м}^2$ на 1 посещение в смену.

Примерная организационная структура городской поликлиники.

1. Руководство поликлиники.
2. Регистратура.
3. Отделение профилактики.
4. Лечебно-профилактические подразделения:
 - 4.1 Терапевтические отделения, включая стационар на дому.
 - 4.2 Кабинет поликлинической группы государственного регистра лиц, пострадавших от воздействия катастрофы на ЧАЭС.
 - 4.3 Процедурный кабинет.
 - 4.4 Хирургическое отделение (кабинет).
 - 4.5 Урологический кабинет.
 - 4.6 Травматологическое отделение (кабинет) с антирабическим кабинетом.
 - 4.7 Офтальмологическое отделение (кабинет).
 - 4.8 Оториноларингологическое отделение (кабинет).
 - 4.9 Неврологическое отделение (кабинет).
 - 4.10 Кардиологический кабинет.
 - 4.11 Ревматологический кабинет.
 - 4.12 Эндокринологический кабинет.
 - 4.13 Онкологический кабинет.
 - 4.14 Кабинет инфекционных заболеваний.
 - 4.15 Стоматологическое отделение (кабинет).
 - 4.16 Отделение ортопедической стоматологии с зубопротезной лабораторией.
 - 4.17 Дерматовенерологический кабинет.
 - 4.18 Отделение медицинской реабилитации (физиотерапевтический кабинет, кабинет иглорефлексотерапии, логопедический кабинет, кабинет лечебной физкультуры, дневной стационар).

5. Женская консультация (акушерско-гинекологическое отделение).
6. Детское отделение.
7. Вспомогательно-диагностические подразделения (клинико-диагностическая лаборатория, отделение лучевой диагностики, рентгенологический кабинет, флюорографический кабинет, кабинет ультразвуковой диагностики, отделение (кабинет) функциональной диагностики, эндоскопический кабинет).
8. Централизованная стерилизационная.
9. Кабинет медицинской статистики.
10. Административно-хозяйственная часть (бухгалтерия, отдел кадров, кабинет юриста, кабинет инженера по гражданской обороне, кабинет инженера по охране труда и технике безопасности, архив).

К **руководству поликлиники** относятся главный врач и его заместители, главная медицинская сестра.

Главный врач является организатором лечебно-профилактической, административно-хозяйственной и финансовой деятельности поликлиники. На главного врача возлагаются функции обеспечения подбора и укомплектование организации кадрами, планирование работы по всем направлениям деятельности, контроль выполнения основных показателей деятельности, обеспечение координации деятельности структурных подразделений поликлиники, а также связь с другими медицинскими организациями по вопросам оказания медицинской помощи прикрепленному населению.

Основными задачами **заместителя главного врача поликлиники по медицинской части** является руководство лечебно-диагностическими и профилактическими мероприятиями, внедрение и широкое применение в практике работы отделений, кабинетов и служб современных методов диагностики, лечения и профилактики, обеспечение доступности, качества и культуры медицинского обслуживания населения, рабочих и специалистов промышленных предприятий и учреждений. Заместителю главного врача по медицинской части непосредственно подчиняются заведующие отделениями и врачи специализированных кабинетов.

Заместитель главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе трудоспособности поликлиники руководит и несет ответственность за организацию и проведение всех необходимых мероприятий по сокращению потерь, за правильную постановку экспертизы трудоспособности и организацию медицинской реабилитации в поликлинике.

Основными задачами **главной медицинской сестры поликлиники** являются рациональная организация труда среднего и младшего медицинского персонала и обеспечение своевременного выполнения врачебных назначений пациентам в поликлинике и на дому. Главной медицинской сестре городской поликлиники подчиняется весь средний и младший медицинский персонал поликлиники.

Регистратура поликлиники обеспечивает управление потоком пациентов в поликлинике, хранение и выдачу медицинской информации о па-

циенте в виде медицинских карт амбулаторного больного или полученной в результате автоматизированного учета. Непосредственное руководство работой регистратуры городской поликлиники осуществляет старшая медицинская сестра регистратуры.

Основными задачами регистратуры поликлиники являются:

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

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

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

В соответствии с указанными задачами регистратура осуществляет:

1) информацию населения о времени приема врачей с указанием дней и часов приема, номеров кабинетов;

2) информацию о правилах вызова врача на дом, о порядке предварительной записи на прием к врачам, о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями; адреса аптек, поликлиник, стационаров, оказывающих экстренную медицинскую помощь населению в вечернее, ночное время и в воскресные и праздничные дни;

3) информацию о порядке работы поликлиники;

4) запись на прием к врачам поликлиники и регистрацию вызовов врачей на дом. Направляет в установленном порядке обратившихся в поликлинику на флюорографическое обследование и на профилактические осмотры; дает информацию о платных медицинских услугах;

5) подбор медицинских карт амбулаторных больных, записавшихся на прием или вызвавших врача на дом; доставку медицинских карт в кабинеты врачей;

6) оформление листков и справок временной нетрудоспособности, подтверждение соответствующими печатями выданных пациентам справок, направлений, рецептов и выписок из историй болезни, строгий их учет и регистрацию в специальных журналах или банках данных на ПЭВМ.

В составе регистратуры городской поликлиники имеется: 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.

В состав отделения профилактики поликлиники входят:

— 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.

Основными задачами отделения профилактики являются:

- 1) организация раннего выявления больных и лиц с повышенным риском заболевания;
- 2) организация и проведение предварительных и периодических профилактических осмотров;
- 3) организация и контроль проведения диспансеризации;
- 4) организация и контроль проведения профилактических прививок подросткам и 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 здорового образа жизни и борьбе с вредными привычками.

В соответствии с указанными задачами отделение профилактики поликлиники осуществляет:

- 1) планирование работы поликлиники по организации профилактических осмотров и диспансеризации населения;
- 2) направление всех больных, впервые обратившихся в данном году, на профилактическую флюорографию, женщин — в смотровой кабинет;
- 3) предварительную подготовку больных к врачебному приему и профилактическому осмотру;
- 4) измерение артериального и внутриглазного давления (лицам, предъявляющим жалобы, а также всем в возрасте свыше 40 лет);
- 5) направление на взятие анализа крови и других биологических материалов на раннее выявление диабета, ВИЧ-инфекции и других заболеваний;
- 6) организацию и обеспечение централизованного учета и контроля проводимых профилактических осмотров здоровых и больных, состоящих на диспансерном наблюдении;
- 7) проведение профилактических осмотров лиц, подлежащих предварительным и периодическим осмотрам (поступающих на работу и учебу и декретированных контингентов);
- 8) подготовку и передачу врачам-специалистам медицинской документации на выявленных больных и лиц с повышенным риском заболевания для дополнительного обследования, диспансерного наблюдения и лечения.

Задачами терапевтического отделения поликлиники являются:

- 1) оказание квалифицированной медицинской помощи в поликлинике и на дому;
- 2) организация и проведение комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертно-

сти среди обслуживаемого населения; предупреждение распространения инфекционных заболеваний;

3) проведение диспансеризации лиц, перенесших острые и страдающих хроническими заболеваниями, а также лиц с повышенным риском заболеваний;

4) организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни;

5) динамическое наблюдение за здоровьем населения.

Руководит работой терапевтического отделения заведующий, который:

1) систематически консультирует пациентов, представляемых врачами отделения; в случае необходимости привлекает для консультации врачей других специальностей, работающих в данной поликлинике;

2) планирует и контролирует своевременность, эффективность и качество диспансерного наблюдения за лицами, состоящими на учете;

3) контролирует правильность диагностики и объем лечебно-диагностических мероприятий, проводимых врачами отделения, выборочно проверяя медицинские карты больных после приема и после посещений врачом пациентов на дому;

4) контролирует качество экспертизы временной нетрудоспособности путем специальной выборочной проверки медицинских карт больных с первично выданными больничными листками;

5) обеспечивает правильность отбора пациентов на санаторно-курортное лечение;

6) осуществляет временную замену врачей, отсутствующих на работе, как на приеме, так и по вызовам;

7) анализирует нагрузку врачей на приеме и по вызовам, удельный вес активных посещений на дому, повторные вызовы, объем и качество диспансерных осмотров, ведение диспансерного учета и пр.;

8) проверяет своевременное и правильное заполнение врачами отделения медицинской документации;

9) внедряет в практику работы отделения передовые формы и методы диагностики, профилактики заболеваний и организации труда;

10) составляет годовой план работы отделения, план повышения квалификации врачей отделения;

11) организует в отделении работу по повышению квалификации врачей, средних медицинских работников по их подготовке к аттестации путем систематической проверки и анализа показателей работы каждого работника;

12) ежемесячно составляет графики работы и отпусков персонала отделения с учетом равномерного обеспечения населения медицинской помощью в отдельные дни недели, праздничные дни, в вечерние и утренние часы;

13) обеспечивает плановую госпитализацию с обязательным осмотром пациентов;

14) проводит конференции отделения с клиническим разбором сложных случаев диагностики и лечения, анализом расхождения диагнозов госпитализированных пациентов, с реферативными и тематическими обзорами периодической печати; направляет врачей отделения на научно-практические и клиничко-анатомические конференции;

15) готовит отчет о работе отделения за год с детальным анализом показателей лечебно-профилактической работы отделения.

Ведущим организационным принципом, на основе которого строится деятельность поликлиники, является **участково-территориальный принцип**. Вся территория обслуживания делится на участки, за каждым участком закреплен **участковый врач-терапевт**. В соответствии с государственными социальными стандартами обеспеченности населения врачами на одного участкового врача-терапевта приходится 1700 человек взрослого населения. Вместе с тем, численность населения, прикрепленного для обслуживания к врачу-терапевту участковому, устанавливается заведующим отделением или главным врачом в соответствии с действующими нормативами и учетом половозрастного состава и плотности населения участка, сложившейся посещаемости и других факторов. Формирование контингентов населения, которым врач-терапевт участковый оказывает медицинскую и профилактическую помощь, проводится по данным физической переписи населения.

Врач-терапевт участковый обязан обеспечивать:

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

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

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

4) своевременную госпитализацию терапевтических пациентов с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации, проведение при необходимости дальнейшего амбулаторного лечения пациентов после выписки их из стационара;

5) изучение состояния здоровья обслуживаемого населения, выявление лиц с риском заболеваний и осуществление необходимых оздоровительных мероприятий;

6) консультацию пациентов в необходимых случаях заведующим терапевтическим отделением, врачами других специальностей поликлиники и других организаций здравоохранения;

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

8) организацию и проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка (выявление, взятие на учет, динамическое наблюдение, лечебно-оздоровительные мероприятия); анализ эффективности и качества диспансеризации;

9) содействие в решении медико-социальных проблем пациентов;

10) выдачу заключений жителям своего участка, проходящим медицинские осмотры и отъезжающим за рубеж;

11) организацию и проведение профилактических прививок и дегельминтизации населения участка;

12) раннее выявление, диагностику и лечение инфекционных заболеваний, немедленную сигнализацию заведующему терапевтическим отделением и врачу кабинета инфекционных заболеваний о всех случаях массовых инфекционных заболеваний или подозрительных на инфекцию пациентов, о пищевых и профессиональных отравлениях, о всех случаях нарушения режима и невыполнения противоэпидемических требований инфекционными больными, оставленными для лечения на дому; своевременное направление в соответствующий ЦГЭ и ОЗ экстренных извещений;

13) противоэпидемические мероприятия (совместно с центрами гигиены, эпидемиологии): плановую и экстренную иммунопрофилактику, выявление инфекционных пациентов, динамическое наблюдение за лицами, бывшими в контакте с заразным больным, и за реконвалесцентами;

14) проверку здоровья обращающихся в связи с поступлением в учебные заведения, на работу, занятием спортом, проведением оздоровительных мероприятий, иммиграцией и др.;

15) экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в соответствии с действующими положениями;

16) направление в медико-реабилитационные экспертные комиссии (МРЭК) лиц с признаками стойкого ограничения жизнедеятельности;

17) активное и систематическое проведение работы по гигиеническому воспитанию населения, борьбе с вредными привычками, организацию и проведение школ здоровья и др.;

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

19) оформление и ведение соответствующей учетной и отчетной медицинской документации.

В соответствии с Программой развития здравоохранения Республики Беларусь одним из основных направлений деятельности в области совершенствования медицинской помощи является внедрение технологий, снижающих потребность в госпитализации больных в стационары с круглосуточным режимом пребывания. Для внедрения указанных технологий необходимо, в частности, обеспечить развитие сети дневных стационаров амбулаторно-поликлинических организаций и стационаров на дому.

Дневной стационар поликлиники входит в состав отделения медицинской реабилитации. Профиль дневного стационара, его мощность, штатная структура и режим работы определяются и утверждаются главным врачом по согласованию с вышестоящими органами управления здравоохранения, с учетом численности населения, характера деятельности, потребности, а также имеющейся базы лечебно-профилактической организации. Дневной стационар имеет необходимую площадь для размещения в соответствии с санитарно-гигиеническими нормами и требованиями, а также медицинское оборудование, инструментарий и инвентарь согласно табелю оснащения. Оказание лечебно-диагностической помощи пациентам дневного стационара обеспечивается с привлечением соответствующих структурных подразделений поликлиники.

В зависимости от вида, объема и характера оказываемой медицинской помощи и системы организации работы, дневной стационар может быть многопрофильным или специализированным. Как показывает практика, наиболее часто лечатся в дневном стационаре больные терапевтического, гинекологического и психоневрологического профилей. В то же время, созданные при амбулаторно-поликлинических организациях дневные стационары дают возможность проводить диагностические, лечебные и реабилитационные мероприятия по поводу самых различных заболеваний в соответствии с реальными потребностями в тех или иных видах медицинской помощи.

При решении вопроса о направлении в дневной стационар особое внимание необходимо уделять диспансерной группе больных, длительно и часто болеющим. Для них пребывание в условиях дневного стационара является эффективным профилактическим мероприятием. На дневной стационар возлагается также весьма важная функция осуществления реабилитационного и комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин.

В соответствии с общими показаниями, на лечение в дневной стационар могут направляться следующие больные:

1) 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 гипосенсибилизирующая терапия, инъекции пирогенала, внутрисуставное введение лекарственных средств и др.);

2) 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, артериальным давлением, ЭКГ, пульсом, дыханием;

3) требующие медицинского наблюдения в течение нескольких часов после проведения оперативных вмешательств;

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

5) 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;

6) 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);

7) 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 тахикардии и др.);

8) после первого этапа круглосуточного лечения в стационаре с уточненным диагнозом (после проведенного диализа, после купирования пароксизмов тахикардии, тахикардий и др.);

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

10) лица, нуждающиеся в контролируемом лечении;

11) лица из групп риска, в т. ч. риска развития профессиональной патологии, нуждающиеся в проведении комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий.

Существует ряд общих противопоказаний к пребыванию в дневном стационаре амбулаторно-поликлинических организаций:

1) общее тяжелое состояние больного, обуславливающее необходимость круглосуточного врачебного наблюдения и медицинского ухода;

2) необходимость круглосуточного парентерального введения медикаментов;

3) необходимость соблюдения больным строгого постельного либо диетического режима;

4) значительное ограничение у больного возможности самостоятельного передвижения или самообслуживания;

5) регулярное ухудшение состояния здоровья больного (обострение заболевания) в ночное время;

6) наличие заболеваний, при которых пребывание больного на открытом воздухе по пути в дневной стационар и из него может вызвать ухудшение состояния его здоровья;

- 7) острые воспалительные процессы, лихорадочные состояния;
- 8) тяжелое сопутствующее заболевание, осложнение основного заболевания;
- 9) некоторые формы социально-обусловленных заболеваний (открытые формы туберкулеза, активные формы венерических заболеваний, контактные кожные заболевания и др.).

При поступлении в дневной стационар по направлению врачей амбулаторно-поликлинической организации пациент представляет направление на госпитализацию установленной формы с результатами необходимых обследований, документ, удостоверяющий личность, и амбулаторную карту; при направлении из круглосуточного стационара — «Выписку из медицинской карты стационарного больного» с рекомендуемыми к продолжению лечебными мероприятиями.

При приеме больного медицинская сестра регистрирует его в «Журнале приема больных и отказов в госпитализации» (ф. № 001/у), вносит его паспортные данные в «Карту больного дневного стационара поликлиники» (ф. № 003–2/у–88), знакомит его с распорядком работы и режимом дневного стационара.

В случае отказа в госпитализации врач делает записи в «Журнале приема больных и отказов в госпитализации» и в амбулаторной карте больного о причинах отказа и принятых мерах, а больной сопровождается медицинской сестрой на прием к участковому врачу или заведующему структурным подразделением амбулаторно-поликлинической организации.

Выписка из дневного стационара осуществляется:

- при выздоровлении;
- при стойком улучшении;
- при необходимости перевода в другую организацию здравоохранения.

Перед выпиской производится заключительный осмотр больного; в день выписки ему выдаются копия эпикриза и листок временной нетрудоспособности. Первый экземпляр эпикриза вклеивается в «Карту больного дневного стационара поликлиники», второй — в амбулаторную карту. После выписки больного его «Карта больного дневного стационара поликлиники» оформляется и сдается в медицинский архив.

Стационар на дому организуется для оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам, которые по тяжести состояния не могут получать амбулаторное лечение в условиях поликлиники, но при этом в силу объективных причин не могут быть госпитализированы в стационар круглосуточного пребывания.

Существует 2 метода организации работы врачей и медсестер в стационарах на дому:

— централизованный, когда для работы в стационаре на дому выделяются штатные должности врача и медсестер (могут обслуживать в день 12–14 больных);

— децентрализованный, наиболее распространенный, стационар на дому организуется в составе терапевтического отделения. При этом врач может наблюдать 2–3-х больных своего участка.

В выходные дни пациенты в стационарах на дому обслуживаются дежурной службой.

Отбор больных для лечения в стационар на дому проводится заведующими профильных структурных подразделений по представлению лечащих участковых врачей и врачей-специалистов.

В стационаре на дому обеспечивается активное лечение пациентов, которые не могут быть госпитализированы в стационары, при следующих условиях:

— бытовые условия позволяют организовать полноценное лечение и уход за пациентами на дому;

— имеется возможность на должном уровне обеспечить пациента необходимыми диагностическими, лечебными и профилактическими мероприятиями;

— имеется желание и согласие пациента или его родственников лечиться в условиях стационара на дому.

Объем помощи включает ежедневный или регламентированный сроками наблюдения осмотр врачом, внутривенные или внутримышечные инъекции, капельницы, ЛФК, клиничко-лабораторные и ЭКГ-исследование, консультации специалистов поликлиники и др.

При ухудшении течения заболеваний больной должен быть незамедлительно переведен в стационар круглосуточного пребывания.

Медикаменты в стационаре на дому приобретаются за счет больных; больным, имеющим право на льготное обеспечение, медикаменты выписываются в соответствии их льготам. Предметы ухода больных обеспечивает поликлиника.

На больного, находящегося в стационаре на дому, все записи производятся в медицинской карте амбулаторного больного с обязательным написанием эпикриза по окончании лечения. Показанием к окончанию лечения больного в стационаре на дому является выздоровление или стабилизация течения заболевания.

По данным некоторых авторов, пациентами стационара на дому в основном являются инвалиды и пенсионеры, лица трудоспособного возраста составляли до 7%. Средняя длительность лечения в стационаре на дому составляет около 8–10 дней. При этом экономия средств достигает 70% по сравнению с круглосуточным стационаром.

Использование стационара на дому оправдано при лечении больных трудоспособного возраста с острыми заболеваниями, когда требуется систематическое наблюдение за больным, назначение процедур и контроль соблюдения постельного режима, а также в случаях лечения тяжелых хронических (чаще нетранспортабельных) больных.

Кабинет медицинской статистики поликлиники выполняет следующие функции:

- 1) учет и обработка первичной медицинской документации, характеризующей деятельность поликлиники;
- 2) группировка статистической информации, расчет показателей, составление таблиц, сигнальных сводок, кодирование заболеваний;
- 3) анализ показателей здоровья обслуживаемого населения;
- 4) своевременное предоставление необходимой информации ведущим отделениями, врачам для анализа;
- 5) составление квартальных, годовых отчетов, своевременное представление их в вышестоящие организации;
- 6) расчет и анализ показателей работы поликлиники, функций врачебной деятельности, моделей конечных результатов деятельности поликлиники;
- 7) оперативная статистическая обработка показателей работы поликлиники и состояния здоровья обслуживаемого населения;
- 8) контроль оперативности и полноты учета, качества ведения медицинской документации в поликлинике.

НОРМИРОВАНИЕ, УЧЕТ И ОЦЕНКА ОБЪЕМА АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

Основным критерием объема амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой населению, является число врачебных посещений в поликлинике и на дому.

В соответствии со среднереспубликанскими нормативами объемов медицинской помощи, предоставляемой государственными организациями здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета, **норматив объема амбулаторно-поликлинической помощи** выражается в количестве посещений амбулаторно-поликлинических организаций и посещений больных врачами на дому в расчете на 1000 жителей и равен 10600 посещениям.

Посещение — контакт лица, обратившегося за медицинской помощью, консультацией, получением медицинского заключения или по другому поводу, с врачом в амбулаторно-поликлиническом учреждении (подразделении) или средним медицинским работником (на здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте) в часы, предусмотренные графиком работы для приема в учреждении или оказания помощи на дому.

Учету подлежат посещения к врачам:

- любых специальностей, ведущих амбулаторный, в том числе консультативный прием;
- вспомогательных отделений и кабинетов (лучевой терапии, физиотерапевтического, лечебной физкультуры, эндоскопии, функциональной диагностики и др.) при назначении процедур, в процессе контроля за лече-

нием, после окончания назначенного курса лечения, а также в случаях, когда процедура или исследование проводится лично врачом;

- психотерапевтам при проведении групповых занятий: число посещений учитывается по числу больных, занимающихся в группе;

- здравпунктов, цеховым терапевтам и др., ведущим прием на здравпунктах в часы, выделенные для амбулаторного приема;

- оказывающим медицинскую помощь в специально выделенное для амбулаторного приема время при выездах в другие лечебно-профилактические учреждения (районные больницы, участковые больницы и амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты);

- дневных стационаров поликлиник и стационаров на дому.

Посещения, сделанные в течение дня больным к одному и тому же врачу, учитываются как одно посещение.

Профилактические осмотры детей в детских дошкольных учреждениях, школах, профилактические осмотры населения, включая периодические осмотры рабочих промышленных предприятий, предприятий и организаций сельского хозяйства, работников детских, коммунальных и других учреждений, включаются в число посещений, независимо от того, проведены ли они в стенах поликлиники или непосредственно на предприятиях (в учреждениях), при наличии соответствующей записи о проведенной работе в медицинской карте амбулаторного больного (ф. № 025/у-87), истории развития ребенка (ф. № 112/у), медицинской карте ребенка (ф. № 026/у).

Учету как посещения к врачам не подлежат:

- случаи оказания медицинской помощи персоналом станций (отделений) скорой и неотложной медицинской помощи;

- обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях;

- случаи оказания медицинской помощи на занятиях физкультурой, учебно-спортивных сборах и др. спортивных мероприятиях;

- консультации врачами поликлиник больных, находящихся на лечении в стационаре;

- консультации амбулаторных больных врачами стационаров;

- случаи оказания медицинской помощи больным, не подлежащим госпитализации, в приемных отделениях стационаров;

- консультации и экспертизы, проводимые врачебно-консультативными комиссиями (ВКК);

- работа в военкомате.

Постановлением Минздрава РБ от 13.12.2007 г. № 161 утверждены отраслевые **нормы времени обслуживания взрослого населения врачами** государственных организаций (подразделений) здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, финансируемых за счет средств бюджета. В таблице 1 представлены нормативы для врачей городской поликлиники.

Таблица 1 — Нормативы для врачей городской поликлиники

Наименование должности врача	Первичный прием	Время (в минутах) на 1 посещение	
		профилактический осмотр в выделенные дни или часы (в поли- клинике и на выездах)	консультативное посещение в город- ской (районной) поликлинике
Врач общей практики	15	10	—
Врач-терапевт	15	9	15
Врач-терапевт участковый	15	9	—
Врач-акушер-гинеколог	15	10	15
Врач-хирург	8	5	9
Врач-уролог	—	—	13
Врач-офтальмолог	9	6	13
Врач-оториноларинголог	9	7	9
Врач-нейрохирург	—	—	20
Врач-ангиохирург, кардиохирург	—	—	15
Врач торакальный хирург	—	—	17
Врач-травматолог-ортопед	9	—	10
Врач-проктолог	—	—	10
Врач-онколог, онколог-хирург	13	6	13
Врач-невролог	13	9	15
Врач-психиатр	—	10	20
Врач-нарколог	—	—	13
Врач-реабилитолог	15	—	25
Врач-эксперт	—	—	20
Врач лечебной физкультуры	—	—	20
Врач спортивной медицины	—	6	10
Врач-дерматовенеролог	9	6	10
Врач-аллерголог	—	—	15
Врач-эндокринолог	15	6	17
Врач-гастроэнтеролог	—	—	15
Врач-гематолог	—	—	15
Врач-гериатр	15	—	20
Врач-кардиолог	15	10	20
Врач-ревматолог	15	—	17
Врач-пульмонолог	—	—	15
Врач-нефролог	—	—	15
Врач-профпатолог	15	—	15
Врач-инфекционист	15	—	15
Врач-фтизиатр	—	—	13
Врач-стоматолог-терапевт	30	7	30
Врач-стоматолог	30	7	30
Врач-стоматолог-ортодонт	—	—	30
Врач-стоматолог-ортопед	30	—	30
Врач-стоматолог-хирург	12	—	15
Врач-челюстно-лицевой хирург	—	—	12
Врач-сексолог	—	—	30

Чтобы установить план посещений для поликлиники необходимо провести расчет годового бюджета рабочего времени для врачей, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, определить число посещений в поликлинике и на дому в расчете на одну врачебную должность.

В качестве норматива нагрузки для врачей амбулаторного приема устанавливается плановая функция врачебной должности.

Функция врачебной должности — расчетный норматив годовой нагрузки на одну врачебную должность (по определенной специальности), выраженный плановым числом врачебных посещений в год в пределах годового баланса рабочего времени по данной должности. В нормативе должна учитываться гарантированная бесплатная медицинская помощь (платные услуги не включаются).

Для расчета плановой функции врачебной должности необходимы следующие данные:

1) годовой бюджет рабочего времени, выраженный в часах (рассчитывается по каждой врачебной должности) в зависимости от установленной продолжительности рабочей недели (5-ти или 6-дневной);

2) нормы нагрузки (обслуживания) на 1 час работы по каждой врачебной должности: посещение по поводу заболевания или для профилактического осмотра, консультативный прием, посещение на дому и др.;

3) утвержденный руководителем медицинской организации график работы врачей, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (время приема в поликлинике, время для обслуживания пациентов на дому, время для проведения профилактических осмотров, время для выполнения амбулаторных хирургических операций и лечебно-диагностических манипуляций, для выездных форм обслуживания пациентов и др.).

Плановая функция врачебной должности рассчитывается как произведение расчетной нагрузки врача-специалиста в час и планового количества рабочих часов за год. В соответствии со статьей 87 Трудового кодекса Республики Беларусь нормы времени на обслуживание населения определяются по согласованию с профсоюзным комитетом на основании хронометража рабочего времени и конкретных условий работы специалистов (компактность и отдаленность участков, обеспечение транспортом и др.). Исходя из установленных норм времени рассчитывается средняя норма нагрузки (среднее число посещений на 1 час) по каждой должности врача-специалиста. Для участкового врача-терапевта расчетная нагрузка при приеме в поликлинике составляет около 4,5 посещений в час, при приеме на дому — около 2 посещений в час.

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Диспансеризация — метод активного динамического наблюдения за состоянием здоровья всех групп населения (здоровые, практически здоровые, больные).

В соответствии с «Инструкцией о порядке организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь», утвержденной

постановлением Минздрава РБ от 12.10.2007г. № 92, диспансерное наблюдение взрослого населения представляет собой систему медицинских мероприятий, направленных на выявление заболеваний или факторов, влияющих на их возникновение, для оценки состояния здоровья каждого гражданина Республики Беларусь, которая включает:

- 1) диспансерный осмотр;
- 2) диспансерное динамическое наблюдение за состоянием здоровья;
- 3) пропаганду здорового образа жизни, воспитание интереса и ответственности к своему здоровью.

Граждане Республики Беларусь имеют право пройти диспансерный осмотр и при наличии медицинских показаний находиться под диспансерным наблюдением в организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь взрослому населению.

В отделении (кабинете) профилактики организации здравоохранения заполняется медицинская карта амбулаторного больного (форма № 025/у) и учетная форма № 131/у — Д «Карта учета диспансерного наблюдения».

Диспансерный осмотр выполняется в объеме исследований, определенных для каждой возрастной группы взрослого населения:

1) 18–29 лет: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови (по показаниям), флюорография, осмотр врача гинеколога и молочных желез (женщины);

2) 30–39 лет: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза и холестерин крови (по показаниям), ЭКГ, осмотр врача-акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), флюорография;

3) 40 лет и старше: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови, холестерин крови, оценка риска сердечно сосудистых заболеваний по таблице SCORE, измерение внутриглазного давления, ЭКГ, осмотр врача акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), исследование предстательной железы (мужчины), флюорография.

Результаты диспансерного осмотра фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у), карте учета диспансерного наблюдения.

Для проведения скрининговых медицинских осмотров допускается использование автоматизированных (компьютерных) технологий (без заполнения карты учета диспансерного наблюдения).

С учетом результатов проведенных лабораторных, клинических и инструментальных исследований и с целью планирования проведения необходимых медицинских мероприятий, врачом отделения (кабинета) профилактики организации здравоохранения определяется принадлежность гражданина к группе диспансерного динамического наблюдения:

Д (I) — здоровые граждане, не предъявляющие жалоб на состояние здоровья, у которых в анамнезе или во время диспансерного осмотра не выявлены острые, хронические заболевания или нарушения функций от-

дельных органов и систем организма, а также, имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья (без тенденции к прогрессированию), не оказывающие влияния на трудоспособность;

Д (II) — практически здоровые граждане, имеющие в анамнезе острые заболевания или факторы риска хронических заболеваний;

Д (III) — граждане, имеющие хронические заболевания, с умеренными или выраженными нарушениями функции органов и систем организма, с периодическими обострениями и снижением работоспособности, кратность диспансерных осмотров которых определяется в соответствии с примерной схемой диспансерного динамического наблюдения (см. приложение).

В каждой группе диспансерного динамического наблюдения следует учитывать граждан с факторами риска возникновения определённых заболеваний или обострения имеющегося хронического заболевания.

При определении группы диспансерного динамического наблюдения могут быть использованы результаты предшествующих диспансерному осмотру медицинских осмотров, в том числе лабораторных, клинических и инструментальных исследований, если их давность не превышает 12 месяцев.

Для граждан, состоящих в группе диспансерного наблюдения Д (II), врачом отделения (кабинета) профилактики организации здравоохранения составляется индивидуальная программа профилактики факторов риска развития заболеваний. Граждане, состоящие в группе диспансерного наблюдения Д (III), перенесшие некоторые острые заболевания, операции, травмы, имеющие повышенный риск возникновения различных заболеваний и подвергающиеся воздействию вредных условий труда ставятся на диспансерный учет для дальнейшего диспансерного наблюдения у врачей — терапевтов участковых, врачей — специалистов соответствующего профиля, врача общей практики.

Отказ гражданина от диспансерного динамического наблюдения фиксируется в медицинской карте амбулаторного больного (форма №025/у), заверяется его подписью и врача организации здравоохранения.

Для оценки организации и качества диспансеризации используются следующие показатели:

$$\text{Полнота охвата населения диспансерным наблюдением} = \frac{\text{Число лиц, состоявших на диспансерном учете на конец отчетного года}}{\text{Среднегодовая численность прикрепленного населения}} \times 1000$$

$$\text{Своевременность взятия больных на диспансерный учет} = \frac{\text{Число больных, взятых на диспансерный учет в течение года из числа лиц с впервые установленным диагнозом}}{\text{Число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом}} \times 100$$

$$\text{Эффективность диспансеризации} = \frac{\text{Число больных, состоявших на диспансерный учет по поводу данного заболевания с улучшением (ухудшением, без изменения состояния) на конец отчетного года}}{\text{Общее число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года}} \times 100$$

Кроме того, можно использовать следующие конечные результаты проводимой диспансеризации:

1. Признано здоровыми (в %).
2. Переведено из 3 группы диспансерного наблюдения во 2-ю (в %).
3. Переведено из 2 группы диспансерного наблюдения в 1-ю (в %).
4. Оценка изменения в состоянии больных по критериям: выздоровление, улучшение, без изменения, ухудшение, смерть.
5. Оценка показателей, характеризующих качество осуществления диспансеризации: соблюдение сроков осмотров, полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий.

Также эффективность диспансеризации характеризуется снижением общей заболеваемости, уменьшением числа случаев и дней временной нетрудоспособности, динамикой показателей летальности, смертности и частоты выхода на инвалидность среди больных.

ПЕРВИЧНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ И ФОРМЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОТЧЕТНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Для управления амбулаторно-поликлинической организацией, оперативного и перспективного планирования необходима соответствующая информация. Одним из источников такой информации являются первичные медицинские документы и формы государственной и ведомственной статистической отчетности. Все медицинские работники лечебно-профилактических организаций заполняют соответствующие первичные медицинские (учетные) документы. После специальной обработки первичной медицинской документации отдельные сведения из них попадают в формы статистической отчетности. Большинство действующих сегодня форм первичной медицинской документации, используемых в амбулаторно-поликлинических организациях, утверждены приказом МЗ СССР от 4 октября 1980 года №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» (таблица 2).

Формы государственной статистической отчетности утверждаются соответствующим Постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь и, в основном, имеют годовую периодичность.

Таблица 2 — Основные формы первичной медицинской документации, используемые в поликлиниках*

№ формы	Наименование формы	Срок хранения
025/у-87	Медицинская карта амбулаторного больного	25 лет
030/у	Контрольная карта диспансерного наблюдения	5 лет
131/у-Д	Карта учета диспансерного наблюдения	5 лет
052/у	Карта профилактических флюорографических обследований	1 год
064/у	Журнал учета профилактических прививок	3 года
025-4/у	Талон на прием к врачу	До конца года
040/у	Карточка предварительной записи на прием к врачу	1 год
031/у	Книга записи вызовов врача на дом	3 года
025-2/у	Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	До конца года
039/у-88	Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации, на дому	1 год
025-6/у-89	Талон амбулаторного пациента	1 год

* — образцы форм первичной медицинской документации и инструкции по их ведению представлены в приложении.

Основной формой, отражающей деятельность лечебных учреждений различных типов, является форма № 30 «Отчет о деятельности лечебно-профилактической организации». Информация, касающаяся амбулаторно-поликлинических организаций или подразделений, имеется в следующих разделах отчета по форме № 30:

- Раздел I таблицы «Отделения кабинеты», «Передвижные установки (амбулатории)», «Прочие подразделения», «Стоматологические кабинеты», «Стационары, пансионаты», «Мощность поликлиники (отделения)» характеризуют наличие кабинетов врачей, вспомогательных лечебных, диагностических и прочих отделений и кабинетов, аптек, здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, стоматологических кабинетов, дневных стационаров, стационаров на дому.

- Раздел II «Штат лечебно-профилактической организации на конец отчетного года» отражает количество штатных и занятых должностей, число физических лиц по всем врачебным должностям, некоторым должностям специалистов с высшим немедицинским и средним медицинским образованием, должностям младшего медицинского персонала, провизоров, фармацевтов и прочего персонала поликлиники.

- Раздел III «Работа врачей поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации» содержит сведения о числе посещений врачей (по поводу заболеваний и с профилактической целью), а также числе посещений врачами на дому в разрезе отдельных врачебных должностей.

- Раздел IV «Профилактические медицинские осмотры, работа стоматологических и хирургических кабинетов» включает данные об охвате периодическими осмотрами работников занятых во вредных условиях труда, о профилактических осмотрах подростков 15–17 лет и учащихся от 18 лет и старше, о диспансерном наблюдении за инвалидами и участниками Великой Отечественной войны и воинами-интернационалистами, о работе стоматологического и хирургического кабинетов.

- Раздел V «Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)».

- Раздел VI «Работа диагностических отделений».

Амбулаторно-поликлинические организации кроме отчета по форме № 30 составляют отчет по форме № 12 «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей лечебно-профилактическую помощь». Для заполнения этого отчета используется следующая первичная медицинская документация: «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (форма № 25–2/у), «Талон амбулаторного пациента» (форма № 025–6/у), «Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного» (форма № 27/у), «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (форма № 30/у), «Журнал учета инфекционных заболеваний» (форма № 60/у). При составлении отчета используются коды Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. В отчетной форме № 12 указываются сведения об общем числе случаев зарегистрированных заболеваний, о числе случаев с диагнозом, установленным впервые в жизни, а также о числе лиц, состоящих на конец отчетного года на диспансерном учете в связи с заболеваниями.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА, МОДЕЛЬ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Оценка эффективности деятельности участкового врача-терапевта осуществляется с целью оперативного анализа внутри лечебно-профилактической организации диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы на терапевтическом участке для улучшения качества оказания медицинской помощи и мониторинга состояния здоровья прикрепленного населения.

При оценке эффективности работы врачей-терапевтов участковых могут быть использованы следующие критерии деятельности участкового врача-терапевта:

- стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;

- снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;

— увеличение числа посещений прикрепленного населения с профилактической целью;

— полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;

— полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению прикрепленного населения;

— полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения:

— стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому при сердечно-сосудистых заболеваниях, туберкулезе, сахарном диабете;

— снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни;

— стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:

1) туберкулез: число вновь выявленных больных; полнота охвата флюорографическим обследованием лиц, более чем 90% от числа подлежащих; полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц, более чем 90% от числа подлежащих; отсутствие повторных случаев у контактных лиц в очагах активного туберкулеза; отсутствие запущенных случаев туберкулеза.

2) болезни системы кровообращения: число вновь выявленных больных артериальной гипертонией; снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца; снижение инвалидизации в результате инфаркта миокарда и инсульта; снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов.

3) сахарный диабет: число вновь выявленных больных сахарным диабетом; число больных сахарным диабетом с компенсированным статусом более 50% от всех стоящих на учете лиц; снижение числа осложнений сахарного диабета;

4) онкологические заболевания: отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3–4 клинических стадиях.

При необходимости по решению руководителя учреждения здравоохранения могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности участкового врача-терапевта. Конкретные показатели оценки эффективности деятельности участкового врача-терапевта определяются руководителем поликлиники с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей.

С целью повышения эффективности и качества работы городской поликлиники, оценки ее деятельности, повышения качества медицинского обслуживания, осуществления оперативного контроля за показателями здоровья населения, сокращения дефектов в оказании медицинской помощи населению ежегодно разрабатывается модель конечных результатов (МКР) для городской поликлиники (таблица 3). МКР включает в себя показатели результативности, характеризующие состояние здоровья прикрепленного населения и деятельность поликлиники, а также показатели дефектов. Плановые (прогнозные) уровни показателей результативности устанавливаются вышестоящим органом управления здравоохранения.

Таблица 3 — Примерная модель конечных результатов для поликлиники

Наименование показателей	Единица измерения	Прогноз	Оценка в баллах		
			про-гноз	знак	за ед. изме-рения
<i>Показатели результативности, характеризующие состояние здоровья населения</i>					
Первичная заболеваемость	Случаев заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни, на 1000 населения	—	2	–	0,01
Общая заболеваемость	Всего заболеваний на 1000 населения	1000,0	2	–	0,005
Показатель общей смертности	Случаев на 1000 населения	14,5	5	–	0,05
Перинатальная смертность (с учетом младенцев массой 500–999 г.)	Случаев на 1000 родившихся живыми и мертвыми	7,3	3	–	0,05
Временная нетрудоспособность	Дней на 100 работающих	640,0	2	–	0,01
	Случаев на 100 работающих	68,0	2	–	0,1
Первичная инвалидность населения трудоспособного возраста	Случаев на 10 тыс. населения трудоспособного возраста	40,0	5	–	0,5
<i>Показатели результативности, характеризующие деятельность поликлиники</i>					
Реабилитация инвалидов полная	Случаев на 100 имевших инвалидность	6,3	3	+	0,1
Число аборт (включая вакуум-аспирации)	На 1000 женщин фертильного возраста	16,0	2	–	0,01
Состоит на учете 5 лет и более с момента установления диагноза онкологического заболевания	% от общего числа состоящих на учете	51,0	3	+	0,1
Морфологическая верификация диагноза онкологического заболевания	% к числу впервые выявленных случаев	95,0	4	+	0,1
Одногодичная летальность онкологических больных (годовой)	% умерших в течение года с момента установления диагноза к числу взятых на учет больных в предыдущем году	30,0	1	–	0,01
Охват населения профилактическими осмотрами	% охвата прикрепленного населения	95,00	2	+	0,01
Удельный вес врачей, имеющих квалификационную категорию	% к числу врачей, подлежащих аттестации	80,00	2	+	0,01

Наименование показателей	Единица измерения	Прогноз	Оценка в баллах		
			прогноз	знак	за ед. измерения
Удельный вес средних медицинских работников, имеющих квалификационную категорию	% к числу средних мед-работников, подлежащих аттестации	80,00	2	+	0,01
Привлечение к рентгено-флюорографическому обследованию лиц, не обследовавшихся в течение 2-х и более лет	% прошедших РФО к подлежащим обследованию	98,00	5	+	0,05
Первичная заболеваемость деструктивными формами туберкулеза	% от вновь выявленных	28,00	2	-	0,05
Охват взрослого населения профилактическими прививками	% от числа подлежащих вакцинации	97	2	+	0,05
<i>Показатели дефектов</i>					
Выявление больных в далеко зашедших стадиях онкологического заболевания (III стадия визуальных локализаций + IV стадия всех локализаций)	% к общему числу выявленных больных	—	0	-	0,05
Выявление больных в далеко зашедших стадиях рака молочной железы (III–IV стадия)	Случаев на 100 впервые выявленных больных	—	0	-	0,05
Смертность больных от активного туберкулеза всех локализаций	Случаев на 100 тыс. населения	—	0	-	0,05
Выявление больных фиброзно-кавернозной формой туберкулеза и казеозной пневмонией	Случаев на 100 впервые выявленных больных туберкулезом	—	0	-	0,05
Материнская смертность	Число случаев	—	0	-	2,0
Производственный травматизм работников поликлиники	Число случаев	—	0	-	0,5
Дефекты в достоверности статистической информации по МКР	Число случаев	—	0	-	5,0
Обоснованные жалобы	Случаев на 10 тыс. населения	—	0	-	6,0
Рост письменных обращений граждан в вышестоящие инстанции (годовой)	% прироста в сравнении с предыдущим годом	—	0	-	0,01

Задания для самостоятельной работы студентов по реализации программных целей занятия

С целью закрепления пройденного материала студент должен самостоятельно решить задачи, а также ответить на задания тестового контроля, которые представлены в отдельных изданиях по курсу «Общественное здоровье и здравоохранение».

САМОКОНТРОЛЬ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

ТЕСТ

1. Первичную медико-санитарную помощь оказывают:

Варианты ответа:

- а) городская поликлиника;
- б) городская детская поликлиника;
- в) городская больница;
- г) амбулатория врача общей практики;
- д) все перечисленные.

2. Первичную медико-санитарную помощь населению оказывают врачи:

Варианты ответа:

- а) участковый терапевт;
- б) общей практики;
- в) кардиолог;
- г) участковый педиатр;
- д) все перечисленные.

3. К амбулаторно-поликлиническим учреждениям относятся:

Варианты ответа:

- а) городская больница;
- б) городская поликлиника;
- в) детская поликлиника;
- г) родильный дом;

4. Участковый врач городской поликлиники — это:

Варианты ответа:

- а) врач общей практики;
- б) врач терапевт;
- в) врач кардиолог.

5. Организационный принцип работы городской поликлиники:

Варианты ответа:

- а) участковость;
- б) сменность;
- в) диспансеризация.

4. Основной метод работы городской поликлиники:

Варианты ответа:

- а) участковость;
- б) сменность;
- в) диспансеризация.

5. В соответствии с государственными стандартами на одного врача участкового терапевта в среднем приходится взрослых жителей:

Варианты ответа:

- а) 1300;
- б) 1700;
- в) 2000;
- г) 2500.

6. В соответствии с государственными стандартами на одного врача общей практики в среднем приходится человек:

Варианты ответа:

- а) 1000;
- б) 1200;
- в) 1700;
- г) 2000.

7. Главный врач поликлиники имеет право увеличивать или уменьшать число жителей терапевтического участка:

Варианты ответа:

- а) да;
- б) нет.

8. При разработке Территориальной программы государственных гарантий оказания медицинской помощи устанавливается следующий норматив объема амбулаторно-поликлинической помощи на 1000 жителей:

Варианты ответа:

- а) число участковых врачей терапевтов;
- б) число посещений;
- в) число впервые выявленных заболеваний.

9. Мощность поликлиники измеряется:

Варианты ответа:

- а) числом посещений в смену;
- б) численностью обслуживаемого населения;
- в) числом терапевтических участков.

10. Плановое число посещений в смену зависит от:

Варианты ответа:

- а) числа врачей поликлиники;
- б) наличия специализированных кабинетов;
- в) площади амбулаторно-поликлинической организации.

11. Нагрузка участкового врача терапевта на приеме в поликлинике составляет посещений в час:

Варианты ответа:

- а) 3;
- б) 4,5;
- в) 5,5.

12. Нагрузка участкового врача терапевта при обслуживании на дому составляет посещений в час:

Варианты ответа:

- а) 1,5;
- б) 2;
- в) 3;
- г) 3,5.

13. К структурным подразделениям поликлиники не относится:

Варианты ответа:

- а) регистратура;
- б) кабинет врача кардиолога;
- в) кабинет медицинской статистики;
- г) физиотерапевтическое отделение;
- д) патологоанатомическое отделение.

14. Стационар на дому входит в состав:

Варианты ответа:

- а) больницы;
- б) поликлиники;
- в) фельдшерско-акушерского пункта;
- г) здравпункта.

15. Дневной стационар является подразделением:

Варианты ответа:

- а) поликлиники;
- б) фельдшерско-акушерского пункта;
- в) родильного дома.

16. Запись на прием к врачу поликлиники осуществляется путем:

Варианты ответа:

- а) выдачи талона на прием к врачу;
- б) самозаписи;
- в) записи в медицинскую карту амбулаторного больного.

17. Объектом первичной профилактики являются:

Варианты ответа:

- а) здоровые (группа диспансерного наблюдения Д1);
- б) практически здоровые (группа диспансерного наблюдения Д2);
- в) больные (группа диспансерного наблюдения Д3).

18. Целью вторичной профилактики является предупреждение:

Варианты ответа:

- а) возникновения заболевания;
- б) несчастного случая, травмы и отравления;
- в) обострения хронического заболевания.

19. Диспансеризация — это:

Варианты ответа:

- а) организационный принцип работы поликлиники;
- б) метод активного динамического наблюдения;
- в) соблюдение преемственности между поликлиникой и стационаром.

20. Ведущая роль в осуществлении диспансеризации населения в городской поликлинике принадлежит:

Варианты ответа:

- а) главному врачу поликлиники;
- б) заведующему профилактическим отделением;
- в) участковому врачу терапевту;
- г) врачу ультразвуковой диагностики.

21. В состав отделения профилактики поликлиники входят:

Варианты ответа:

- а) смотровой кабинет;
- б) анамнестический кабинет;
- в) флюорографический кабинет;
- г) все перечисленные.

22. Профилактический осмотр — это организационная форма проведения:

Варианты ответа:

- а) оздоровительных мероприятий;
- б) противоэпидемических мероприятий;
- в) диспансеризации.

23. Учетными документами поликлиники являются:

Варианты ответа:

- а) контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 030/у);
- б) статистический талон для регистрации заключительных диагнозов;
- в) (форма 025–2/у);
- г) журнал учета приема беременных, рожениц, родильниц (форма 002/у);
- д) листок учета движения больных и коечного фонда (форма 007/у);
- е) ведомость учета посещений (форма 039/у);
- ж) книга записи вызовов врача на дом (форма 031/у).

24. Учет посещений к врачам в поликлинике осуществляется посредством:

Варианты ответа:

- а) статистического талона для регистрации заключительных диагнозов (форма № 025–2/у);
- в) талона на прием к врачу (форма № 025–4/у);
- г) экстренного извещения (форма № 058/у);
- д) карты выбывшего из стационара (форма № 066/у).

25. Учет посещений врачами на дому осуществляется посредством ведения:

Варианты ответа:

- а) листков учета движения больных и коечного фонда (форма 007/у);
- б) статистических талонов для регистрации заключительных диагнозов (форма № 025–2/у);
- г) талонов на прием к врачу (форма № 025–4/у);
- д) книги записи вызовов врача на дом (форма 031/у);
- е) журнала учета инфекционных заболеваний (форма № 060/у).

26. Экстренное извещение об инфекционном заболевании (форма 058/у) направляется в:

Варианты ответа:

- а) специализированный диспансер;
- б) областную больницу;
- в) центр гигиены и эпидемиологии.

27. Талон на прием к врачу (форма 025–4/у) служит для учета числа:

Варианты ответа:

- а) заболеваний;
- б) случаев поликлинического обслуживания;
- в) посещений.

28. Учет заболеваний в поликлинике осуществляется посредством:

Варианты ответа:

- а) статистического талона (форма № 025–2/у);
- б) талона на прием к врачу (форма № 025–4/у);
- в) экстренного извещения (форма № 058/у);
- г) статистической карты выбывшего из стационара (форма № 066/у).

29. Знак «+» в статистическом талоне для регистрации заключительных диагнозов (форма № 025–2/у) ставится при:

Варианты ответа:

- а) первичном обращении по поводу ангины;
- б) повторном обращении по поводу обострения язвенной болезни желудка;
- в) первичном обращении по поводу обострения язвенной болезни желудка.

30. Знак «+» в статистическом талоне для регистрации заключительных диагнозов (форма № 025–2у) ставится при посещении врача по поводу:

Варианты ответа:

- а) острого фарингита;
- б) обострения хронического бронхита;
- в) впервые установленной артериальной гипертензии.

31. Основной отчетной формой городской поликлиники является:

Варианты ответа:

- а) отчет о временной нетрудоспособности (форма № 16–ВН);
- б) отчет о деятельности стационара (форма № 14);
- в) отчет лечебно-профилактического учреждения (форма № 30).

32. Отчет о числе заболеваний (форма №12) является источником данных при расчете показателей:

Варианты ответа:

- а) первичной заболеваемости;
- б) общей заболеваемости;
- в) охвата диспансеризацией;
- г) всех перечисленных.

33. Показатель общей заболеваемости это:

Варианты ответа:

- а) число посещений в смену;
- б) число посещений на 1000 жителей;
- в) число врачей на 1000 жителей;
- г) число заболеваний на 1000 жителей.

34. Показателем дефектов работы поликлиники является:

Варианты ответа:

- а) число посещений на 1 жителя;
- б) обеспеченность врачами;
- в) онкологическая запущенность;
- г) смертность прикрепленного населения.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

В зоне обслуживания терапевтического участка проживает 1 710 человек. В отчетном году всего зарегистрировано 1 630 случаев заболеваний, в том числе у 820 заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни. Стоит на диспансерном учете в связи с заболеванием на конец отчетного года 290 человек, в том числе 130 с диагнозом, установленным впервые в жизни.

Рассчитать показатели общей и первичной заболеваемости населения, своевременность взятия больных на диспансерный учет.

Задача 2

Среди 53 тыс. взрослого населения, обслуживаемого городской поликлиникой, в отчетном году зарегистрировано 5 386 заболеваний артериальной гипертензии, в том числе 1 529 заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни. Из числа больных с диагнозом, установленным впервые в жизни, 1 480 взяты на диспансерный учет.

Определить показатели общей и первичной заболеваемости артериальной гипертензией, своевременность взятия больных на диспансерный учет.

Задача 3

Численность населения трудоспособного возраста города составляет 65 тыс. человек. В течение отчетного года впервые признано инвалидами 360 человек, в том числе 25—I группа инвалидности, 250—II группа, 85—III группа инвалидности. Прошли переосвидетельствование в МРЭК 3820 инвалидов, из них у 3490 инвалидность сохранена.

Рассчитать показатели первичной инвалидности и полной реабилитации инвалидов за отчетный год, а также структуру лиц первично признанных инвалидами по группам инвалидности.

Задача 4

Численность населения города составляет 55 000 человек, в том числе 15 тыс. детей 0–17 лет.

Рассчитать необходимое число должностей участковых врачей терапевтов и участковых врачей педиатров с учетом нормативов обеспеченности врачами, установленных государственными социальными стандартами в области здравоохранения.

Задача 5

Численность сельского населения района составляет 12 200 человек. Медицинское обслуживание осуществляют 8 амбулаторий врача общей практики.

Рассчитать необходимое число должностей врачей общей практики с учетом нормативов обеспеченности врачами, установленных государственными социальными стандартами в области здравоохранения.

Задача 6

Численность населения города в отчетном году составила 492 100 человек. В течение отчетного года в поликлинике и на дому выполнено 5 148 500 посещений.

Определить: 1) плановое число посещений на год для амбулаторно-поликлинических учреждений города с учетом нормативного объема амбулаторно-поликлинической помощи равного 10 600 посещений на 1000 жителей; 2) фактическое число посещений на 1000 жителей; 3) выполнение плана посещений.

Задача 7

Численность населения города в отчетном году составила 492 100 человек. В течение отчетного года в поликлинику выполнено 4 626 500 посещений, на дому выполнено 522 тыс. посещений. Из общего числа посещений в поликлинику 1 980 тыс. выполнено с профилактической целью.

Провести расчет следующих показателей за отчетный год: 1) число посещений на 1 жителя; 2) удельный вес посещений на дому; 3) удельный вес профилактических посещений в поликлинику.

Задача 8

Число рабочих часов участкового врача терапевта в предстоящем году на приеме в поликлинике составляет 1040 часов, при обслуживании на дому — 780 часов.

Рассчитать плановую функцию врачебной должности в предстоящем году с учетом действующих нагрузок на 1 час приема.

Задача 9

В течение года к участковому врачу терапевту на приеме выполнено 4 980 посещений. Врачом отработано на приеме в поликлинике 1060 часов.

Рассчитать фактическую среднечасовую нагрузку врача на приеме в поликлинике и сопоставить ее с действующей нагрузкой на участкового врача терапевта на 1 час работы в поликлинике.

Задача 10

В отчетном году в поликлинике с числом прикрепленных жителей 36 тыс. подлежало профилактическим медицинским осмотрам 16 400 человек, из них осмотрено 15 200 человек. В результате профилактических осмотров впервые выявлены заболевания у 650 человек, 180 из которых взяты в течение года на диспансерный учет.

Необходимо провести расчет: 1) полноты охвата профилактическими медицинскими осмотрами; 2) частоты заболеваний, впервые выявленных при медицинских осмотрах; 3) своевременность взятия больных на диспансерный учет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисицын, Ю. П. Общественное здоровья и здравоохранение: учеб. для вузов / Ю. П. Лисицын. — М.: Издат. Дом ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 520 с.

2. Общественное здоровье и здравоохранение / Под ред. В. А. Миняева, Н. И. Вишнякова. — М.: 2003. — 520 с.

3. Методика определения функции врачебной должности: Утверждена Министром здравоохранения Республики Беларусь 13.12.2007.

4. О внесении дополнений и изменений в постановление Совета Министров Республики Беларусь от 30 мая 2003 года, № 724 «О мерах по внедрению системы государственных социальных стандартов по обслуживанию населения республики»: постановление Совета Министров Республики Беларусь, 20.06.2007, № 811.

5. О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2007 год: приказ Министра здравоохранения Республики Беларусь, 11.01.2007, № 15.

6. Об организации диспансерного наблюдения взрослого населения Республики Беларусь: постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 12.10.2007. № 92.

7. Об утверждении Программы развития здравоохранения Республики Беларусь на 2006-2010 годы постановление Совета Министров Республики Беларусь, 31.08.2006, № 1116.

8. Примерная организационная структура городской амбулаторно-поликлинической организации. Методические рекомендации / А. К. Цыбин [и др.]. — Мн.: БЕЛЦМТ, 2004. — 223 с.

9. Порядок и показания к госпитализации в дневные стационары амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения (инструкция по применению) / А. К. Цыбин [и др.]. — Мн.: МЗ РБ, БЕЛЦМТ, 2003.

Приложение А

Медицинская документация
Форма № 025/у-87

наименование учреждения

МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО

1. Фамилия _____ 2. Имя, отчество _____
 3. Дата рождения _____ 4. Тел. дом. _____ сл. _____
 5. Адрес _____ 6. Место работы (учебы) _____
 7. Прикреплены для диспансеризации:
 7.1. В данном учреждении _____
 7.2. В другом учреждении _____
 (наименование ведомства)

СИГНАЛЬНЫЕ ОТМЕТКИ

- ГРУППА и Р-ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ КРОВИ _____
 АЛЛЕРГИЯ _____
 Тип реакции _____
 ПЕРЕЛИВАНИЕ КРОВИ (когда, сколько) _____
 ПРИВИВКИ (когда, какие) _____
 Реакция _____
 ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА _____
 САХАРНЫЙ ДИАБЕТ _____
 ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ _____

Результаты важнейших диагностических исследований

Дата	Вид исследования	Результат

Сведения о госпитализации

Дата	Место госпитализации	Диагноз	Дополнительные сведения для врача (особенности течения заболевания, лечения и пр.)

Дата (число, месяц, год)	ЛИСТ ЗАПИСИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (уточненных) ДИАГНОЗОВ			Подпись врача
	заключительные (уточненные) диагнозы	Впервые установленные диагнозы (отметить +)	в том числе установленные впервые при профосмотре (отметить +)	
1	2	3	4	5

ДААННЫЕ ПРОФ. ОСМОТРОВ

Обследование	_____ г.				
1. Рост					
2. Масса тела					
3. Острота зрения					
4. Внутриглазное давление					
5. Острота слуха					
6. Пневмотахометрия					
7. Артериальное давление					
8. ЭКГ					
9. Осмотр полости рта					
10. Анализ крови СОЭ, Нв, сахар					
11. Анализ мочи на белок					
12. Флюорография					
13. Маммография					
14. Гинекологический осмотр со взятием мазка					
15. Пальцевое исследование прямой кишки					

ЛИСТ
ЗАПИСИ НАЗНАЧЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ, СПОСОБНЫХ ВЫЗВАТЬ БОЛЕЗНЕННОЕ ПРИСТРАСТИЕ

Дата	Наименование лекарственного средства	Дозировка	Фамилия врача	

ОСМОТР ТЕРАПЕВТА (первичный)

Дата _____ Жалобы: _____

Анамнез: _____

Кожные покровы: обычные _____

Лимфатические узлы: _____

Суставы: (не) изменены _____

Зев: чистый, гиперемированный. Миндалины: обычные, рыхлые, увеличены, уменьшены.

Число дыханий ... в мин. В легких: дыхание везикулярное, многочислен-
ные, (сухие, жужжащие, свистящие, влажные, ... звонкие). Притупление перку-
торного звука в области _____ Тоны сердца: чистые,
ясные, приглушенные, (I, II), акцент II т. на аорте; шум систолический - на
верхушке во II межреберье справа, диастолический - наверхушке, в точке
Боткина: III и IV тоны наверхушке. АД сидя ..., лежа Пульс
_____ уд. в мин., ритмичный, наполнения и напряжения удов-
летворительного, хорошего, напряж. _____.

Язык: чистый, влажный, обложен белым, желтовато-белым налетом, живот мяг-
кий, вздут; при пальпации - разлитая, ограниченная болезненность в эпигаст-
рии, в средней и нижней трети живота (справа, слева, по средней линии), в
правом подреберье, зоне Шоффара _____.

Мышечная защита _____

Печень не пальпируется, выступает из подреберья на ... см. Край ... уплот-
ненный, болезненный.

Стул: нормальный, неустойчивый. Запоры, спастический, атонический.

Мочеиспускание нормальное, болезненно, учащенное.

Отеки

Дополнительные данные: _____

Диагноз _____

Группа "Д" наблюдения (Д1, Д2, Д3) _____

Назначения	Обследование

Б/л № _____ Срок _____

Активное посещение _____ Повторная явка _____

Врач _____

ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ НА ВКК

Дата _____ на б/листе с _____ по _____ дней _____

Диагноз _____

Динамика состояния и проводимое лечение _____

Нуждается в продлении б/листка до _____ г.

Врач _____

КОНСУЛЬТАЦИЯ ЗАВ. ОТДЕЛЕНИЕМ

Дата _____ Данные осмотра _____

Диагноз _____

Рекомендации лечащему врачу _____

Экспертное решение: б-лист продлен с _____ по _____

Зав. отделением _____

ОСМОТР КАРДИОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____
 Кожные покровы: обычные _____ окраска _____
 влажность _____ отечность _____
 Лимфатические узлы _____
 Суставы: (не) изменены _____ (без) болезненные _____ цвет _____
 конфигурация сохранена (нет) _____ отечность _____
 контрактура, анкилоз _____
 Зев _____ Миндалины _____
 Легкие: дыхание везикулярное, хрипы (сухие, влажные, звонкие) _____
 Сердечно-сосудистая система: границы сердца _____
 Пульс _____ уд. в мин. (не) ритмичный, наполнения (не) удовлетворительного
 хорошего, _____ напряжен, верхушечный толчок _____
 Тоны _____ Акцент тона на _____ Шумы _____
 над крупными сосудами _____ АД: сидя _____ лежа _____ левая рука _____ правая _____
 Печень _____ выступает из подреберья на _____ см., _____ уплотнена _____
 Селезенка _____ Почки _____
 С-м Пастернацкого _____ Мочеиспускание _____ Стул _____
 Диагноз _____
 Группа "Д" наблюдения (Д1, Д2, Д3)

Назначения	Обследование
------------	--------------

Б/л № _____ Срок _____ Активное посещение _____
 Врач _____ Явка в поликлинику _____

ОСМОТР РЕВМАТОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____
 Анамнез _____
 Кожные покровы: обычные _____ окраска _____
 влажность _____ отечность _____ Лимфатические узлы _____
 Суставы: (не) изменены _____ (без) болезненные _____ цвет _____
 конфигурация сохранена (нет) _____ отечность _____
 Нарушение функции сустава _____
 Зев _____ Миндалины _____ Легкие: _____
 Сердечно-сосудистая система: границы сердца _____
 Пульс _____ уд. в мин. (не) ритмичный, наполнения (не) удовлетворительного
 хорошего, _____ напряжен, верхушечный толчок _____
 Тоны _____ Акцент _____ тона на _____ Шумы _____
 над крупными сосудами _____ АД: сидя _____ лежа _____ левая рука _____ правая _____
 Печень _____ выступает из подреберья на _____ см., _____ уплотнена _____
 Болезненность _____ Селезенка _____ Почки _____
 С-м Пастернацкого _____ Мочеиспускание _____ Стул _____
 Диагноз _____
 Группа "Д" наблюдения (Д1, Д2, Д3)

Назначения	Обследование
------------	--------------

Б/л № _____ Срок _____ Активное посещение _____
 Врач _____ Явка в поликлинику _____

ОСМОТР ЭНДОКРИНОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____
 Анамнез _____
 Телосложение _____ рост _____ см., вес _____ кг.
 тонус мускулатуры _____ степень ожирения _____
 Кожные покровы: обычные, тургор _____, окраска кожи и слизистых оболочек _____
 влажность _____, пигментация _____, отеки _____

Вторичные половые признаки: соответствуют полу и возрасту, недоразвиты, преждевременно развиты, либидо, половое оволосение, менструальный цикл _____
Щитовидная железа: без изменений, увеличение I, II, III, IV ст., консистенция _____, подвижность _____, болезненность _____, узлы _____, тахикардия _____, похудание _____, дрожание рук _____ экзофтальм, симптом Грефе и др. _____

Отеки лица и конечностей _____, сухость кожи _____, зябкость _____, сонливость _____, запоры _____.

Легкие: дыхание везикулярное _____ хрипы (сухие, влажные, звонкие) _____

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца _____, шум _____

АД _____ мм рт. ст. Пульс _____ уд. в мин., (не) ритмичный _____

Живот: мягкий, _____, болезненный _____

Печень _____ Селезенка _____

Нервно-психический статус _____

Дополнительные данные _____

Диагноз _____

Назначения	Обследование
------------	--------------

Б/л № _____ Срок _____ Активное посещение _____ Повторная явка _____
Врач _____

ОСМОТР ОТОЛАРИНГОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Носовое дыхание _____

Полость носа: без изменений; содержит _____ отделяемое

слизистая _____ цвета, отечна (нет), гиперемирована, атрофирована; _____

полипы: имеются, отсутствуют, носовые раковины _____

носовая перегородка: без изменений, искривлена (умеренно, резко), вправо, влево _____

Носоглотка: без изменений _____

аденоиды 1, 2, 3 ст.; другие образования _____

Глотка: без изменений, слизистая _____

Миндалины (Д, С) _____ Лимфатические узлы _____

Голосовая функция _____

Гортань: без изменений _____

Уши: без изменений; наружное ухо (Д, С) _____

слуховой проход (Д, С) _____

барабанная перепонка: без изменений (Д, С) _____

слух: ш.р. Д _____ м, С _____ м; р.р. Д _____ м, С _____ м.

Камертональное исследование _____ Вестибулярные функции _____

Дополнительные данные _____

Проводимые манипуляции _____

Диагноз _____

Назначения	Обследование
------------	--------------

Б/л № _____ Срок _____ Активное посещение _____
Врач _____ Явка в поликлинику _____

ОСМОТР ОКУЛИСТА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____

Анамнез _____

Острота Правый глаз Левый глаз

зрения

без корр. _____ с корр. _____ без корр. _____ с корр. _____

Орбита, положение глаз, двигательный аппарат: норма (Д,С) _____
 Веки: норма (Д,С); ресничный край: утолщен, чешуйки, язвочки, трихиаз (Д,С);
 конъюнктив век: норма, гиперемирована (Д,С); отделяемое: нет, немного; слизистое, гнойное, пенистое (Д,С) _____
 Слезные органы: норма (Д,С); проходимость: активная, пассивная (Д,С)
 Склера: норма (Д,С), конъюнктивальная, смешанная (Д,С) _____
 Роговица: прозрачная, помутнение (Д,С) _____
 Передняя камера: мелкая, глубокая, неравномерная (Д,С): влага ... прозрачная (Д,С);
 Радужка: норма (Д,С) _____ зрачок: норма (Д,С) _____
 Хрусталик: прозрачен (Д,С), мутный частично, спицы, полностью (Д,С) _____
 Стекловидное тело: прозрачно (Д,С), муть диффузная, плавающая, грубая, тонкая (Д,С) _____
 Глазное дно: зрительный нерв (Д,С) _____
 сосуды (Д,С) _____ сетчатка (Д,С) _____
 Поле зрения: норма, изменено (см. схему) _____
 Внутриглазное давление _____
 Проводимые манипуляции _____
 Диагноз: _____

Назначения	Обследование
------------	--------------

Б/л № _____ Сроки _____
 Активное посещение _____ Явка в поликлинику _____
 Врач _____

ОСМОТР НЕВРОПАТОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____
 Анамнез _____
 Статус _____ АД _____ мм.рт. ст. Пульс _____ уд. в м
 Сознание: ясное, оглушенность, сопор, кома _____
 Зрачки равные, анизокория (Д,С). Диплопия нет, есть. Движение глазных яблок в полном объеме, огранич. вверх, в стороны. Реакция на свет: живая, вялая, отсутствует _____
 5-я пара: точки выхода болезненны Д-1, 2, 3. С-1, 2, 3 _____
 7-я пара: лицо симметричное, асимметричное, парез периферический, центральный (Д,С) _____
 8-я пара: нистагм, шум в ушах, слух нормальный, снижен, отсутствует, головокружение, системное, несистемное _____
 9-10 пары: глотание нормальное, поперхивание, пища выливается через нос, голос осиплый, гнусавый, афония _____
 12-я пара: язык отклоняется вправо, влево. Гипотрофия Д _____ С _____ половины
 Менингеальные симптомы: нет, есть; ригидность затылочных мышц, с-м Кернига, Чувствительность: гипестезия, анестезия, гиперестезия, Брудзинского _____
 Рефлексы: с конечностей верхних _____ нижних _____
 Патологические знаки: нет, есть _____
 Координация: норма, в позе Ромберга пошатывается, падает вправо; влево; промахивается при пальценосовой пробе Д _____ С _____ Атаксия _____
 Афазия: моторная, сенсорная, амнестическая. Апраксия, астериогноз _____
 Расстройства движений: нет, есть. Гемиплегия _____ Паралегия _____
 Тетраплегия _____ Моноплегия _____ Гемипарез _____ Парапарез _____
 Тетрапарез _____ Монопарез _____
 Вегетативная нервная система: дермографизм розовый, красный, белый, широкий, узкий, быстро исчезающий, гипергидроз ладоней, стоп _____
 Эмоциональная сфера: эмоционально лабилен, загруженность, вялость, аданамия;

Периферическая нервная система: симптом Лассега _____
симптом Нери _____ ; симптом посадки _____ и др. симптомы _____
Состояние мышц спины _____ , объем движений позвоночника _____
Проводимые манипуляции: _____
Диагноз _____

Назначения	Обследование
------------	--------------

Б/л № _____ Срок _____ Активное посещение _____
Врач _____ Повторная явка _____

ОСМОТР ХИРУРГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____
Анамнез _____
Кожные покровы _____
Лимфатические узлы _____
Органы движения: верхние конечности _____
нижние конечности _____ (цвет, перемежающаяся хромота, температура кожных покровов, пульсация, сосудистая система) _____
Суставы: (не) изменены _____
Язык: чистый, обложен, влажный, сухой _____
Живот: мягкий, вздут, при пальпации болезненность разлитая, ограниченная _____
Мышечная защита: _____
Печень: (не) пальпируется _____
Стул: нормальный, неустойчивый, запоры _____
Прямая кишка: (выделения, геморроидальные узлы, инфильтрация, пальцевое обследование, пальпация обл. копчика) _____
Дополнительные данные _____
Проводимые манипуляции _____
Диагноз _____

Назначения	Обследование
------------	--------------

Б/л № _____ Срок _____
Активное посещение _____ Явка в поликлинику _____
Врач _____

ОСМОТР УРОЛОГА (первичный)

Дата _____ Жалобы _____
Анамнез _____
Объективные данные: язык _____ , живот _____
почки _____ , мочевого пузыря _____
Наружные половые органы _____
Выделения _____ моча _____ простата _____
Анализ мочи _____ крови _____
Инструментальное обследование _____
Диагноз _____
Назначение _____
Б/л № _____ Срок _____ Подпись врача _____

ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР

Дата _____	Обследование и лечение:
------------	-------------------------

ВКЛАДЫШ для больного гриппом, ОРЗ, ангиной (первичное)

Дата _____ В поликлинике, на дому (подчеркнуть)

Жалобы: головная боль, озноб, насморк, боли в глазах, в груди, мышцах, кашель, боль в горле умеренная, сильная, небольшая, слабость _____ (Режим: постельный, домашний, Начало: внезапное, постепенное, после амбулаторный) переохлаждения.

Объективные данные:

_____ Т, Пульс _____ АД _____

Общее состояние: удовлетворит., ср. тяжести, тяжелое.

Миндалины: набухли, гиперемированы, налеты _____

Кожа: сухая, влажная, чистая _____

Лимфоузлы _____

Сердце: тоны ясные, приглушены, глухие _____

Легкие: дыхание везикулярное, жесткое, хрипы (сухие, влажные, звонкие) _____

Живот: мягкий, безболезненный, болезненный, стул _____

Диагноз: основной _____ Б/л № _____

_____ с _____ по _____ г.

Сопутствующий _____ Активное посещение, явка в поликлинику:

Врач _____ (фамилия) Дата _____

Повторное посещение (в поликлинике, на дому) "... " _____ г.

Жалобы _____ Лечение _____

Общее состояние _____

Т _____ С Пульс _____ А/Д _____

Объективно: _____

_____ Обследование _____

Диагноз _____

Б/л с _____ по _____ г. Консультация _____

Врач _____

ПОВТОРНЫЙ ОСМОТР

Дата	Обследование и лечение:
_____	_____

ИНСТРУКЦИЯ

ПО ВЕДЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО № 025/У-87

Медицинская карта амбулаторного больного является основным документом, отражающим состояние здоровья пациента, и заполняется на всех впервые обратившихся в данное лечебное учреждение. На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей. Карта заполняется во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием, общих и специализированных, городских и сельских, врачебных здравпунктах.

Примечание:

1. Медицинская карта амбулаторного больного заполняется:

— в противотуберкулезных учреждениях - на первично обратившихся и консультативных больных; на контингенты, взятые на учет противотуберкулезным учреждением, заполняется медицинская карта больного туберкулезом (ф. № 081/у);

— в кожно-венерологических учреждениях — на больных кожными болезнями и больных, направленных на консультацию; на больных венерическими болезнями заполняется карта больного венерическими заболеваниями (ф. № 065/у), на больных грибковыми болезнями — медицинская карта больного грибковым заболеванием (ф. № 065-1/у);

— в женских консультациях — на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности; на беременных и родильниц заполняется индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. № 111/у).

2. На фельдшерско-акушерских пунктах и здравпунктах вместо медицинской карты амбулаторного больного ведется журнал регистрации амбулаторных больных (ф. № 074/у).

Медицинская карта амбулаторного больного состоит из бланков для долговременной информации и бланков для оперативной информации. Бланки долговременной информации включают сигнальные отметки,

лист записи заключительных диагнозов, данные профилактических осмотров и лист записи назначения наркотических лекарственных средств. Они заранее крепятся (в типографии) к твердой обложке медицинской карты. Бланки оперативной информации включают формализованные вкладыши для записи первого обращения пациента к следующим специалистам: участковому терапевту, кардиологу, ревматологу, эндокринологу, хирургу, урологу, невропатологу, отоларингологу, окулисту, а также вкладыши для больного гриппом, ОРЗ, ангиной, для записи консультации зав. отделением, этапный эпикриз на ВКК, вкладыш повторного посещения. Бланки оперативной информации подклеиваются к гребешку амбулаторной карты в заполненном виде по мере обращения пациента к специалистам на амбулаторном приеме и на дому.

Долговременная информация о больном.

Бланк «Сигнальные отметки» заполняется врачом любой специальности при наличии или обнаружении признаков, перечисленных в данном листе. Внесенные данные подтверждаются подписью врача и печатью.

«Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов» заполняется врачами всех специальностей на каждое заболевание, по поводу которого больной обратился в данное учреждение в отчетном году. Заболевание, обнаруженное у больного впервые в жизни, считается впервые выявленным и отмечается знаком «+» (плюс). При этом, если заболевание установлено при обращении по поводу заболевания, то знак «+» проставляется в 3 графу; если заболевание выявлено при профосмотре, то знак «+» проставляется в 4 графу. Заболевания, которые могут возникнуть заново несколько раз (ангина, грипп, ОРЗ, пневмония, травма и т.д.) всякий раз считаются впервые выявленными и отмечаются знаком «+» (плюс). Хроническое заболевание, с которым больной обращался в предыдущие годы, в случае обращения с ним в отчетном году вновь вносится в лист, но со знаком «-» (минус).

В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом обращении больного, на странице текущих наблюдений записывается предполагаемый диагноз, в лист для записи уточненных диагнозов вносится только дата первого посещения. Диагноз вписывается после его уточнения.

В случае, когда поставленный и записанный на «лист» диагноз заменяется другим, неправильный диагноз зачеркивается и вписывается новый диагноз без изменения даты первого обращения.

Если у больного одновременно или последовательно обнаружено несколько заболеваний, этиологически не связанных друг с другом, то все они выносятся на «лист».

Бланк «Данные проф. Осмотров» заполняется во время проведения ежегодных профилактических осмотров. Он рассчитан на 5 лет. Обследование проводится по 15 признакам (рост, масса тела, острота зрения, внутриглазное давление, острота слуха, пневмотахометрия, артериальное давление, ЭКГ, осмотр полости рта, анализ крови, анализ мочи, флюорография, маммография, гинекологический осмотр со взятием мазка, пальцевое исследование прямой кишки). Результаты обследования вносятся в графу текущего года в том кабинете, где проведен соответствующий осмотр или исследования пациента.

В лист записи назначения наркотических лекарственных средств и лекарственных средств, способных вызвать болезненное пристрастие, вносятся все записи о назначенных врачами поликлиники (вне зависимости от специальности) всех наркотических лекарственных средств и всех других лекарственных средств, способных вызвать болезненное пристрастие. Контроль за обоснованностью прописывания указанных лекарственных средств возложен на главных врачей лечебно-профилактических учреждений. Во всех случаях должны быть четко заполнены все графы бланка и скреплены подписью врача.

Оперативная информация.

Вкладыши «Осмотр терапевта», «Вкладыши для больного гриппом, ОРЗ, ангиной», «Осмотр кардиолога», «Осмотр ревматолога», «Осмотр эндокринолога» заполняются при первичном обращении к врачам терапевтического профиля. При обследовании больного или проведении профосмотра следует придерживаться того плана, который имеется в бланке. По каждому признаку — норма подчеркивается, а патология вносится в соответствующую графу. При повторном обращении пациента заполняется «Повторный осмотр». При записи результатов повторного осмотра вносится только динамика изменения состояния больного, данные обследования, лечения и экспертизы трудоспособности. Все указанные вкладыши последовательно по мере обращения больного подклеиваются к обложке медицинской карты.

Вкладыш «Этапный эпикриз на ВКК» заполняется лечащим врачом для решения вопросов экспертизы временной нетрудоспособности. Обратная сторона этого вкладыша предназначена для «Консультации заведующего отделением», который вносит в него рекомендации по поводу дополнительного обследования, диагноза, лечения, восстановительной терапии, экспертизы трудоспособности и трудоустройства.

Вкладыши «Осмотр хирурга», «Осмотр отоларинголога», «Осмотр окулиста», «Осмотр невропатолога», «Осмотр уролога» заполняются при первичном обращении к врачам-специалистам. Они заполняются аналогично вкладышам, описанным для врачей терапевтического профиля. Записи о повторном посещении проводятся на дополнительные бланки «Повторный осмотр».

В медицинскую карту подклеиваются результаты анализов и обследования, заключительные эпикризы стационарного лечения.

В случае госпитализации больного в стационар, объединенный с поликлиникой, карта передается в стационар и хранится в медицинской карте стационарного больного. После выписки больного из стационара или его смерти медицинская карта амбулаторного больного с эпикризом лечащего врача стационара возвращается в поликлинику. В случае смерти больного одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте проводится запись о дате и причине смерти. Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения.

Приложение Б

Медицинская документация
Форма № 030/у

наименование учреждения

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА диспансерного наблюдения

Фамилия врача _____ Код или № медицинской карты амбулаторного
Дата взятия на учет _____ больного (истории развития ребенка) _____
Дата снятия с учета _____ Заболевание, по поводу которого взят под
Причина снятия _____ диспансерное наблюдение _____
_____ Диагноз установлен впервые в жизни _____
_____ дата

Заболевание выявлено: при обращении за
лечением, при профосмотре (подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество _____
М
2. Пол — 3. Дата рождения _____ 4. Адрес _____
Ж
5. Место работы (учебы) _____
6. Профессия (должность) _____
7. Контроль посещений _____

Назначено явиться											
Явился											
Назначено явиться											
Явился											

Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях, осложнениях _____

Лечебно-профилактические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение, трудоустройство, перевод на инвалидность).

Дата	Мероприятия

Подпись врача _____

Инструкция по заполнению учетной формы № 030/у

КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Контрольная карта диспансерного наблюдения заполняется всеми амбулаторно-поликлиническими учреждениями, кроме противотуберкулезных, онкологических, психоневрологических и наркологических учреждений, для которых утверждены специальные карты диспансерного наблюдения. В кожно-венерологических учреждениях карты № 030/у заполняются только на взятых под диспансерное наблюдение больных кожными болезнями и трихомониазом (на больных венерическими и грибковыми кожными болезнями эти формы не заполняются) в онкологических — на больных с предопухолевыми заболеваниями.

Карты заполняются на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний, диагноз заболеваний указывается в правом верхнем углу карты. Там же отмечается дата установления диагноза и способ выявления его: при обращении за лечением, при профилактическом осмотре.

Контрольные карты используются для контроля за посещением больных, для чего в п. 7 отмечаются даты назначенной и фактической явки больного к врачу.

Специально отведено место для записи возникающих осложнений, сопутствующих заболеваний, изменении диагноза и для записи наиболее важных лечебно-профилактических мероприятий: госпитализация, санаторно-курортное лечение, перевод на инвалидность и т. д.

На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются раздельные контрольные карты.

Карты хранятся в картотеке у каждого врача, имеющего больных, взятых под диспансерное наблюдение. Карты рекомендуется хранить по месяцам назначенной явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний), что позволяет вести контроль за систематичностью посещений и принимать меры к привлечению больных, пропустивших срок явки.

Карта используется для составления «Отчета о числе заболеваний» по ф. № 12.

Приложение В
Форма № 131/у-Д

_____ (наименование организации здравоохранения)

Карта учета диспансерного наблюдения № _____

1. Фамилия, имя, отчество _____ 2. Пол _____
 3. Число, месяц, год рождения _____ тел. дом. _____ тел. раб. _____
 4. Место жительства _____
 5. Место работы (учебы) _____ 6. Профессия _____
 7. Прикреплен для диспансерного динамического наблюдения в организации здравоохранения _____

_____ (наименование организации здравоохранения)

8. Проходит диспансерное динамическое наблюдение в организации здравоохранения _____

_____ (наименование организации здравоохранения)

Вид исследования	Дата исследования					
	20 г.	20 г.	20 г.	20 г.	20 г.	20 г.
Измерение артериального давления (далее — АД)						
Гениологический анамнез						
Курение (да, нет)						
Употребление алкоголя (да, нет)						
Индекс массы тела (далее — ИМТ)						
Общий анализ крови						
Холестерин крови						
Общий анализ мочи						
Электрокардиография (далее — ЭКГ)						
Оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний (далее — ССЗ) по таблице SCORE						
Измерение внутриглазного давления						
Исследование предстательной железы						
Осмотр врача-акушера-гинеколога						
Осмотр молочных желез						
Флюорография						

Примечание. Исследования проводятся для граждан:

— 18–29 лет: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови (по показаниям), флюорография, осмотр врача гинеколога и молочных желез (женщины);

— 30–39 лет: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза и холестерин крови (по показаниям), ЭКГ, осмотр врача-акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), флюорография;

— 40 лет и старше: измерение АД, ИМТ, общий анализ крови (СОЭ, лейкоциты, гемоглобин), мочи, глюкоза крови, холестерин крови, оценка риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) по таблице SCORE, измерение внутриглазного давления, ЭКГ, осмотр врача акушера-гинеколога и молочных желез (женщины), исследование предстательной железы (мужчины), флюорография.

Годы	Впервые выявленные при диспансерном осмотре заболевания и факторы риска	Группа здоровья	Подпись	
			врача	пациента
20 г.				

Приложение Г

Медицинская документация
Форма № 052/у

наименование учреждения

КАРТА

профилактических флюорографических обследований заведена _____
число, месяц, год

Длительно не обследовался флюорографически (рентгенологически) _____ лет.

Фамилия, имя, отчество _____ Пол: М — 1; Ж — 2

Год рождения _____ Наличиеотягощающих хронических заболеваний (вписать) _____

Профессия _____

Адрес (домашний) _____

_____ Обязательный контингент
_____ Другое организованное население:
Место работы _____ Работающие
_____ В т.ч. работники мелких предприятий
_____ Учащиеся
_____ Неорганизованное население (подчеркнуть)

Дата флюорографии	Дата флюорограммы	Результаты оценки флюорограммы								Заключение по флюорограмме
		I чтение				II чтение				
		вид патологии	локализация	подпись врача	контр. дообследования	вид патологии	локализация	подпись врача	контр. дообследования	
1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	4.1	4.2	4.3	4.4	5

Дата рентгенологического дообследования	Метод рентгенологического дообследования	Рентгенологический диагноз	Заключительный клинико-рентгенологический диагноз

Инструкция по заполнению учетной формы № 52/у

КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ФЛЮОРОГРАФИЧЕСКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ

Карта ведется всеми лечебно-профилактическими учреждениями, имеющими флюорографы (стационарные или передвижные) и проводящими профилактические осмотры населения с целью выявления больных туберкулезом.

Карта используется для записи результатов флюорографических обследований и является основным регистрационным документом при создании картотеки лиц, подлежащих осмотрам с целью раннего выявления больных туберкулезом.

Особое внимание необходимо обращать на заполнение следующих пунктов:

1) В первой строке отмечаются лица, длительный срок (3 и более года) не осматривавшиеся флюорографически (разница между датой заведения карты и датой первого обследования или разница между датами последнего и предыдущего обследования), и представляющие группу повышенного риска заболевания.

2) В правой стороне карты вписываются хронические заболевания, которыми страдает лицо, подлежащее осмотру, и путем подчеркивания указывается группа населения к которой он относится.

3) Графа 5 таблицы служит для записи заключительного диагноза по результатам двух чтений флюорограммы.

4) На обороте карты в нижней ее части помещена таблица для записи даты, метода и результатов рентгенологического дообследования (рентгеноскопии или рентгенографии, томографии). Обменным документом для заполнения этого раздела служит «направление на консультацию и во вспомогательные отделения» (ф. № 028/у).

Карты хранятся в картотеке флюорографического кабинета по группам населения и внутри групп по датам (месяцам) следующей флюорографии.

Приложение Д

Медицинская документация
Форма № 064/у

наименование учреждения

**ЖУРНАЛ
учета профилактических прививок**

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Год рождения	Домашний адрес	Название места работы или учебного заведения	Название препарата (вакцина, анатоксин и пр.)	Вакцинация или ревакцинация	Метод прививок (подкожно, внутрикожно, интраназальной пр.)
1	2	3	4	5	6	7	8

продолжение

Прививки									Реакция: местная, общая; после какой прививки	Примечание
I-я			II-я			III-я				
дата	доза	серия	дата	доза	серия	дата	доза	серия		
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

и т.д. до конца страницы

Инструкция по заполнению учетной формы № 064/у

ЖУРНАЛ УЧЕТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Журнал учета профилактических прививок предназначен для ежемесячного учета всех проведенных лечебно-профилактическим учреждением прививок. Эта форма используется для учета прививок взрослому населению и учащимся-подросткам (ПТУ, ТУ, техникум, ВУЗ).

В графе «Примечание» следует указывать сведения об аллергологических пробах, проведенных перед прививкой и патологических реакциях на прививку.

В зависимости от количества проводимых прививок на каждый их вид заводится отдельный журнал или выделяется несколько листов в журнале.

Данные журнала используются для составления отчета о профилактических прививках.

Приложение Е

Медицинская документация
Форма № 025–4/у

наименование учреждения

ТАЛОН на прием к врачу

1. Фамилия, и., о. больного _____
2. Адрес _____
- № медицинской карты амбулаторного больного _____
3. № очереди _____
4. Кабинет № _____
5. Явиться _____ числа
в _____ час. _____ мин.
6. К врачу _____

(фамилия)

Нужное подчеркнуть

Место для кода

1. Ребенок (0—14 лет включ.) _____
взрослый (от 15 лет и старше) _____
2. Проживает в районе обслуживания данного
учреждения; _____
работает на прикрепленном предприятии; _____
Принят: своим участковым врачом, своим
цеховым врачом. _____
3. Постоянно живет в городе, селе _____
4. Повод обращения: _____
заболевание, профилактический осмотр,
прививка, за справкой _____

(недостающее вписать)

Подпись врача _____

Инструкция по заполнению учетной формы № 025–4/у

ТАЛОН НА ПРИЕМ К ВРАЧУ

Талон на прием к врачу является оперативным документом, позволяющим правильно формировать очередность приема пациентов. Лицевая сторона талона заполняется в регистратуре при записи больных или самими больными при системе самозаписи. Обратная сторона талона заполняется медицинской сестрой, работающей вместе с врачом, путем подчеркивания нужных обозначений и используется для заполнения ведомости учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации (ф. № 039/у).

Медицинская документация
Форма № 040/у

наименование учреждения

КАРТОЧКА предварительной записи на прием к врачу на «__» _____ г.

Фамилия врача _____ кабинет _____

Очередной №	Часы приема	Фамилия, имя, отчество	Адрес или код

Приложение Ж

Медицинская документация
форма № 031/у

наименование учреждения

КНИГА записи вызовов врачей на дом

Примечание: По каждому терапевтическому (педиатрическому) участку ведутся отдельные книги.

№ п/п	Дата и час вызова	Фамилия, имя, отчество больного	Год рождения, возраст	Адрес	Участок №	По какому поводу сделан вызов
1	2	3	4	5	6	7

продолжение

Вызов первичный, повторный, посещение активное	Дата выполнения вызова	Кем выполнен вызов	Подпись выполнившего вызов	Диагноз	Оказанная помощь, куда больной Направлен (для неотложной помощи)
8	9	10	11	12	13

Инструкция по заполнению учетной формы № 031/у

КНИГА ЗАПИСИ ВЫЗОВОВ ВРАЧЕЙ НА ДОМ

Книга служит для записи вызовов врачей на дом и контроля их выполнения.

Ведется во всех лечебно-профилактических учреждениях, оказывающих медицинскую помощь на дому.

В поликлиниках, имеющих терапевтические или педиатрические участки, по каждому участку ведутся отдельные книги записи вызовов врачей на дом. В амбулаториях, специализированных учреждениях, где объем помощи, оказываемой на дому, невелик, одна книга может вестись на все учреждение в целом.

Примечание: книги могут использоваться и на фельдшерско-акушерских пунктах для записи вызовов на дом среднего медперсонала.

Книги ведутся регистратором (медицинской сестрой), принимающим вызовы. При вызове заполняются первые 8 граф книги.

В книгу записываются как первичные, так и повторные вызовы, а также посещения больных на дому по инициативе врача (без вызова), в последнем случае в гр. 7 книги отмечается активное посещение.

На основании вызовов регистратором подбираются медицинские карты амбулаторных больных и передаются врачам, выполняющим вызовы. После выполнения вызова карты возвращаются в регистратуру и на основании сведений, в них внесенных, врачом заполняются графы 9—13 книги записи вызовов врачей на дом.

По записи в книге подсчитывается число посещений, сделанных врачом на дому и ежедневно записывается в ведомость учета работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (ф.№ 039/у).

Приложение И

Медицинская документация
Форма № 025-2/у

наименование учреждения

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов

1. Фамилия, имя, отчество _____ Пол _____
2. Адрес _____
3. Участок № __ терапевтический, цеховой, педиатрический (подчеркнуть).
4. Работает на прикрепленном предприятии, не работает (подчеркнуть). Проживает постоянно: в городе, селе (подчеркнуть). Проживает в районе обслуживания: да, нет (подчеркнуть).
5. Возраст _____
(для детей до 3-х лет - лет, мес., дней)

6. Диагноз заключительный (уточненный). Для травматологических больных — характер и локализация	Впервые в жизни установленный (отметить +)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

7. <*> Вместо ранее зарегистрированного диагноза _____
<*> — Пункт 7 заполняется в том случае, когда в п. 6 взамен ранее зарегистрированного в листе записи уточненных диагнозов (в ф. № 025/у) предоставляется новый диагноз.

8. Заболевание выявлено при обращении за лечением, при профилактическом осмотре (подчеркнуть).
9. <*> Вид травмы и отравления:
а) связана с производством: в промышленности — 1; в сельском хозяйстве — 2; на строительстве — 3; дорожно-транспортная — 4; прочие — 5;
б) не связана с производством: бытовая — 6; уличная (при пешеходном движении) — 7; дорожно-транспортная — 8; школьная — 9; спортивная — 10; прочие — 11.
<*> — Заполняется только при травмах и отравлениях. Код — цифру обвести кружком.

Подпись _____

Инструкция по заполнению учетной формы № 025-2/у

СТАТИСТИЧЕСКИЙ ТАЛОН ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ (УТОЧНЕННЫХ) ДИАГНОЗОВ

Талон заполняется на основании записей в листе заключительных (уточненных) диагнозов медицинской карты амбулаторного больного на все заболевания и травмы в нем записанные, кроме острых инфекционных заболеваний, учитываемых по извещениям (ф. № 058/у).

Талон заполняется в поликлиниках (амбулаториях) городских и сельских, для взрослых и детей, женских консультациях.

Примечание: в специализированных учреждениях (психоневрологических, онкологических и противотуберкулезных) талон не заполняется, в кожно-венерологических — заполняется на больных кожными заболеваниями.

В зависимости от системы организации работы в поликлинике талоны заполняются по окончании приема врачами или медицинскими сестрами по указанию врачей или централизованно статистиком учреждения по данным, переданных ему с приема медицинских карт амбулаторного больного.

На основании талонов заполняется отчетная форма № 12.

Приложение К

Медицинская документация
форма № 039/у-88

наименование учреждения

ВЕДОМОСТЬ
учета посещений в поликлинике (амбулатории),
диспансере, консультации и на дому

Фамилия и специальность врача _____

За _____ Г.

Участок территориальный № _____ цеховой № _____

Числа месяца	В поликлини- ке принято и осмотрено — всего	В том числе по поводу за- болеваний		Сделано посещений на дому — всего	В том числе к детям до 14 лет включительно	
		взрослых и подро- стков	детей в возрас- те до 14 лет включ.		по поводу заболеваний	профилак- тических и па- тронажных
А	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

**Инструкция по заполнению ведомости учета посещений в поликлинике (амбулатории), дис-
пансере, консультации на дому — ф. № 039/у-88**

1. Ведомость учета посещений заполняется на каждого врача, ведущего амбулаторно-поликлинический прием, и врача вспомогательных отделений (кабинетов) на основании талона на прием к врачу — ф. № 025-4/у-88 или медицинской карты амбулаторного больного — ф. № 025/у-87, истории развития ребенка — ф. № 112/у, журнала учета работы кабинета инфекционных заболеваний — ф. № 128/у и записей в книге вызовов врача на дом — ф. № 031/у.

В детских дошкольных учреждениях, школах ф. № 039/у-88 «Ведомость учета посещений в поли-
клинике (амбулатории), диспансере, консультации и на дому» не ведется.

2. В графах 1–3 ведомости представляются сведения о работе врача на амбулаторном приеме, в графах 4–6 — о работе по помощи на дому за каждый день месяца.

При заполнении ведомости следует исходить из следующих положений:

2.1. К посещениям по поводу заболеваний следует относить:

- Посещения, когда у обратившихся выявлено заболевание;
- Посещения для лечения;
- Посещения, сделанные диспансерным контингентом в период ремиссии;
- Посещения в связи с оформлением направлений на ВТЭК и санаторно-курортной карты, даже если врач при этом не находит никакой патологии по своей специальности;
- Посещения больными по выздоровлении для закрытия листка нетрудоспособности;
- Посещения для получения справки о болезни ребенка;
- Посещения по поводу патологии беременности, аборт, начатых и начавшихся вне лечебного учреждения, направлений на аборт по медицинским показаниям, а также посещения после произведенного искусственного аборта в случае осложнения;
- Посещения по поводу аномалий рефракции и аккомодации (кроме обращений по поводу пресбиопии лиц в возрасте 40 лет и старше), аномалий речи, голоса, слуха.

2.2. К посещениям с профилактической целью следует относить:

• Посещения по поводу осмотров при поступлении на работу, учебу, в дошкольное учреждение, при направлении в учреждения отдыха; осмотры контингентом, подлежащих периодическим осмотрам; осмотр населения при проведении ежегодной диспансеризации, осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок. в число посещений к врачам следует включать посещения по поводу профилактических прививок лишь в том случае, когда врачом проводится осмотр пациента, о чем делается запись в медицинской карте амбулаторного больного (истории развития ребенка), и в силу медицинских обстоятельств прививка выполняется лично врачом.

• Прививки против гриппа, проведенные в присутствии врача или врачом, в том числе с использованием безигольных инъекторов учету в качестве посещений не подлежат.

• Посещения беременных при нормальной беременности, посещения женщин, обратившихся за направлением на аборт, по поводу абортов, проводимых в поликлинике, применения противозачаточных средств, после абортов, проведенных в стационаре, и т.д.;

• Патронажные посещения здоровых детей 1 года жизни.

Если врач при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установления диагноза, это посещение у врача, проводившего осмотр, должно быть учтено, как сделанное с профилактической целью. Посещение же у консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено, как сделанное по поводу заболевания.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях), где введена централизованная система учета, ведомость учета посещений заполняется в кабинете учета и медицинской статистики по окончании приема на основании медицинской карты амбулаторного больного (в учреждениях, где используется талон на прием к врачу на основе разработки талонов).

В учреждениях, не имеющих в штате медицинских статистиков (децентрализованная система статистического учета), ведомость заполняется медицинской сестрой, работающей с врачом на приеме, или средним медицинским работником, на которого распоряжением главного врача возложена эта обязанность.

Правильность заполнения ведомости подтверждается подписью врача.

Порядок составления, обработки и анализа ведомостей учета посещений устанавливается распоряжением главного врача лечебно-профилактического учреждения, который несет персональную ответственность за постановку учета посещений в учреждении и достоверность данных.

ТИПОВАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ «ТАЛОНА АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА» Ф. № 025-6/у-89 Ф. № 025-7/у-89.

1. Общие положения

Развития амбулаторно-поликлинических учреждений предусматривает интенсификацию их деятельности на основе внедрения прогрессивных технологий, перестройки хозяйственного механизма, повышения эффективности различных форм управления, организации и стимулирования труда персонала.

Разработана новая система учета деятельности поликлиники и регистрируемых заболеваний, использующая новый медицинский документ «Талон амбулаторного пациента» ф. № 025–6/у–89 и № 025–7/у–89.

Система имеет ряд принципиально новых особенностей.

1.1. Первая особенность заключается в переориентации медицинского персонала с количественных на качественные показатели работы, с промежуточных на конечные результаты деятельности, которые различны для поликлиники и ее отделений (кабинетов).

Конечный результат деятельности отделения (кабинета) отражает показатель — «Число случаев поликлинического обслуживания» (СПО). Под случаем поликлинического обслуживания следует понимать совокупность посещений, выполненных при каждом обращении пациента к врачу-специалисту. При этом первичный случай обслуживания — это первый в текущем календарном году случай обращения пациента к специалисту с данной целью. Талон позволяет получить статистическую характеристику каждого случая поликлинического обслуживания со следующих позиций:

— цель (лечебно-диагностическая, консультативная, диспансерное наблюдение, профилактический осмотр, медико-социальная, прочие);

— периодичность (первичный, повторный);

— объем оказанной помощи в поликлинике и на дому.

Достижение более высоких конечных результатов деятельности будет зависеть от:

— сокращения числа необоснованных посещений при каждом СПО;

— уменьшения числа повторных СПО;

— увеличения доли случаев с профилактической целью в общем числе первичных случаев поликлинического обслуживания.

Конечный результат деятельности поликлиники характеризует показатель «Число лиц, пользующихся медицинской помощью в течение года». Этот показатель может быть получен только при организации полицейского учета каждого СПО и создания соответствующего банка данных на каждое лицо, обратившееся в поликлинику.

1.2. Второй особенностью системы является ее многофункциональное назначение. В талоне содержится информация о пациенте, враче и объеме оказанной поликлинической помощи.

Так, для характеристики пациента выделены следующие реквизиты: пол, возраст, место жительства, отношение к работе, диспансеризация, инвалидность, временная нетрудоспособность.

Реквизиты, характеризующие врача, включают коды врачей, начавших и закончивших лечение, объем и виды оказываемой помощи, диспансерное наблюдение.

Реквизиты, характеризующие болезнь, позволяют по-новому подойти к регистрации заболеваний. В частности, для диагноза основного и сопутствующих заболеваний требуется указать характер заболеваний: впервые в жизни зарегистрированное острое заболевание, новый случай хронического или известное ранее хроническое заболевание, обострение хронического заболевания. Получение этих данных необходимо для определения контингентов, формирующих потоки больных; выделения лиц, требующих повышенного внимания и т.д.

Реквизиты, характеризующие объем поликлинической помощи показывают:

— объем работы каждого врача-специалиста, а в сводном виде группы специалистов, отделения, поликлиники в целом;

— объем поликлинической помощи на каждый случай обслуживания пациента, а так же в совокупности на каждое лицо, обратившееся в поликлиническое учреждение.

1.3. Третья особенность состоит в том, что впервые вводится понятие «законченность» СПО.

Законченным следует считать случай обслуживания, когда цель обращения достигнута.

1.4. Четвертая особенность заключается в специфике технологии заполнения первичного документа. Каждый талон заполняется врачом и должен храниться в кабинете врача до тех пор, пока СПО не будет закончен. Как показали результаты экспериментальной апробации талона, оптимальный срок хранения талонов составляет не более трех недель. За это время врач обязан сделать все от него зависящее, чтобы случай был закончен, иными словами, чтобы цель обращения была достигнута. Для некоторых хронических заболеваний и ряда травм этот период может быть более длительным. Возможно наличие определенного числа незаконченных случаев как по вине больного (например, нежелание являться к врачу, несмотря на все его настойчивые приглашения), так и в связи с неудовлетворительной организацией

лечебно-диагностического процесса в поликлинике (отсутствие необходимых консультантов, невозможность провести требуемое исследование и т.п.). Тем не менее, такая технология заполнения документа способствует формированию активной позиции врача в отношении любого пациента поликлиники.

Введение новой системы учета способствует также повышению роли заведующих отделений в работе по контролю за качеством ведения больных. Так, объектом оценки со стороны заведующих отделений в первую очередь могут стать незаконченные случаи обслуживания, выявление их причин, случаи обслуживания в связи с заболеваниями, по поводу которых выполнено пять и более посещений; случаи обслуживания, продолжающиеся в целом более месяца, а при наличии листка нетрудоспособности — более 20–25 дней и др.

Таким образом, новая система учета переориентирует мышление врачей, поставив в центре их внимания лицо, обратившееся в поликлинику. В этих условиях они становятся прямо заинтересованными в рациональном использовании своего рабочего времени за счет сокращения числа необоснованных посещений. Основное значение в предлагаемой системе придается усилению эффективности первичного контакта врач-пациент и связанного с этим увеличению числа первичных случаев обслуживания с профилактической целью, проведению с пациентами объема работы, минимизирующей повторные обращения.

1.5. Талон утвержден в двух вариантах. Первый под № 025–6/у–89 для учреждений, имеющих персональные компьютеры и организующих обработку на них информации. Второй под № 025–7/у–89 предназначен для ручной обработки.

При использовании сокращенного варианта «Талона амбулаторного пациента» не заполняются:
— «Статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза» (ф.025–2у);
— «Талон на прием к врачу» (ф.025–4у–88).

При использовании расширенного варианта Талона и его автоматизированной обработки, кроме того, отменяется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (ф.030/у); «Карта учета диспансеризации» (ф.131/у).

На базе информации, содержащейся в Талоне, может быть построена система планирования и анализа деятельности поликлиники, а также система дифференцированной оценки и оплаты труда врачей.

Порядок заполнения «Талона амбулаторного пациента» ф. № 025–6у–89 в настоящем пособии не приводится.

ПРИМЕРНАЯ СХЕМА

диспансерного динамического наблюдения за больными, состоящими в группе Д (II) и Д (III)

Нозологическая форма	Частота наблюдения	Медицинские осмотры врачами-специалистами	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия*	Сроки наблюдения критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
Диспансерное динамическое наблюдение за больными с основными факторами риска в группе Д (II)						
Избыточная масса тела (росто-весовой индекс $29,0 \text{ кг/м}^2$ и выше)	1 раз в год	Врач-терапевт — 1 раз в год; врач-эндокринолог, врач-гастроэнтеролог, врач-ревматолог — по медицинским показаниям	Холестерин, триглицериды, сахар крови ежегодно, рентгенография суставов — по медицинским показаниям	Здоровый образ жизни; изкультура; диетотерапия ограничение мучных изделий, сахара и насыщенных жиров	При достижении критериев эффективности	Редукция избыточного веса. Отсутствие развития заболеваний у здоровых
Нерациональное питание (жирная мясная пища, недостаток овощей и фруктов)	1 раз в год	Врач-терапевт, другие специалисты — по медицинским показаниям	По медицинским показаниям — клинический анализ крови, общий анализ мочи, уровень мочевиной кислоты	Соблюдение рациональной диеты, исключение алкоголя, санитарно-просветительная работа	При достижении критериев эффективности	Отсутствие развития заболеваний, уменьшение факторов риска
Курение	1 раз в год	Врач-терапевт — 1 раз в год, врач-отоларинголог, врач-пульмонолог, врач-психотерапевт — по медицинским показаниям	Спирография — 1 раз в год. Флюорография легких — по медицинским показаниям	Рекомендации по ведению здорового образа жизни, психотерапия, рефлексотерапия. Лечение ЛС — по медицинским показаниям. Санитарно-просветительная работа по борьбе с курением	При достижении критериев эффективности	Отказ от курения. Отсутствие развития заболеваний у здоровых

Приложение П
Диспансерное динамическое наблюдение за больными, состоящими в группе учета Д (Ш) у врача-терапевта

Нозологическая форма	Частота наблюдения	Медицинские осмотры врачами специалистами	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основные лечебно-профилактические мероприятия	Сроки наблюдения и критерии снятия с учета	Критерии эффективности диспансеризации
Артериальная гипертензия $\geq 140/90$ мм рт.ст. I.10	2–4 раза в год в зависимости от тяжести течения — I ст. — I раз в 6 мес, II–III ст. — I раз в квартал	Врач-офтальмолог, врач-невропатолог, — не реже 1 раза в год; врач-эндокринолог, врач-уролог, врач-психоневролог — по показаниям. Врач-кардиолог — I раз в год при высоком риске сердечно-сосудистых осложнений.	Анализ крови общий, анализ мочи общий — 2 раза в год; глюкоза, протромбиновый индекс (далее ПТИ), биохимические показатели крови (мочевина, калий, креатинин, общий холестерин, холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП), триглицериды) — 1 раз в год. Тест на выявление микроальбуминурии; осмотр глазного дна, ЭКГ — 1 раз в год, электрокардиография (далее ЭхоЭКГ) — 1 раз в год. УЗИ брахиоцефальных артерий (далее БЦА) — 1 раз в 1–2 года. Ультразвуковое исследование (далее УЗИ) почечек — 1 раз в год. Радионуклидная ренография (РРГ) — 1 раз в год.	Обучение навыкам здорового образа жизни. Коррекция факторов риска, ограничение в пище соли и насыщенных животных жиров. Психотерапия, физиотерапия и ЛФК в отделении восстановительного лечения. Трудовые рекомендации. Постепенный прием антигипертензивных средств. Санаторно-курортное лечение. Оздоровление в санатории-профилактории.	Наблюдение пожизненное	Улучшение клинических показателей. Снижение временной нетрудоспособности. Перевод в группу (ДП) диспансерного наблюдения. В группе: снижение первичного выхода на инвалидность, числа новых случаев мозговых инсультов, инфарктов миокарда, внезапной коронарной смерти (ВКС), хронической почечной недостаточности, увеличение числа лиц с целевым уровнем АД (140/90 мм рт.ст. и ниже, у больных с сопутствующим сахарным диабетом — менее 130/85 мм рт.ст.).

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
1. Цель занятия.....	3
2. Задачи занятия.....	3
3. Требования к исходному уровню знаний.....	3
4. Контрольные вопросы по теме занятия.....	4
5. Учебный материал.....	5
6. Первичные медицинские документы и формы государственной статистической отчетности амбулаторно-поликлинической организации.....	25
7. Оценка эффективности деятельности участкового врача-терапевта, модель конечных результатов городской поликлиники.....	27
8. Задания для самостоятельной работы студентов по реализации программных целей занятия.....	31
9. Самоконтроль усвоения темы.....	31
9. Литература.....	39
10. Приложение А.....	39
11. Приложение Б.....	47
12. Приложение В.....	48
13. Приложение Г.....	49
14. Приложение Д.....	50
15. Приложение Е.....	51
16. Приложение Ж.....	52
17. Приложение И.....	53
18. Приложение К.....	54
19. Приложение Л.....	56
20. Приложение М.....	57
21. Приложение Н.....	60
21. Приложение П.....	61

Учебное издание

Дорофеев Виталий Михайлович

**ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ГОРОДСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**

**Учебно-методическое пособие
для студентов 4, 5 курсов медицинских вузов**

**Редактор *Т. Ф. Рулинская*
Компьютерная верстка *А. М. Елисеева***

Подписано в печать 10. 04. 2008
Формат 60×84¹/₁₆. Бумага офсетная 65 г/м². Гарнитура «Таймс»
Усл. печ. л. 3,72. Уч.-изд. л. 4,0. Тираж 150 экз. Заказ № 121

Издатель и полиграфическое исполнение
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
246000, г. Гомель, ул. Ланге, 5
ЛИ № 02330/0133072 от 30. 04. 2004

