

В. И. Сабанов, Т. С. Дьяченко, Е. Г. Попова

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ
ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
ВЗРОСЛОМУ И ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ**



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»**

В. И. Сабанов, Т. С. Дьяченко, Е. Г. Попова

**Организационные основы
первичной медико-санитарной помощи
взрослому и детскому населению**

Учебное пособие

ВОЛГОГРАД 2015

УДК 614.2:616-083

ББК 51.1(2)2

С 12

Авторы:

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ВолгГМУ, профессор,
заслуженный работник Высшей школы РФ *В. И. Сабанов*;
доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ВолгГМУ,
канд. мед. наук *Т. С. Дьяченко*;
ассистент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ВолгГМУ,
канд. мед. наук *Е. Г. Попова*

Рецензенты:

Заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения, экономики
здравоохранения ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский
университет им. Н.И. Пирогова», чл-корр. РАН, профессор *Н.В. Полунина*;
заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения
ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет», профессор, Заслуженный деятель науки РФ *В.К. Юрьев*

С 12 Сабанов В.И.

Организационные основы первичной медико-санитарной помощи взрослому и
детскому населению: учебное пособие / В.И.Сабанов, Т.С.Дьяченко, Е.Г. Попова. – Волгоград:
Изд-во ВолгГМУ, 2015. - 187с.

В учебном пособии рассматриваются организационные основы первичной медико-санитарной
помощи взрослому и детскому населению. Большое внимание уделено роли и задачам амбулаторно-
поликлинических учреждений, участковому принципу в оказании медицинской помощи населению.
Оригинальные ситуационные задачи, основанные на реальных данных, позволят обучаемым закрепить
теоретические знания и самостоятельно проанализировать работу поликлиник, оценить здоровье
населения, разработать целенаправленные мероприятия по оптимизации деятельности поликлиник.
Выполнение заданий будет способствовать развитию аналитического и практического мышления у
обучающихся.

Учебное пособие предназначено для студентов, обучающихся по специальностям высшего
образования «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Медико-профилактическое дело». Оно может быть
полезно интернам, ординаторам, аспирантам медицинских вузов, врачам практического
здравоохранения.

УДК 614.2:616-083

ББК 51.1(2)2

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
СТРУКТУРА И ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ.....	7
ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА	15
СТРУКТУРА ПОЛИКЛИНИКИ.....	20
ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	35
МЕТОДИКА РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.....	39
ГОДОВОЙ ОТЧЕТ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ	46
ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКОЙ	49
ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.....	51
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	70
ОСНОВНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	90
АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ	95
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ.....	99
ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ	102
КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ).....	109
ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ДЕТЬМИ (НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ) ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ	111
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА.....	113
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	114
ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ	146
КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ	167
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	170

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение
ВолгГМУ – Волгоградский государственный медицинский университет
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВОП – врач общей практики
ДМС – добровольное медицинское страхование
ЗОЖ – здоровый образ жизни
КДЦ – консультативно-диагностический центр
КМП – качество медицинской помощи
ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение
МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации
МКБ-10 – Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра
НСУ – набор социальных услуг
ОВП – общая (групповая) врачебная практика
ОМС – обязательное медицинское страхование
ПИН-код – персональный индивидуальный номер-код
ПМСП – первичная медико-санитарная помощь
РФ – Российская Федерация
СМП – скорая медицинская помощь
СУБ – сельская участковая больница
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт
ЦГСЭН – Центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора
ЦОВП – центр общей врачебной практики
ЦРБ – центральная районная больница

ВВЕДЕНИЕ

*Знающий целое может знать и его часть,
но знающий часть ещё не знает целого*

Лукиан

*(греческий писатель-сатирик,
около 120-180 гг. н.э.)*

Здоровье людей является национальным приоритетом. Главная цель любой системы здравоохранения – доступность и качество медицинской помощи, медицинских услуг, медицинского обслуживания. Эффективность работы медицинской отрасли определяется отношением и взаимодействием между различными ее элементами, которое является обязательным для достижения поставленной цели.

С начала 90-х годов существовавшая в России система медицинского обслуживания населения в значительной мере была реформирована.

В июле 1993 года были приняты «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Охрана здоровья населения рассматривается как важнейшая функция государства, представляющая собой систему политических, правовых, социальных, экономических, экологических, организационных, санитарно-эпидемиологических, медицинских и других мер, обеспечивающих государственную безопасность страны, сохранение и преумножение трудового потенциала общества, как основы производительных сил и качества жизни населения.

С 1 января 1993 года вступил в силу принятый в июне 1991 года закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Закон определил правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования, способствовал сохранению государственного характера медицинской помощи при рыночных отношениях в обществе и гарантировал обеспечение первичной медико-социальной помощи и стационарное лечение всем гражданам вне зависимости от их материального положения.

С 2006 года в стране реализуется Приоритетный Национальный проект в сфере здравоохранения, направленный на повышение доступности и качества медицинской помощи. В основу проекта заложена концепция развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года. Наибольшее внимание уделено развитию первичной медико-санитарной помощи и профилактического направления медицинской помощи. С 1 января 2006 года на федеральном уровне введен персонифицированный учет врачебных кадров первичного звена здравоохранения, в территориальных программах государственных гарантий

оказания населению бесплатной медицинской помощи утвержден перечень медицинских учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в рамках системы обязательного медицинского страхования, приведена в соответствие с нормативами численность обслуживаемого населения на врачебных участках, осуществляются дополнительные денежные выплаты медицинским работникам первичного звена здравоохранения. В масштабах страны была проведена дополнительная подготовка участковых терапевтов, участковых педиатров, врачей общей практики. Проведено масштабное оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических учреждений.

Развитие и совершенствование медицинской помощи населению России нашло отражение в новых законодательных актах – Федеральных законах Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Федеральном законе от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании». В этих законах уделено значительное внимание вопросам дальнейшего развития системы здравоохранения в стране и становления первичной медико-санитарной помощи.

Настоящее пособие раскрывает современное состояние и организационные основы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) взрослому и детскому населению. Рассматриваются проблемы, связанные с развитием новых технологий и совершенствованием ПМСП, являющейся основной системой оказания медицинской помощи населению. Детально представлены порядок деятельности отдельных структурных подразделений взрослой и детской поликлиник, основные медицинские документы, используемые в амбулаторно-поликлинических учреждениях, методика расчета показателей заболеваемости и организации медицинского обслуживания населения.

Учебное пособие призвано расширить знания и кругозор обучающихся в достижении главной цели системы здравоохранения – сохранение и укрепление здоровья населения, оказание населению максимального уровня доступных медицинских услуг высокого качества.

СТРУКТУРА И ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

Медицинская помощь населению классифицируется по видам, условиям и форме оказания такой помощи.

К видам медицинской помощи относятся:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основной системой оказания медицинской помощи населению. Она включает в себя широкий комплекс мероприятий по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдением за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

Первичная медико-санитарная помощь в медицинских организациях может оказываться населению:

- в качестве бесплатной – в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации помощи за счет средств обязательного медицинского страхования и средств соответствующих бюджетов, а также в иных случаях, установленных законодательством Российской Федерации;
- в качестве платной медицинской помощи – за счет средств граждан и организаций.

ПМСП оказывается в плановой и неотложной формах в соответствии с установленными порядками оказания отдельных видов (по профилям) медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

ПМСП включает следующие виды:

1. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается фельдшерами, акушерами, другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием фельдшерских здравпунктов, фельдшерско-акушерских пунктов, врачебных амбулаторий, здравпунктов, поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, отделений (кабинетов) медицинской профилактики, центров здоровья;

2. Первичная врачебная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами терапевтами, врачами терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейным врачами) врачебных амбулаторий, здравпунктов,

поликлиник, поликлинических учреждений медицинских организациях, офисов врачей общей практики (семейных врачей), центров здоровья и отделений (кабинетов) медицинской профилактики;

3. Первичная специализированная медико-санитарная помощь, которая оказывается врачами специалистами разного профиля поликлиник, поликлинических подразделений медицинских организаций, в том числе оказывающих специализированную, высокотехнологичную, медицинскую помощь.

Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуется по территориально-участковому принципу.

Территориально-участковый принцип организации оказания ПМСП заключается в формировании групп обслуживаемого контингента по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения) в определенных организациях и (или) их подразделениях.

Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания ПМСП населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения иных прав граждан.

В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский;
- терапевтический (в том числе цеховой);
- врача общей практики (семейного врача);
- комплексный – участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом терапевтом врачебной амбулатории и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерские здравпункты);
- акушерский;
- приписной – находящаяся за пределами населенного пункта, где расположено амбулаторно-поликлиническое учреждение (подразделение), территория, население которого прикреплено для непосредственного врачебного обслуживания к данному учреждению (подразделению) в связи с отсутствием на этой территории городской поликлиники или амбулатории (в т.ч. входящей в состав соответствующего больничного учреждения).

Обслуживание населения на участках осуществляется:

- фельдшером фельдшерского здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта;

➤ врачом терапевтом участковым, врачом терапевтом участковым цехового врачебного участка, медицинской сестрой участковой на терапевтическом, в том числе цеховом, участке.

➤ врачом общей практики(семейным врачом), помощником врача общей практики, медицинской сестрой врача общей практики на участке врача общей практики (семейного врача).

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала предоставлена в табл.1.

Таблица 1

Организация врачебных участков в амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждениях*

Участок	Численность прикрепленного населения	Обслуживание осуществляют
Терапевтический: • расположенный в городской местности • расположенный в сельской местности	1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше	Врач терапевт участковый, медицинская сестра участковая
Педиатрический	800 человек детского населения 0-17 лет включительно	Врач педиатр участковый, медицинская сестра участковая
Врача общей практики	1500 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше	Врач общей практики, помощник врача общей практики, медицинская сестра врача общей практики
Семейного врача	1200 человек взрослого и детского населения	Семейный врач, медицинская сестра семейного врача
Комплексный терапевтический	2000 и более человек взрослого и детского населения	Врач терапевт участковый, фельдшер (акушерка), медицинская сестра участковая
Фельдшерский	1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше	Фельдшер

* - Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.12г. №543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

В районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях, высокогорных, пустынных, безводных и других районах (местностях) с тяжелыми климатическими условиями, с длительной сезонной изоляцией, а также в местностях с низкой плотностью населения, участки могут быть

сформированы с меньшей численностью прикрепленного населения с сохранением штатных должностей врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых, медицинских сестер врача общей практики, фельдшеров (акушеров) в полном объеме.

В целях обеспечения граждан при внезапных острых заболеваниях, обострениях хронических болезней, состояниях, которые не сопровождаются угрозой жизни пациента и не требуют экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения по оказанию неотложной медицинской помощи.

Специализированная ПМСП организуется в соответствии с потребностями населения в её оказании, с учетом заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения. Специализированная ПМСП показывается по направлению медицинских работников, оказывающих первичную доврачебную и первичную врачебную медико-санитарную помощь, а также при самостоятельном обращении пациента в медицинскую организацию.

Динамика численности участковых врачей-терапевтов, педиатров, врачей общей практики за 2002-2012 гг. представлена на рис. 1.

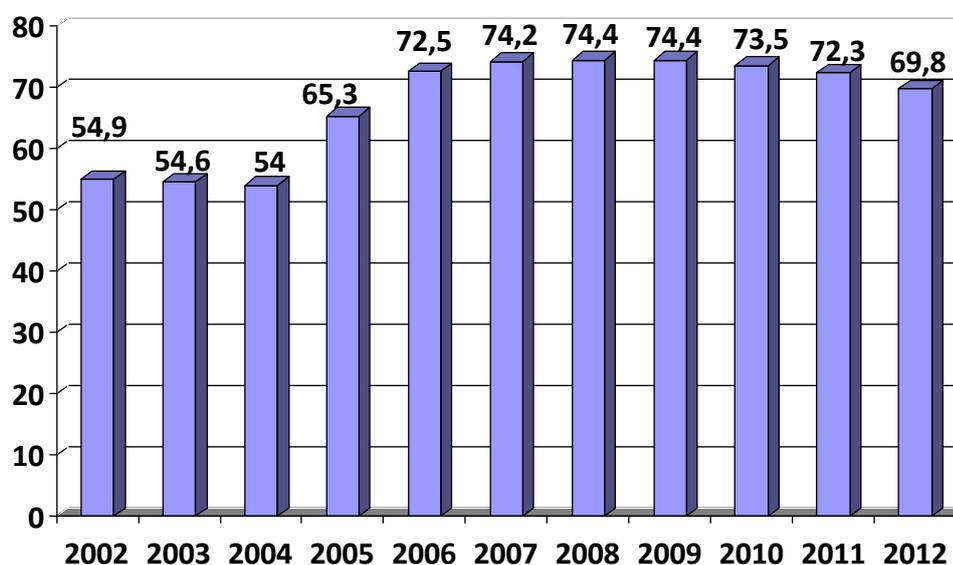


Рис. 1. Динамика численности участковых врачей-терапевтов, педиатров, врачей общей практики, тыс. чел.

Анализ состояния участковой службы в большинстве субъектов Российской Федерации свидетельствует о тенденции сокращения кадрового состава участковых врачей и нарастания их дефицита. В результате на 10 тыс. населения приходится менее 5 врачей участковых терапевтов, педиатров, врачей общей практики, тогда как в европейских странах в среднем 8 врачей (в Бельгии

– 21, во Франции и Португалии – по 17, в Австрии – 15 на 10 тыс. населения). При этом обеспеченность «узкими» специалистами в государственных учреждениях здравоохранения в нашей стране составляет 30 на 10 тыс. населения, в среднем в европейских странах – 17 (в Ирландии – 7, в Нидерландах – 10, в Канаде – 11 на 10 тыс. населения). Таким образом, на 1 врача первичного звена в России приходится 6 «узких» специалистов, в зарубежных странах данное соотношение 1:2.

В 2012 году в России амбулаторно-поликлиническая помощь оказывалась в 11022 учреждениях, в том числе в 2718 самостоятельных поликлиниках и в 772 стоматологических поликлиниках. Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений по числу посещений в смену составляла 3265984 или 228,3 на 10000 человек населения. Кадровый состав врачей, оказывающих ПМСП в 2012 году, представлен в табл.2.

Таблица 2

Кадровый состав врачей в разрезе профилей специалистов, оказывавших первичную медико-санитарную помощь в 2012 году

Наименование должности	Российская Федерация	Южный Федеральный округ	Волгоградская область
Участковые врачи терапевты (физические лица)	35336	3466	753
Обеспеченность на 10000 человек	2,5	2,5	2,9
Участковые врачи педиатры (физические лица)	25279	2478	463
Обеспеченность на 10000 населения	9,5	9,7	10,0
Врачи общей практики (физические лица)	9224	541	28
Обеспеченность на 10000 населения	0,6	0,4	0,1
Общее количество врачей участковых (физические лица)	69839	6485	1244
Общее количество занятых должностей участковых врачей с учётом совместительства	84217	7374	1481

Оптимизация управления кадровыми ресурсами в системе здравоохранения является важнейшей составляющей стратегического развития отрасли. Проблемы кадровой политики продолжают оставаться напряжёнными. Нерешёнными остаются вопросы оттока квалифицированных кадров из отрасли, особенно из первичного амбулаторно-поликлинического звена. Так, по сравнению с 2011 годом в 2012 году количество участковых терапевтов во всех субъектах России уменьшилось на 1491 или 4,0%, участковых педиатров на 953

(3,6%). Аналогичная тенденция прослеживается в Южном Федеральном округе и Волгоградской области.

На территории Волгоградской области находятся 1506 населенных пунктов в составе 39 муниципальных образований (6 городских округов и 33 муниципальных района). В целом в системе государственного и муниципального здравоохранения в 2011 году было занято 8159 врачей и 20109 представителей среднего медицинского персонала, из них специалисты первичного звена составили 1286 чел. (15,8%) и 1410 чел. (7,0%) соответственно.

Официально количество врачебных участков в области в 2011 году составило 1606, в том числе 1039 врачебных терапевтических участков (682 в городских округах и 357 в сельских муниципальных районах), 28 участков врачей общей практики и 539 педиатрических участков (335 в городских округах и 204 в сельских муниципальных районах). Количественный состав врачебных участков, их распределение по территории области и число врачей участковой службы представлен в табл.3.

Как видно из табл. 3, на врачебных терапевтических участках в Волгоградской области в 2011 г. работало 786 врачей, т.е. нехватка составляла 253 специалиста, или 24,4%. Соответственно в городских округах на 682 участка приходилось 518 терапевтов, непосредственно в городе Волгограде на 451 участке работал 351 терапевт, в сельских муниципальных районах эти данные составляют 357 и 268. Таким образом, дефицит числа участковых терапевтов варьировал в пределах от 22,2% в городе Волгограде до 24,9% в сельских муниципальных районах.

В 2012 г. в области количество участковых терапевтов уменьшилось до 753, участковых педиатров – до 463 человек.

С целью решения вопросов укомплектованности участков реализуется принцип совместительства. Это приводит к значительному превышению средних показателей количества населения, приходящегося на одного участкового терапевта и участкового педиатра по сравнению с нормативами нагрузок, что сказывается на качестве медицинской помощи. Наиболее неблагоприятная ситуация с состоянием участковой службы имеет место в сельской местности, приходится сталкиваться с ощутимыми проблемами кадровых ресурсов.

Таблица 3

Распределение врачебных участков и количественный состав врачей участковой службы в Волгоградской области в 2011 г.

Показатели	Территориальные единицы			
	Городские округа		Сельские муниципальные районы	Всего по области
	Всего	в т.ч. Волгоград		
Количество терапевтических участков	682	451	357	1039
Количество терапевтов участковых	518	351	268	786

(физических лиц)					
Дефицит терапевтов участковых	абс. кол-во	164	100	89	253
	%	24,0	22,2	24,9	24,4
Количество участков врачей общей практики		24	2	4	28
Количество врачей общей практики (физических лиц)		20	2	3	23
Дефицит врачей общей практики	абс. кол-во	4	0	1	5
	%	16,7	-	25,0	17,9
Количество педиатрических участков		335	213	204	539
Количество педиатров участковых (физических лиц)		312	196	165	477
Дефицит педиатров участковых	абс. кол-во	23	17	39	62
	%	6,9	8,0	19,1	11,5
Итого общий дефицит врачей участковых	абс. кол-во	191	117	129	320
	%	18,3	17,6	22,8	19,9

За счёт совместительства общее количество занятых должностей врачей участковой службы в 2012 г. в России составляло 84217 (см. табл. 2). В Волгоградской области этот показатель составил 1481 при общем количестве участков 1606.

Состояние кадровых ресурсов ПМСП продолжает оставаться слабым звеном в управлении здравоохранением и одной из самых актуальных проблем в социальной политике государства и общества. В ближайшее время не следует ожидать улучшения сложившейся ситуации. Данная проблема является актуальной и нуждается в дополнительном комплексном, системном исследовании, учитывая происходящие особенности реформирования и модернизации системы здравоохранения. Потребность в специалистах «первичного контакта» с пациентом очень высока, что требует особого внимания к планированию их подготовки, распределению нагрузки, организации системы управления, созданию условий и мотивационных установок для успешной деятельности.

Врачи участковой службы являются ключевым элементом и наиболее ценным ресурсом российского здравоохранения. Они призваны обеспечивать достижение главных целей – сохранения и укрепления здоровья населения, оказания максимального уровня доступных медицинских услуг высокого качества. Деятельность участковых врачей сопряжена со значительным интеллектуальным, физическим и эмоциональным напряжением.

Для привлечения в первичное звено здравоохранения высокопрофессиональных кадров и снижения коэффициента совместительства

Приоритетным Национальным проектом в сфере здравоохранения предусмотрены задачи, требующие проведения активной кадровой политики и повышения уровня оплаты труда медицинских работников, оказывающих ПМСП. Укрепление первичного звена здравоохранения позволит перейти от системы организации ПМСП, ориентированной на объёмы медицинских услуг, к системе, ориентированной на сохранение и укрепление здоровья населения.

ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению относится к ведущей системе оказания медицинской помощи населению, являясь наиболее массовой и общедоступной. Около 80-85% всех обратившихся за медицинской помощью начинают и заканчивают свое лечение в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений.

Современная поликлиника – это крупное многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь приходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений.

Поликлиники подразделяются:

1. По организации работы:
 - объединенные со стационаром;
 - не объединенные (самостоятельные).
2. По территориальному признаку:
 - городские
 - сельские
3. По профилю оказания медицинской помощи:
 - взрослому населению;
 - детскому населению;
 - сельскому населению;
 - работникам промышленных предприятий;
 - специализированной (стоматологическая, физиотерапевтическая и др.).

ПМСП городскому населению оказывают амбулаторно-поликлинические учреждения (территориальные поликлиники, обслуживающие взрослое население) и учреждения по охране материнства и детства (детские поликлиники и женские консультации). Все перечисленные учреждения оказывают квалифицированную врачебную помощь на амбулаторном приеме «приходящим» больным (лат. «ambulare» - ходить, гулять) и на дому.

Городская поликлиника (греч. «polis» - город, «klinike» - лечение) для взрослых – это учреждение здравоохранения, оказывающее ПМСП населению в возрасте 18 лет и старше. Поликлиника является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением медицинской организации, оказывающим ПМСП. Поликлиника организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи, первичной врачебной медико-санитарной помощи, первичной специализированной медико-санитарной помощи, а также паллиативной медицинской помощи населению.

В основу деятельности поликлиники положен территориально-производственный участковый принцип, т.е. оказание медицинской помощи населению, проживающему и работающему/обучающемуся на закрепленной территории. Участки формируют в зависимости от численности населения, обслуживаемого лечебно-профилактическим учреждением. При формировании участков для обеспечения равных условий работы врачей следует учитывать не только численность населения, но и площадь территории, на которой оно проживает, тип застройки, удаленность от поликлиники, транспортную доступность и др. Преимущество участкового принципа состоит, прежде всего, в том, что он позволяет участковому врачу (врачу общей практики или семейному) глубоко ознакомиться с условиями жизни каждой семьи, с историей развития и состоянием здоровья всех ее членов, с наследственностью и перенесенными заболеваниями, с материальными возможностями, культурным уровнем, психологией, семейно-бытовыми и другими условиями и традициями. Все это вместе взятое весьма важно для своевременного выявления заболеваний, правильной диагностики и выбора системы лечения, установления наиболее благоприятного санитарно-гигиенического режима в данных конкретных условиях. Соблюдение участкового принципа повышает ответственность врача за судьбу больных и, в конечном счете, определяет эффективность работы поликлиники.

Основными задачами поликлиники являются:

- оказание первичной (доврачебной, врачебной, специализированной) медико-санитарной помощи, в том числе в неотложной форме, больным, проживающим на территории обслуживания и (или) прикрепленным на обслуживание, при острых заболеваниях, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;
- проведение профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний и факторов риска;
- проведение диспансеризации населения;
- диагностика и лечение различных заболеваний и состояний;
- восстановительное лечение и реабилитация;
- клинично-экспертная деятельность по оценке качества и эффективности лечебных и диагностических мероприятий, включая экспертизу временной нетрудоспособности и направление граждан на медико-социальную экспертизу;
- диспансерное наблюдение за состоянием здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, в том числе отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, функциональными расстройствами, иными состояниями, с целью

своевременного выявления (предупреждения) осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации;

➤ организация дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе необходимыми лекарственными средствами, отдельным категориям граждан;

➤ установление медицинских показаний и направление в медицинские организации для получения специализированных видов медицинской помощи;

➤ организация и оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;

➤ проведение всех видов медицинских осмотров (профилактические, предварительные, периодические);

➤ установление медицинских показаний для санаторно-курортного лечения, в том числе в отношении отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг;

➤ проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе вакцинации, в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и по эпидемическим показаниям, выявление больных инфекционными заболеваниями, динамическое наблюдение за лицами, контактирующими с больными инфекционными заболеваниями, по месту жительства, учебы, работы и за реконвалесцентами, а также передача в установленном порядке информации о выявленных случаях инфекционных заболеваний;

➤ осуществление врачебных консультаций;

➤ осуществление медицинского обеспечения подготовки юношей к военной службе;

➤ экспертиза временной нетрудоспособности, выдача и продление листков нетрудоспособности, справок о временной нетрудоспособности (учетных форм №095/у, №095-1/у и др.);

➤ организация и проведение мероприятий по пропаганде здорового образа жизни, включая вопросы рационального питания, увеличения двигательной активности, предупреждения потребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя, табака, наркотических веществ;

➤ выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, а также лиц с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;

- оказание медицинской помощи по отказу от курения и злоупотребления алкоголем, включая направление на консультацию и лечение в специализированные профильные медицинские организации;
- организация информирования населения о необходимости и возможности выявления факторов риска и оценки степени риска развития хронических неинфекционных заболеваний, их медикаментозной и немедикаментозной коррекции и профилактике, а также консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни в отделениях (кабинетах) медицинской профилактики и центрах здоровья;
- проведение оздоровительных мероприятий, медикаментозной и немедикаментозной коррекции факторов риска, обеспечение памятками, диспансерное наблюдение лиц, имеющих высокий риск развития хронического неинфекционного заболевания и его осложнений, направление при необходимости лиц с высоким риском развития хронического неинфекционного заболевания на консультацию к врачу-специалисту;
- повышение квалификации врачей и работников со средним медицинским образованием;
- ведение медицинской документации в установленном порядке и представление отчетности;
- осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, Роспотребнадзором, Росздравнадзором, иными организациями по вопросам оказания первичной медико-санитарной и паллиативной медицинской помощи.

Работа поликлиники должна организовываться по сменному графику, обеспечивающему оказание медицинской помощи в течение всего дня, а также предусматривать оказание неотложной медицинской помощи в выходные и праздничные дни.

Мощность поликлиники определяют плановыми возможностями обслуживания посетителей в смену. Обычно их количество колеблется от 250 до 1200 и более, а количество обслуживаемого населения – от 15 до 100-120 тыс. человек (табл. 4).

Таблица 4

Группировка поликлиник по категориям

Группа (категория)	Количество врачебных посещений в смену	Численность обслуживаемого населения, тыс. человек
---------------------------	---	---

1-я	Более 1200	80 и более
2-я	751-1200	50-79
3-я	501-750	33-49
4-я	251-500	17-32
5-я	До 250	До 17

В основу планирования деятельности поликлиники и ее штатов должны быть положены численность обслуживаемого ею населения, его возрастной и половой состав, уровень и специфика заболеваемости. Кроме оказания помощи основному населению, в обязанность поликлиники входит обслуживание работников промышленных предприятий, находящихся на ее территории и не имеющих медико-санитарных частей.

СТРУКТУРА ПОЛИКЛИНИКИ

Структура поликлиники и штатная численность устанавливаются главным врачом поликлиники или руководителем медицинской организации, в структуру которой она входит, исходя из объемов проводимой лечебно-профилактической работы, а также с учётом рекомендуемых штатных нормативов, уровня и структуры заболеваемости и смертности, половозрастного состава населения, его плотности, а также иных показателей, характеризующих здоровье населения.

Примерная организационная структура городской поликлиники включает руководство (администрацию), регистратуру, терапевтическое отделение, отделение профилактики, лечебно-профилактическое и вспомогательно-диагностические отделения (клиническая лаборатория, биохимическая лаборатория, микробиологическая лаборатория, флюорографический кабинет, отделение лучевой диагностики и др.), кабинет медицинской статистики (информации), административно-хозяйственную часть.

Успешная деятельность любого медицинского учреждения во многом зависит от эффективности управления. Особое значение имеет четкое определение функциональных обязанностей всех должностных лиц, работающих в поликлинике, от санитарки до главного врача. Практическая деятельность главного врача и всех должностных лиц регламентируется приказами, распоряжениями и инструкциями Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Поликлиникой, функционирующей самостоятельно, на правах единоначалия руководит главный врач, или заместитель главного врача, если поликлиника входит в состав объединенной больницы. На должность главного врача назначаются специалисты, соответствующие квалификационным требованиям к специалистам с высшим и послевузовским медицинским образованием в сфере здравоохранения по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье». Главный врач назначается органом управления здравоохранения, в ведении которого находится поликлиника. Главный врач несет полную ответственность за всю лечебно-профилактическую, организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность в поликлинике; проводит подбор и укомплектование поликлиники кадрами врачей, медицинских сестер, санитарок, административным и хозяйственным персоналом; планирует работу поликлиники и готовит резерв руководителей подразделений поликлиники.

Главный врач организует и контролирует:

- лечебно-диагностическую и профилактическую деятельность поликлиники;
- диспансеризацию населения;
- своевременное проведение профилактических и противоэпидемических

мероприятий в прикрепленном районе;

- соблюдение врачебным персоналом установленного порядка выдачи листков нетрудоспособности;
- повышение квалификации медицинского персонала;
- вовлечение врачей в научно-исследовательскую работу;
- правильность ведения документации;
- учет и хранение сильнодействующих средств и ядовитых веществ, рецептурных бланков на них в соответствии с действующими инструкциями;
- обеспечение поликлиники медицинским оборудованием, инструментами, хозяйственным и мягким инвентарем;
- регулярный анализ деятельности всех подразделений поликлиники, состояния инфекционной и общей заболеваемости, заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- финансово-хозяйственную деятельность поликлиники.

Главный врач утверждает планы повышения квалификации врачебного и среднего медицинского персонала, врачебных конференций, семинарских занятий; устанавливает распорядок работы поликлиники, утверждает графики работы персонала.

В обязанности главного врача входят прием на работу и увольнение медицинского и административно-хозяйственного персонала поликлиники, а также поощрение хорошо работающих, инициативных сотрудников и привлечение к дисциплинарной ответственности работников, нарушающих трудовую дисциплину, не выполняющих свои обязанности.

Главный врач совместно с главным бухгалтером составляет смету поликлиники, являясь распорядителем кредитов, контролирует правильность исполнения бюджета и обеспечивает экономное и рациональное расходование средств, сохранность материальных ценностей; обеспечивает правильное составление и своевременное представление в соответствующие инстанции статистических, медицинских и финансовых отчетов, своевременное рассмотрение жалоб и заявлений населения и принимает по ним необходимые меры.

Главный врач отвечает за санитарное состояние, противопожарную безопасность здания и территории поликлиники, за технику безопасности и охрану труда. Главный врач инициирует деятельность наиболее активных членов трудового коллектива на разработку и реализацию перспективных планов развития учреждения в целом и его подразделений. Главные врачи руководят работой по разработке бизнес-планов поликлиник. От правильно избранной концепции управления и практической ее реализации зависит состояние хозяйствующего субъекта, динамика его развития и конечные результаты

деятельности (качество медицинских услуг, снижение заболеваемости населения, повышение экономической эффективности и пр.).

Вторым лицом в поликлинике является заместитель главного врача по медицинской части (лечебной работе), который назначается главным врачом из наиболее квалифицированных, обладающих организаторскими способностями врачей. В отсутствие главного врача он исполняет его обязанности.

Заместитель главного врача по медицинской части отвечает за всю медицинскую деятельность поликлиники. Он организует и контролирует правильность и своевременность обследования и лечения больных в поликлинике и на дому; следит за постоянным внедрением в практику работы врачей современных, наиболее эффективных методов профилактики, диагностики и лечения больных, новых организационных форм и методов работы передовых медицинских учреждений. Он обеспечивает преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационарами; организацию госпитализации больных, нуждающихся в стационарном лечении.

Под руководством заместителя главного врача проводится вся профилактическая работа поликлиники – плановые и целевые профилактические осмотры прикрепленных контингентов; своевременное проведение профилактических прививок населению; санитарно-просветительная работа, проведение диспансеризации населения.

Заместитель главного врача обеспечивает выполнение плана повышения квалификации медицинского персонала; направляет на стажировку в стационары, на курсы усовершенствования и специализации; организует различные семинары, научно-практические конференции и реферативные обзоры, лечебно-контрольные комиссии с обсуждением состояния лечебно-диагностической работы, расхождений диагнозов и врачебных ошибок, работу кабинета медицинской статистики. У главного врача есть и другие заместители: по клинико-экспертной работе, оказанию платных медицинских услуг, административно-хозяйственной части.

Свою долю ответственности за качество профилактической и лечебно-диагностической работы в поликлинике, соблюдение персоналом медицинской этики также несут и заведующие отделениями. Заведующие отделениями осуществляют непосредственное руководство и контроль за профилактической и лечебно-диагностической работой врачей; консультируют больных со сложными формами заболеваний; контролируют обоснованность выдачи врачами листков временной нетрудоспособности; организуют своевременную госпитализацию больных, которым необходимо стационарное лечение; обеспечивают проведение мероприятий по повышению квалификаций врачей и среднего медицинского персонала. Лечение больных, нуждающихся в госпитализации, но оставленных по каким-либо причинам на дому, также проводится под постоянным контролем

заведующего отделением.

Прямым помощником заместителя главного врача по медицинской части является главная медицинская сестра, которая организует и контролирует работу среднего медицинского персонала поликлиники, в том числе и старших медицинских сестер отделений, выполнение им своих функциональных обязанностей.

Главная медицинская сестра поликлиники:

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

Регистратура. Первое знакомство пациента с поликлиникой начинается с регистратуры. Регистратура является структурным подразделением, обеспечивающим формирование и распределение потоков пациентов, своевременную запись и регистрацию больных на прием к врачу, в том числе с применением информационных технологий.

Основные задачи регистратуры:

- организация беспрепятственной предварительной записи больных на прием к врачу, в том числе в автоматизированном режиме, в кабинет медицинской профилактики, кабинет доврачебной помощи (как при их непосредственном обращении в поликлинику, так и по телефону);
- организация и осуществление регистрации вызовов врачей на дом по месту жительства (пребывания) больного;
- обеспечение регулирования интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки врачей и их распределение по видам оказываемой помощи;
- систематизированное хранение медицинской документации пациентов, обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в

кабинеты врачей.

В практике организации амбулаторно-поликлинической помощи используется три основных способа организации записи пациентов на прием к врачу:

- талонная система;
- самозапись;
- комбинированный способ.

При талонной системе первичные пациенты обращаются в регистратуру и получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием. Возможно получение талона в автоматизированном варианте с использованием электронных терминалов, расположенных непосредственно в ЛПУ, а также у участкового врача терапевта, при необходимости консультации пациента врачом-специалистом.

При самозаписи посетители сами вписывают в специальные листы свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приема. Для этого в холле поликлиники оборудуют столики с папками листов самозаписи на несколько дней вперед. В этом случае также возможно использование электронных терминалов медицинских учреждений и(или) самозапись по «интернету». С 2013 года во всех амбулаторно-поликлинических медицинских учреждениях Волгограда с целью повышения доступности и качества ПМСП в рамках реализации программы информатизации в здравоохранении функционируют электронные сайты, на которых размещаются сведения о графике работы врачей, временном резерве для осуществления приемов пациентов в режиме самозаписи.

При комбинированном способе в лист самозаписи записываются только первичные пациенты. За 15-20 мин до начала приема пациент получает в регистратуре заранее заготовленный талон. При такой системе регистратор знает, сколько человек не явилось на прием к врачу (из числа записавшихся), и имеет право по истечении определенного времени выдать талоны другим пациентам, желающим попасть на прием в это время. Повторным пациентам врач выдает специальную «фишку» с указанием даты и времени приема, которая подлежит обмену в регистратуре на талон. Если врач при посещении больного на дому определил необходимость повторного осмотра в поликлинике, он сразу выдает ему талон с указанием даты, времени приема и номера очереди.

Вызов врача на дом может осуществляться очно либо по телефону. Принимаемые сотрудниками регистратуры вызовы заносятся в «Книгу записей вызова врача на дом» (форма №031/у), в которой указываются не только фамилия, имя, отчество и адрес больного, но и основные жалобы. Эти книги ведутся по каждому терапевтическому участку и по каждому врачу узкой специальности. Вызов на дом врача-специалиста с его регистрацией в «Книге

записей вызова врача на дом» осуществляется непосредственно врачом участковым терапевтом после первичного осмотра пациента. В некоторых поликлиниках существует «самозапись» вызовов на дом. Вызывающий врача заполняет специальный бланк, в котором указывает фамилию, имя, отчество, адрес больного, основные жалобы, температуру и опускает бланк в ящик вызовов. Поступившие заявки медицинский регистратор вносит в «Книгу записей вызова врача на дом».

Для получения пациентами необходимой информации в вестибюле поликлиники размещается информационный стенд с расписанием работы врачей всех специальностей, номеров их кабинетов, врачебных участков с входящими в них улицами и домами, правилами подготовки к исследованиям (рентгеноскопии рентгенографии, анализов крови) и т.д. Кроме того, в общедоступном месте в каждом ЛПУ должна присутствовать информация о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь населению в воскресные дни, контактные телефоны «Горячих линий» органов управления здравоохранением и др.

Скорость обслуживания больных зависит от рационального размещения в регистратуре «Медицинских карт амбулаторного больного». Оптимальной считается система расстановки карт в барабанах по участкам, а внутри них — по улицам, домам и квартирам. Значительно облегчает работу медицинского регистратора система маркировки медицинских карт, когда каждый терапевтический участок имеет свою цветовую маркировку. Хорошо зарекомендовала себя номерная система, при которой поиск одной карты сокращается до нескольких секунд. Для этого каждому участку определяется количество номеров соответственно числу лиц, проживающих на данной территории.

За каждым медицинским регистратором закрепляется 3-4 врачебных участка. На них возлагаются обязанности качественного ведения карт амбулаторного пациента (форма №025/у), надлежащего оформления титульных листов и различных «вкладышей» этих документов (лист вынесения уточненных диагнозов, лист учета временной нетрудоспособности, лист учета дозовых нагрузок при выполнении рентгенологических исследований, лист учета прохождения диспансерных осмотров, прививочная карта пациента (форма №063/у) и др.)

Хранение «Медицинских карт амбулаторного пациента» осуществляется в регистратуре амбулаторно-поликлинических учреждений. По просьбе пациентов им «на руки» может быть выдана заверенная ксерокопия документа (или его части), выписка из амбулаторной карты.

Считается оптимальной форма работы регистратуры с использованием электронных (безбумажных) технологий хранения информации. Для этих целей

необходимо создание локальной компьютерной сети в масштабе всей поликлиники с терминалами во всех врачебных кабинетах и лечебно-диагностических подразделениях. Все вызовы врачей на дом оператор-регистратор заносит в персональный компьютер, а затем на принтере делается распечатка всех вызовов на дом по каждому врачу. При этом практикуется система присвоения каждому жителю, прикрепленному к поликлинике, персонального индивидуального номера-кода (ПИН-код), которой вносится в память компьютера.

Организация системы «Электронной регистратуры» предусматривает значительное повышение оперативности записи населения на прием к врачу и систему мониторинга доступности медицинской помощи в регионе, населенном пункте или отдельно взятом медицинском учреждении.

«Электронная регистратура» предусматривает наличие единого для всех муниципальных поликлиник бесплатного номера телефона. Набрав его, пациент попадает в call-центр, где специально обученные операторы оформляют запись к необходимому специалисту. Помимо call-центра, записаться к врачу можно через специализированный интернет-портал с удобной навигацией. Если врач по каким-либо причинам недоступен, пациенту предлагают альтернативные варианты: либо записаться к специалисту в другое лечебное учреждение, либо встать в очередь. Информационные ресурсы call-центра позволяют оператору предложить пациенту наиболее быстрый и удобный вариант записи. На интернет-портале варианты предлагаются в автоматическом режиме.

«Электронная регистратура» не только повышает оперативность записи пациентов на прием к врачам, но и служит эффективным управленческим инструментом для руководителей органов управления здравоохранением и амбулаторно-поликлинических учреждений. Создаваемая информационная база позволяет в течение короткого времени формировать необходимую отчетность, а также управлять потоками пациентов в амбулаторно-поликлинические учреждения в режиме онлайн.

В учебном пособии к практическим занятиям «Основы комплексных информационных систем (на примере «MedWork 3.1»)», подготовленном на кафедре общественного здоровья и здравоохранения (А.Н. Голубев, Т.С. Дьяченко, О.Ф. Девляшова, Волгоград, 2013), представлен один из вариантов использования современных инновационных технологий и программных средств в работе регистратуры.

Для использования медицинской и общей документации в практической и научной работе в поликлинике должен быть создан медицинский архив. В медицинском архиве производятся прием, учет, классификация, хранение и выдача документальных материалов как персоналу поликлиники, так и больным в случае изменения их места жительства или позапросами различных

организаций. В архиве хранится вся документация о работе поликлиники, в том числе приказы по поликлинике, годовые отчеты, личные дела уволенных, а также вся медицинская документация (в основном медицинские карты амбулаторных больных). Медицинские карты амбулаторных больных поступают в архив из регистратуры в том случае, если больной в течение 3 лет не обращался в поликлинику. Кроме того, в действующий архив можно передавать надлежащим образом оформленные части объемных амбулаторных карт хронических больных, а также принявшие небрежный вид медицинские карты, после того как взамен их будут заведены новые с выкопировкой из старых документов уточненных диагнозов и оформлением краткого эпикриза.

Значительное место в работе регистратуры занимает оформление медицинских документов: справок, направлений и др. Регистраторам предоставлено право задерживать неправильно выданные и неверно оформленные документы и передавать их для коррекции администрации. Они несут ответственность за сохранность документации, хранящейся в регистратуре ЛПУ.

Особого внимания требует оформление листков нетрудоспособности. Бланки листков нетрудоспособности, выданные врачами с указанием номеров, регистрируются в «Книге регистрации листков нетрудоспособности».

В непосредственной близости от регистратуры должен располагаться **кабинет доврачебного приема**, который организуется в поликлинике для регулирования потока посетителей и выполнения функций, не требующих врачебной компетенции. Организация работы в кабинете доврачебного приема может осуществляться как на постоянной основе штатными медицинскими работниками кабинета, так и на функциональной основе медицинскими работниками других подразделений поликлиники в соответствии с утвержденным графиком. Медицинская помощь в кабинете оказывается медицинскими работниками со средним медицинским образованием из числа наиболее опытных сотрудников, а также медицинскими сестрами с высшим медицинским образованием.

Основными задачами кабинета доврачебной помощи являются:

- прием больных для решения вопроса о срочности направления к врачу;
- направление на лабораторные и другие исследования больных, которые в день обращения не нуждаются во врачебном приеме;
- проведение антропометрии, измерение артериального и глазного давления, температуры тела, остроты зрения и слуха, других диагностических манипуляций, выполнение которых входит в компетенцию работников со средним медицинским образованием, заполнение паспортной части направления на медико-социальную экспертизу, санаторно-курортной карты, данных лабораторных и других функционально-диагностических исследований перед

направлением на медико-социальную экспертизу, на санаторно-курортное лечение, оформление справок, выписок из индивидуальных карт амбулаторного больного и другой медицинской документации, оформление и ведение которой входит в компетенцию работников со средним медицинским образованием;

- оформление выписок (ксерокопий) из медицинской документации;
- участие в организации и проведении профилактических медицинских осмотров.

Основным структурным подразделением поликлиники является терапевтическое отделение, а ведущей фигурой – участковый терапевт (в настоящее время также и врач общей практики). В состав терапевтического отделения могут входить от шести до десяти участков. Возглавляет отделение заведующий.

Основные задачи участкового врача (врача общей практики):

- оказание населению участка квалифицированной медицинской помощи на приеме в поликлинике и при обслуживании на дому;
- организация и непосредственное проведение профилактических мероприятий;
- проведение мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения.

Большое место в деятельности участкового врача терапевта (врача общей практики) занимает медицинское обслуживание больных на дому. В среднем затраты времени участкового врача при оказании помощи на дому составляют 30-40 минут. Признаком правильно организованной помощи считают повторные (активные) посещения, выполняемые по инициативе лечащего врача.

На каждую должность участкового терапевта устанавливают 1,5 должности участковой медицинской сестры. Целесообразно, чтобы с терапевтом работала постоянно одна и та же медицинская сестра.

В целях повышения эффективности оказания первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, состояниях, не опасных для жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в структуре поликлиники может организовываться **отделение (кабинет) неотложной медицинской помощи**.

Неотложная медицинская помощь может оказываться в качестве первичной доврачебной медико-санитарной помощи фельдшерами, а также в качестве первичной врачебной медико-санитарной помощи врачами-специалистами. Неотложная медицинская помощь лицам, обратившимся в поликлинику с признаками неотложных состояний, оказывается по направлению регистратора безотлагательно.

Неотложная медицинская помощь на дому осуществляется в течение не более 2 часов после поступления обращения больного или иного лица об оказании неотложной медицинской помощи на дому.

В случае отсутствия эффекта от оказываемой медицинской помощи, ухудшении состояния больного и возникновении угрожающих жизни состояний, медицинские работники принимают меры к их устранению с использованием стационарной или переносной укладки экстренной медицинской помощи и организуют вызов бригады скорой медицинской помощи либо транспортировку больного в медицинскую организацию, оказывающую специализированную медицинскую помощь, в сопровождении медицинского работника.

После оказания неотложной медицинской помощи больному и устранении либо уменьшении проявлений неотложного состояния сведения о больном передаются участковому врачу с целью наблюдения за его состоянием, течением заболевания и своевременного назначения необходимого обследования и лечения. В случае необходимости участковый врач должен осуществлять активное посещение больного на дому в течение суток.

Важную роль в организации лечебно-профилактической помощи населению играют врачи узких специальностей, которые в своей работе непосредственно подчиняются заведующему отделением, заместителю главного врача по медицинской части или руководителю учреждения.

Отделения (кабинеты) первичной специализированной помощи оказывают ортопедическую, хирургическую, оториноларингологическую, неврологическую, офтальмологическую, кардиологическую и другие виды помощи.

Лечебно-диагностическим и консультативно-методическим центром по вопросам борьбы с инфекционной заболеваемостью считают **кабинет инфекционных заболеваний**. Это первое специализированное звено в системе инфекционной службы.

В задачи кабинета инфекционных заболеваний входят:

- своевременное и раннее выявление инфекционных больных;
- проведение организационно-методической работы и оказание квалифицированной консультативной помощи по диагностике и лечению больных инфекционными и паразитарными заболеваниями в амбулаторно-поликлинических учреждениях;
- изучение и анализ динамики инфекционной заболеваемости и смертности;
- разработка и осуществление мероприятий по повышению качества и эффективности диагностики, лечения и профилактики инфекционных заболеваний.

Отделение профилактики включает в себя следующие структурные подразделения:

- анамнестический кабинет;
- кабинет функциональных (инструментальных) исследований;
- смотровой женский кабинет;
- кабинет пропаганды здорового образа жизни;
- кабинет централизованного учета ежегодной диспансеризации;
- кабинет медицинской помощи при отказе от курения.

Рекомендуется предусматривать возможность проведения необходимых диагностических исследований непосредственно в отделении или квотировать возможность их осуществления диагностическими службами ЛПУ.

Основными функциями отделения является:

- участие в организации и проведении диспансеризации;
- участие в организации и проведении предварительных и периодических профилактических медицинских осмотров;
- раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска развития заболеваний;
- контроль и учет ежегодной диспансеризации населения (обследование проводится по ряду признаков: рост, масса тела, острота зрения, внутриглазное давление, острота слуха, пневмотахометрия, артериальное давление, ЭКГ, осмотр полости рта, анализ крови, анализ мочи, скрининговые тесты на онкомаркеры, флюорография, маммография, гинекологический осмотр женщин со взятием материала для цитологического исследования, пальцевое исследование прямой кишки у мужчин;
- подготовка и передача врачам медицинской документации на больных и лиц с повышенным риском заболеваний для проведения дополнительного медицинского обследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;
- санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни (борьба с курением, алкоголизмом, избыточным питанием, гиподинамией и другие).

Кабинет централизованного учета диспансеризации организуют в составе отделения профилактики. Он обеспечивает:

- персонифицированный учет населения, обслуживаемого территориальным поликлиническим (поликлиническим отделением, амбулаторией) учреждением;
- выявление лиц, подлежащих первичной диспансеризации в конкретных медицинских организациях;

- учет контингентов, занятых в народном хозяйстве, прикрепленных к данной территориальной медицинской организации, для проведения профилактических осмотров.

По результатам профилактических осмотров взрослого населения формируются 3 группы диспансерного наблюдения:

Д I – здоровые – лица, не предъявляющие никаких жалоб и у которых в анамнезе и во время осмотра не выявлены хронические заболевания или нарушения отдельных органов или систем; среди них лица с так называемыми «пограничными состояниями», нуждающиеся в наблюдении (незначительное отклонение АД и прочих физиологических характеристик, не влияющих на функциональную деятельность организма).

Д II – практически здоровые – лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, но не имеющие обострений в течение нескольких лет.

Д III – больные, нуждающиеся в лечении:

- лица с компенсированным течением заболевания, редкими обострениями, непродолжительными потерями трудоспособности;

- лица с субкомпенсированным течением заболевания, частыми и продолжительными потерями трудоспособностями;

- лица с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

В каждой группе следует учитывать лиц с факторами риска различного характера (производственного, бытового, генетического и др.).

Лица, отнесенные к группам Д I и Д II, передаются для учета и наблюдения в отделения профилактики. Лица группы Д III подлежат динамическому наблюдению у врачей специалистов соответствующего профиля. На всех них заполняется учетная форма «Контрольная карта диспансерного наблюдения».

Основной задачей **кабинета функциональных (инструментальных) исследований** в составе отделения профилактики считается проведение на доврачебном этапе диспансеризации, антропометрии, динамометрии, измерения артериального давления, тонометрии (лицам в возрасте старше 40 лет), исследования остроты зрения, определение остроты слуха (речь шепотная и на расстоянии), ЭКГ (лицам в возрасте старше 40 лет).

Смотровой женский кабинет входит в состав отделения профилактики, а там, где оно отсутствует, действует как структурное подразделение поликлиники. Работу в смотровом кабинете осуществляет акушерка, имеющая дополнительную подготовку по специальности «онкология». Задачами кабинета считают осуществление профилактического осмотра женщин в возрасте 18 лет и старше в целях ранней диагностики гинекологических, предопухолевых и онкологических заболеваний женских половых органов и других видимых локализаций, доврачебный опрос.

Кабинет пропаганды здорового образа жизни.

Основа деятельности кабинета – организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на санитарно-гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни населения. К ним относятся:

- групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни среди проходящих профилактические осмотры;
- разъяснение целей и задач диспансеризации населения;
- пропаганды борьбы с возникновением и развитием факторов риска различных заболеваний (курением, алкоголем, гиподинамией и др.);
- пропаганда активного отдыха туризма, занятий физкультурой и спортом;
- разъяснение принципов рационального питания;
- рекомендации по созданию, укреплению и сохранению психологического климата на работе, в учебе и в быту;
- расширение и углубление санитарно-гигиенических знаний людей, проходящих профилактические осмотры.

В поликлинике в качестве структурного подразделения может функционировать **дневной стационар**. Структура и штатная численность дневного стационара устанавливается, исходя из объема проводимой лечебно-диагностической работы, численности обслуживаемого населения, а также возможностей ЛПУ по размещению коечного фонда. Медицинскую помощь в дневном стационаре оказывают медицинские работники дневного стационара, либо другие медицинские работники поликлиники в соответствии с графиком дежурств.

Дневной стационар осуществляет следующие функции:

- оказание медицинской помощи больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи;
- лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врачей поликлиники после оперативных вмешательств, в случае необходимости проведения лечебных мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в условиях медицинской организации;
- внедрение в практику современных методов диагностики, лечения и реабилитации больных.

При отсутствии эффекта от проводимого лечения в дневном стационаре или при возникновении показаний для круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, а также при отсутствии возможности проведения дополнительных обследований по медицинским показаниям больной направляется для проведения дополнительных обследований и (или) лечения, в профильные стационары круглосуточного пребывания.

В структуре поликлиники также имеются диагностические отделения и кабинеты:

- клинической лабораторной диагностики;
- лучевых методов диагностики (флюорографический кабинет, рентгенодиагностический кабинет, кабинет УЗ-исследований);
- функциональной диагностики;
- эндоскопической диагностики,

позволяющие в полном объеме выполнять стандарты оказания первичной медико-санитарной помощи амбулаторным больным.

С целью осуществления принципов медицинской реабилитации в амбулаторно-поликлинических медицинских учреждениях функционируют отделения восстановительного лечения (ранее – отделения физиотерапии и лечебной физкультуры).

В последние годы в практику деятельности поликлиник внедряется организация отделений (кабинетов) паллиативной медицинской помощи онкологическим и прочим пациентам, с целью повышения качества их жизни.

Сбор информации по различным направлениям деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения (АПУ), осуществляется кабинетом медицинской статистики учреждения. Анализ полученных данных проводится под контролем руководителя медицинского учреждения (главного врача) и его заместителей (по профилю деятельности).

В АПУ предусмотрено наличие организационно-методического кабинета, который обеспечивает врачей и средних медицинских работников информационными материалами по вопросам организации оказания ПМСП, профилактики инфекционных и соматических заболеваний, реализации принципа ЗОЖ (здорового образа жизни) и др.

В деятельности АПУ важную роль играют немедицинские службы, обеспечивающие их работу:

- экономическая (бухгалтерская) служба, руководителем которой является заместитель главного врача по экономическим вопросам;
- отдел кадров;
- отдел по технике безопасности (часто совмещающий организацию работы медицинского учреждения по разделу гражданской обороны и в условиях возникновения чрезвычайных ситуаций);
- административно-хозяйственная служба.

Отдельную и очень важную роль в осуществлении деятельности поликлиник играет организация внутреннего эпидемиологического контроля, которая возлагается на врача эпидемиолога и(или) помощника врача эпидемиолога. Их должности предусмотрены в штатном расписании амбулаторно-поликлинических учреждений.

ОСНОВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Важным разделом работы поликлиники является ведение учетно-отчетной медицинской документации и анализ статистических данных, характеризующих деятельность поликлиники (амбулатории).

Во всех лечебно-профилактических учреждениях ведется унифицированная для однотипных учреждений медицинская документация, утвержденная приказами Министерства здравоохранения, перечень, формат и сроки хранения которой регламентируются Типовой инструкцией по заполнению форм первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (без документов лабораторий).

Медицинская документация – это документы установленной формы, предназначенные для регистрации данных о состоянии здоровья населения и отдельных лиц, отражающих характер, объем и качество оказываемой медицинской помощи, лечебных, диагностических, профилактических, санитарно-гигиенических и других мероприятий для её оптимальной организации, а также анализа деятельности и управления службами здравоохранения.

Всю медицинскую документацию лечебно-профилактических учреждений можно условно разделить на учетную (первичную) и отчетную (отчет лечебно-профилактического учреждения).

В свою очередь учетная документация подразделяется на:

— оперативную документацию, необходимую в повседневной работе врача (медицинская карта амбулаторного (стационарного) больного);

— оперативно-учетную документацию, необходимую в повседневной работе учреждений и одновременно используемую для учета (статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза, талон амбулаторного пациента, листок нетрудоспособности, извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, контрольная карта диспансерного наблюдения и др.);

— учетную документацию, периодически обобщающую данные по отдельным разделам работы (дневник врача, сводная ведомость учета заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению и т.д.).

На основании первичной медицинской документации формируется медицинская отчетность – система документов установленной формы, представляемых учреждениями, органами управления, организациями здравоохранения вышестоящим органам управления здравоохранением.

Медицинская отчетность характеризует здоровье населения, объем и качество получаемой медицинской помощи, ресурсы учреждений

здравоохранения и эффективность их использования.

Медицинская отчетность является основной частью медицинской статистики и имеет высокое значение для:

- обеспечения планирования и регулирования деятельности учреждений здравоохранения;

- оценки эффективности мероприятий, проводимых органами управления здравоохранением.

Медицинские учетные документы в амбулаторно-поликлинических учреждениях заполняются врачами и средним медицинским персоналом поликлиники.

Основными документами, отражающими деятельность лечебно-профилактических учреждений, в т.ч. и амбулаторно-поликлинических учреждений, являются «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма №025/у-04, см. Приложение 1), «Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов» (вклеивается в медицинскую карту) и различные модификации «Талона амбулаторного пациента», «Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому» (форма №039/у-02).

Медицинская карта амбулаторного больного предназначена для записи врачебных наблюдений, диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Эта форма заводится на каждого больного, обратившегося в поликлинику или вызвавшего врача на дом. В карте содержатся записи врачей всех специальностей при каждом посещении пациента по любому поводу. В специализированных амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях) – противотуберкулезных, кожно-венерологических и онкологических – врачебные записи производятся в отдельной документации (специальные учетные формы). Однако и при наличии специализированных отделений в поликлинике, если больной туберкулезом, злокачественным новообразованием или другими заболеваниями обслужен терапевтом, хирургом, неврологом, другим специалистом, записи о нем включаются в медицинскую карту амбулаторного больного.

Медицинская карта амбулаторного больного содержит систематизированные записи заключительных (уточненных) диагнозов зарегистрированных заболеваний, а также результаты анализов, рентгенологических и других исследований, сведения о стационарном лечении, временной нетрудоспособности. При тщательном и четком ведении медицинская карта облегчает врачу задачу правильной диагностики и назначения лечебно-профилактических мероприятий и способствует преемственности наблюдения и лечения больного.

В лист записи заключительных (уточненных) диагнозов заносятся все диагнозы, установленные при обращении населения в поликлинику и при оказании медицинской помощи на дому. Статистическая обработка данных

листа уточненного диагноза позволяет изучить контингент больных путем регистрации всех заболеваний, по поводу которых больные обращаются в данное лечебно-профилактическое учреждение как самостоятельно, так и по направлениям врачей после профилактических осмотров, и осуществить анализобщей и первичной заболеваемости населения обслуживаемой территории.

Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов позволяет врачу проследить у данного больного диагнозы в их последовательности и взаимосвязи и используется для отбора больных, подлежащих специальному наблюдению и диспансерному обслуживанию.

Одним из важнейших элементов организации нормальной деятельности поликлиники является регулирование и упорядочение потока посещения больных. В этом помогает ряд оперативно-учетных документов.

«Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому» (форма №039/у-02) дает возможность проанализировать объем работы врача и распределение принятых больных по возрасту, полу и заболеваниям. Ведомость ведется каждым врачом, который оказывает медицинскую помощь населению в поликлинике и на дому. В этом документе ежедневно указывается число больных, принятых в поликлинике или обслуженных на дому, а также число лиц, посетивших врача с профилактической целью.

Случай поликлинического обслуживания (СПО) – совокупность посещений, выполненных при каждом обращении пациента к врачу. При этом первичный случай обслуживания – это первый в текущем календарном году случай обращения пациента к специалисту с данной целью. Законченный случай – случай обслуживания, когда цель обращения достигнута.

Организации медицинской помощи на дому способствует «Книга записи вызовов врача на дом» (форма №031/у), которая дает возможность своевременно известить врача о необходимости посещения им больного на дому, упорядочить работу регистратуры и в то же время позволяет контролировать этот раздел работы. При анализе данных «Книги записи вызовов врачей на дом» можно получить сведения об обслуживании больных на дому: объему посещений, структуре больных по заболеваниям, распределению посещений по времени и врачам, нагрузке врачей. Эти сведения позволяют эффективно управлять медицинской помощью на дому.

Регистрация заболеваний в поликлинике осуществляется в различных документах.

При выявлении инфекционного заболевания в поликлинике осуществляют запись в «Журнал учета инфекционных заболеваний» (форма №060/у), который (необходим для оперативной работы поликлиники (связь с

санитарно-эпидемиологической службой, уточнение диагноза, анализ эпидемиологической обстановки и т. д.). Специальное экстренное извещение (номер регистрируется в амбулаторной карте и в форме №060/у) посылается амбулаторно-поликлиническим учреждением в течение 12 часов в Центр госсанэпиднадзора.

При выявлении туберкулеза, злокачественных новообразований, венерических болезней, психических расстройств составляются специальные извещения, которые отсылают в трехдневный срок в профильные диспансеры по месту жительства больного.

Важным документом статистического учета оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях является «Талон амбулаторного пациента», последняя его модификация – форма №025-12/у (см. Приложение 2). На его основе формируются различные позиции государственной статистической отчетности, проводится мониторинг оказания первичной медико-санитарной помощи в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации.

МЕТОДИКА РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Источниками информации о заболеваемости служат данные обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения.

Для получения полной информации о состоянии здоровья населения на определенной территории необходимо обобщение данных о деятельности всех лечебных учреждений. В таблицах 5 и 6 приведены основные источники получения сведений о заболеваемости.

Таблица 5

Источники получения сведений о заболеваемости

Вид заболеваемости	Основной статистический документ учета
1. Заболеваемость по данным обращаемости: а) общая заболеваемость	Форма №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», форма №025-2/у «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов», форма №025-12/у «Талон амбулаторного пациента»
б) инфекционная заболеваемость	Форма №058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку»
в) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (туберкулез, венерические, злокачественные опухоли и т. п.)	Форма №089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза», форма №089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки», форма №090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования», форма №091/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании (токсикомании)»
г) заболеваемость с временной утратой трудоспособности	Форма №025-9/у-96 «Талон на законченный случай временной нетрудоспособности»
д) «госпитализированная заболеваемость»	Форма №066/у «Статистическая карта выбывшего из стационара», форма №066-1/у-02 «Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара»
2. Заболеваемость по данным профилактических врачебных осмотров и диспансерного наблюдения	Форма №025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного», форма №030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения»
3. Заболеваемость по данным о причинах смерти	Форма №106/у-98 «Медицинское свидетельство о смерти», форма №106-2/у-98 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»

Одной из основных отчетных форм для изучения заболеваемости населения является форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистри-

рованных у пациентов, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения». Все амбулаторно-поликлинические учреждения (подразделения), оказывающие медицинскую помощь и осуществляющие лечение больных, составляют отчет по форме №12, утвержденной приказом Росстата от 14.01.2013 №13.

Как указывалось, основными учетными документами, отражающими деятельность ЛПУ, в том числе и амбулаторно-поликлинических учреждений, являются «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма №025/у-04), «Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов» (вклеивается в «Медицинскую карту») и различные модификации «Талона амбулаторного пациента».

Сведения о заболеваниях, выявленных у больных, поступивших в стационар, минуя поликлинику, следует включать в отчет на общих основаниях. Порядок регистрации каждого случая, впервые выявленного в стационаре заболевания (в том числе и случая смерти) определяется, исходя из местных условий. «Талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (форма №025-2/у, №025-6/у-89, №025-7/у-89, №025-8/у, №025-10/у и др.) заполняется непосредственно в стационаре и передается в поликлинику либо заполняется в поликлинике при получении выписки из карты стационарного больного.

В отчет включаются сведения об общем числе зарегистрированных в данном учреждении заболеваний и о диспансерном наблюдении:

- детей (до 14 лет включительно) — таблица №1000;
- подростков (15-17 лет включительно) — таблица №2000;
- взрослых (18 лет и старше) — таблица №3000;
- взрослых старше трудоспособного возраста (с 55 лет у женщин и с 60 лет у мужчин) — таблица №4000.

Сведения для заполнения отчета в различных типах учреждений берутся из различных источников (табл. 6).

Таблица 6

Формирование отчетной формы федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»

Типы учреждений	Основные учетные формы
Общая сеть лечебных учреждений, кроме специализированных	«Медицинская карта амбулаторного больного» – форма №025/у-04 «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» –форма №025-2/у «Талон амбулаторного пациента» – форма №025-6/у-89; №025-7/у-89; №025-10/у-97; №025-12/у «Единый талон амбулаторного пациента» – форма №025-8/у-95 Заболеваемость по данным диспансерного наблюдения «Контрольная карта диспансерного наблюдения» –форма №030/у-04
Специализированные учреждения:	
а) противотуберкулезные, онкологические диспансеры	«Контрольная карта диспансерного наблюдения контингента противотуберкулезных учреждений» – форма №030-4/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием» –форма №030-6/у
б) психоневрологические (психиатрические, наркологические) диспансеры	«Карта обратившегося за психиатрической (наркологической) помощью» – форма №030-1/у-02 «Медицинская карта амбулаторного наркологического больного» –форма №025-5/у-88
в) кожно-венерологические: сведения о больных венерическими заболеваниями; сведения о больных грибковыми кожными заболеваниями; сведения о больных кожными заболеваниями (экземы, профессиональные дерматиты)	«Медицинская карта больного венерическим заболеванием»–форма №065/у «Медицинская карта больного грибковым заболеванием»–форма №065-1/у «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» –форма №025-2/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» –форма №030/у-04
г) кардиологические, трахоматозные, эндокринологические диспансеры	«Медицинская карта амбулаторного больного» – форма №025/у-04 «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» – форма №025-2/у «Талон амбулаторного пациента» – форма №025-6/у-89; №025-7/у-89; №025-10/у-97; №025-12/у «Единый талон амбулаторного пациента» – форма №025-8/у-95 «Контрольная карта диспансерного наблюдения» – форма №030/у-04

Показатели заболеваемости в районе деятельности поликлиники рассчитывают на 1000 человек. Показатели позволяют выявить уровень и изменения (в сравнении с предшествующими годами) заболеваемости населения, проживающего в районе обслуживания поликлиники.

Единицей учета в статистике заболеваемости населения служит регистрация случаев болезней у отдельного человека. Показатели заболеваемости группируются на определенные виды с учетом источника получения сведений, на основе которых производятся их расчеты.

Первичная заболеваемость (собственно заболеваемость) – частота новых,

нигде ранее не учтенных среди населения заболеваний (все острые болезни, хронические болезни впервые выявленные), по терминологии ВОЗ – термин «incidence».

Общая заболеваемость – частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году («prevalence» – по терминологии ВОЗ).

В диспансерных учреждениях с социально значимыми нозологиями, к которым относятся туберкулез, онкологические заболевания, инфекционные заболевания, венерические заболевания, психические расстройства, применяется термин «контингент больных».

Показатель патологической пораженности – это сумма заболеваний, выявленных при профилактических медицинских осмотрах и зарегистрированных на определенную дату (контингент больных на определенную дату – «pointprevalence»).

Отдельно анализируется заболеваемость с временной утратой трудоспособности – состоянием организма человека, обусловленным заболеванием или травмой, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение относительно небольшого промежутка времени и носит обратимый, проходящий под влиянием лечения характер.

1. Первичная заболеваемость (на 1000 населения):

$$\frac{\text{число заболеваний, впервые в жизни выявленных в данном году}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

2. Общая заболеваемость (на 1000 населения):

$$\frac{\text{число зарегистрированных в данном году заболеваний}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

3. Первичная заболеваемость по определенным нозологиям (на 1000 населения):

$$\frac{\text{число отдельных заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

4. Распространенность данного заболевания (обращаемость + данные медицинских осмотров, на 1000 населения):

$$\frac{\text{число отдельных заболеваний, зарегистрированных в данном году (всего)}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

5. Структура первичной заболеваемости (в%):

$$\frac{\text{число отдельных заболеваний, впервые в жизни выявленных в данном году}}{\text{число выявленных впервые в жизни заболеваний (всего)}} \times 100$$

6. Доля лиц, признанных здоровыми во время медицинского осмотра (в %):

$$\frac{\text{число лиц, признанных здоровыми}}{\text{число осмотренных лиц (всего)}} \times 100$$

7. Доля лиц, не болевших на протяжении года острыми заболеваниями (в %):

$$\frac{\text{число лиц, ни разу не обратившихся в мед.учреждение по поводу острого заболевания}}{\text{численность населения}} \times 100$$

8. Доля лиц из прикрепленного к учреждению населения, ни разу не обратившихся в ЛПУ за год (в%):

$$\frac{\text{число лиц, ни разу не обратившихся в ЛПУ}}{\text{численность прикрепленного населения}} \times 100$$

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ) ведется на основании учета случаев и дней временной нетрудоспособности по листкам нетрудоспособности. Показатели ЗВУТ вычисляются на основе отчета по форме 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» как по отдельным нозологическим формам, так и в целом.

1. Частота случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности (на 100 работающих):

$$\frac{\text{число случаев нетрудоспособности}}{\text{среднегодовое число работающих}} \times 100$$

Показатель характеризует особенности в уровне и динамике заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

2. Число дней временной нетрудоспособности (на 100 работающих):

$$\frac{\text{число дней нетрудоспособности}}{\text{среднегодовое число работающих}} \times 100$$

Показатель характеризует особенности в уровне и динамике заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

3. Средняя длительность 1 случая нетрудоспособности:

$$\frac{\text{число дней временной нетрудоспособности}}{\text{число случаев временной нетрудоспособности}}$$

Показатель характеризует тяжесть заболевания с временной утратой трудоспособности.

Организация и результаты профилактических медицинских осмотров населения

Для выявления заболеваний в начальных стадиях и проведения необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий проводятся профилактические медицинские осмотры населения.

Профилактический медицинский осмотр – одна из форм активной медицинской помощи населению, направленная в основном на выявление ранних форм заболеваний.

Различают следующие виды профилактических медицинских осмотров:

- целевые профилактические медицинские осмотры – медицинские обследования, предпринятые с целью выявления определенных заболеваний на ранней стадии (новообразования, туберкулез, глаукома, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и др.) и охватывающие различные группы организованного и неорганизованного населения;

- углубленные профилактические медицинские осмотры – медицинские обследования организованных контингентов несколькими специалистами (терапевтом, окулистом, неврологом, оториноларингологом и др.) для выявления заболеваний, патологических процессов, отклонений от нормы и т.п.;

- обязательные предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры лиц, занятых на производствах средними и опасными условиями труда,

- медицинские обследования лиц при поступлении на работу с опасными и вредными условиями труда, в последующем – систематические (периодические) обследования этих лиц.

По результатам профилактических медицинских осмотров взрослого населения формируются 5 групп состояния здоровья:

I группа – практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни;

II группа – граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства;

III группа – граждане, нуждающиеся в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях;

IV группа – граждане, нуждающиеся в дообследовании и лечении в стационарных условиях;

V группа – граждане, нуждающиеся в высокотехнологичных видах медицинской помощи.

По результатам проведения профилактических медицинских

осмотров населения вычисляются следующие показатели.

1. Выполнение плана профилактических медицинских осмотров населения, %:

$$\frac{\text{осмотрено лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру}}{\text{число лиц, подлежащих профилактическому медицинскому осмотру по плану}} \times 100$$

Этот показатель рассчитывается по всем контингентам (форма №30, раздел II, подраздел 4 «Профилактические осмотры, проведенные данным учреждением»).

2. Частота заболеваний (распространенность) по данным профилактических медицинских осмотров (на 100,1000 осмотренных лиц):

$$\frac{\text{число заболеваний, выявленных при профилактических медицинских осмотрах}}{\text{число лиц, осмотренных при профилактических медицинских осмотрах (всего)}} \times (100) 1000$$

3. Динамика числа осмотренных при целевых осмотрах. Показатель дает представление об объеме работы по целевым осмотрам. Получается путем сопоставления абсолютных чисел осмотренных на выявление больных отдельными заболеваниями за разные годы (имеется ли в данном году увеличение или уменьшение числа осмотренных по сравнению с предшествующими годами). Показатель вычисляется в отношении отдельных нозологических форм.

ГОДОВОЙ ОТЧЕТ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

В настоящее время все ЛПУ страны составляют и представляют в вышестоящие организации годовой статистический отчет по единой форме №30 «Сведения о медицинской организации».

Годовой медицинский отчет представляет собой в сжатом виде сводку данных:

- об объеме и характере работы учреждения;
- условиях, в которых протекала деятельность учреждений за отчетный период.

Анализ показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений осуществляется на основе данных годового отчета.

Отчет включает сведения о медицинской организации, наличии соответствующих подразделений, кадрах, объеме и характере выполняемой работы.

Все сведения в форме №30 предоставляются в абсолютных числах. На основании имеющихся в отчете данных могут быть получены различные показатели, характеризующие деятельность лечебно-профилактического учреждения. Суть анализа заключается не только в расчете показателей, а в сопоставлении их в динамике, в сравнении с другими объектами и группами наблюдения, в определении взаимосвязи между отдельными показателями, в интерпретации полученных данных и оценке деятельности медицинской организации в целом, что отражается в объяснительной записке к отчету.

На основе анализа деятельности поликлиники разрабатываются конкретные мероприятия по улучшению медицинской помощи населению и способствующие сохранению здоровья населения региона. Материалы анализа необходимы как органам здравоохранения, отвечающим за медицинскую помощь населению данной территории и осуществляющим контроль за ее постановкой, так и руководству самого лечебно-профилактического учреждения для оперативного управления, а также врачам для оценки качества и эффективности используемых профилактических и лечебных мероприятий.

Отчет включает в себя: паспортную часть титульного листа, где указывается тип медицинской организации в соответствии с номенклатурой организаций, утвержденной приказом Минздрава России, его почтовый адрес. Кроме того, отчет содержит 9 разделов:

Раздел I. Штаты организации.

Раздел II. Деятельность амбулаторно-поликлинической организации (подразделения).

Раздел III. Деятельность стационара.

Раздел IV. Работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов).

Раздел V. Работа диагностических отделений.

Раздел VI. Антирабическая деятельность.

Раздел VII. Оснащенность компьютерным оборудованием.

Раздел VIII. Техническое состояние зданий.

Раздел IX. Техническое состояние фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов.

Для вычисления показателей деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения используются I и II разделы годового отчета.

Раздел I. Штаты учреждения включает несколько таблиц, из которых наиболее значимыми являются таблицы 1100 и 1107. В таблице 1100 содержатся сведения о должностях врачей, среднего медицинского персонала, провизоров, фармацевтов и других сотрудников. Таблица заполняется в соответствии с номенклатурой медицинских должностей в учреждениях здравоохранения и в соответствии со штатным расписанием, утвержденным в установленном порядке в пределах фонда заработной платы на основных работников. Таблица 1100 имеет несколько граф. В графе «Штаты» указывается количество ставок по штатному расписанию по каждой должности, а в графе «Занятые» – отмечено число занятых ставок по каждой должности, в графе «Физические лица» – обозначено число сотрудников, занимающих данную должность.

Следует учитывать, что графа отчетной формы №30 «Штаты» соответствует штатному расписанию; графа «Занятые» – соответствует платежной ведомости; в графе «Физические лица» абсолютное число физических лиц должно соответствовать числу трудовых книжек сотрудников учреждения в отделе кадров.

В графе «Штаты» цифры могут быть больше, чем в графе «Занятые», либо равны им. «Занятые» никогда не должны превышать количества штатных должностей.

В графу «Число физических лиц основных работников на занятых должностях в целом по учреждению» включаются только основные работники (т.е. те, кто имеет трудовые книжки в данном учреждении). Если врач помимо основной должности по совместительству занимает часть штатной должности в одном из структурных подразделений учреждения, то занятая им должность по совместительству показывается по соответствующей строке, без указания физического лица в графе 7. Как физическое лицо врач показывается по основной должности только один раз (по одной строке), независимо от числа занимаемых им должностей по совместительству, тогда как занятые им должности должны быть показаны по соответствующим строкам таблицы.

В таблице 1107 отражаются сведения о числе врачебных терапевтических участков, участков врачей общей практики.

Раздел II. Деятельность поликлиники (амбулатории). Диспансера,

консультаций (таблицы 2100, 2510) –имеет несколько подразделов.

Сведения о работе врачей амбулаторно-поликлинической организации (подразделения) содержатся в подразделе 1 в таблице 2100. Заполняется всеми учреждениями здравоохранения, осуществляющими как амбулаторный прием больных в поликлинике и на дому, так и только консультативный прием. В данной таблице представлены данные численности посещений к врачам жителями по поводу заболеваний и профилактических осмотров, а также число посещений, сделанных врачами на дому, с учетом возраста жителей, прикрепленных к данному лечебно-профилактическому учреждению.

Подраздел 4. Профилактические осмотры, проведенные медицинской организацией, –представлен в таблице 2510 и содержит данные о количестве жителей, подлежащих медицинским осмотрам, и о количестве лиц, осмотренных при проведении профилактических осмотров.

Заполнение таблиц «Работа врачей поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации» и «Профилактические осмотры, проведенные медицинской организацией» проводится на основании талона амбулаторного пациента.

Для характеристики деятельности амбулаторно-поликлинического учреждения используются следующие основные показатели, приведенные ниже и вычисляемые на основании годового отчета «Сведения о медицинской организации» (форма №30), Подразделения и установки (таблица 1050), раздел 1 Штаты учреждения (таблица 1100), раздел II Деятельность поликлиники, подразделы 1. Работа врачей поликлиники (таблица 2100) и 4. Профилактические осмотры, проведенные данным учреждением (таблица 2510).

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПОЛИКЛИНИКОЙ

1. Показатель укомплектованности врачами (в %):

$$\frac{\text{число занятых врачебных должностей}}{\text{число штатных врачебных должностей}} \times 100$$

2. Коэффициент совместительства врачей:

$$\frac{\text{число занятых врачебных должностей}}{\text{число физических лиц врачей}}$$

3. Показатель укомплектованности врачамитерапевтами участковыми (в %):

$$\frac{\text{число занятых должностей участковыми терапевтами}}{\text{число штатных должностей участковыми терапевтами}} \times 100$$

4. Коэффициент совместительства участковых врачейтерапевтов:

$$\frac{\text{число занятых должностей участковыми терапевтами}}{\text{число физических лиц врачей терапевтов участковых}}$$

5. Число посещений на 1 занятую должность врача терапевта участкового в год:

$$\frac{\text{число посещений к участковым врачам за год}}{\text{число занятых должностей участковыми терапевтами}}$$

Оптимальное значение показателя числа посещений на 1 занятую должность участкового врача составляет около 5600 посещений, в том числе на приеме – 4400 посещений, и на дому – 1160 посещений, при условии, что в течение года при 5-тидневной рабочей неделе насчитывается 247-249 рабочих дней без учета ежегодного отпуска и 223-225 рабочих дней с учетом ежегодного отпуска. Общее число посещений в день составляет 25-26 пациентов из расчета, что за 4 часа приема в поликлинике врач должен принять 19 пациентов, если на 1 пациента на приеме отводится 12-14 мин., а на дому за 3 часа посетить 5-6 пациентов.

6. Среднее число посещений к врачам терапевтам участковымна одного жителя в год:

$$\frac{\text{число посещений к участковым врачам за год}}{\text{среднегодовая численность прикрепленного к поликлинике населения}}$$

Оптимальное значение показателя числа посещений на приеме на 1 жителя в год без учета посещений на дому составляет 2,258 посещений.

7. Участковость обслуживания населения терапевтами в поликлинике (в %):

$$\frac{\text{число посещений участкового врача жителями данного участка}}{\text{общее число посещений участковых врачей}} \times 100$$

Показатель характеризует соблюдение принципа участкового обслуживания населения при посещениях к врачам в поликлинике. При правильной организации работы участковых врачей этот показатель находится в пределах 80-90%.

8. Участковость обслуживания населения терапевтами на дому (в %):

$$\frac{\text{число посещений на дому, сделанных участковым врачом терапевтом по своему участку}}{\text{общее число посещений участковых врачей}} \times 100$$

*число всех посещений участковыми врачами
терапевтами на дому*

Показатель характеризует соблюдение принципа участкового обслуживания населения на дому. Этот показатель находится в пределах 80-90%. Снижение показателя отмечается при эпидемиях гриппа.

9. Число посещений поликлиники на одного жителя в год:

число всех посещений к врачам поликлиники

*среднегодовая численность прикрепленного к поликлинике
населения*

10. Показатель недостаточного удовлетворения нуждемости в госпитализации (число негоспитализированных на конец года из назначенных на госпитализацию, в %):

число негоспитализированных больных на конец года

общее число назначений на госпитализацию
*(госпитализированные+негоспитализированные
больные)* x100

Показатель можно определить по отдельным нозологическим формам и в итоге для всех больных.

11. Удельный вес обращений сельских жителей к врачам городских поликлиник (в %):

*число обращений сельских жителей к врачам городской
поликлиники*

число всех обращений к врачам городской поликлиники x100

Руководители здравоохранения в текущей и перспективной работе постоянно используют статистические данные о здоровье населения, сети учреждений, организации и деятельности служб здравоохранения и медицинских кадрах. Статистика здравоохранения позволяет контролировать деятельность сети, руководителям учреждений – оперативно управлять своим объектом, врачам всех специальностей – судить о качестве и эффективности лечебно-профилактической работы.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Демографический ресурс сельских территорий составляет 38 млн. человек (27% общей численности населения), в том числе трудовой – 23,6 млн. человек. Плотность населения низкая – 2,3 человека на 1 км². Поселенческий потенциал насчитывает 155,3 тыс. сельских населенных пунктов, из которых 142,2 тыс. имеют постоянных жителей. Численность жителей менее 200 человек имеют 72% сельских населенных пунктов, села с численностью свыше 2 тыс. человек составляют всего 2%.

Для сельской местности характерна низкая плотность населения, большая удаленность небольших населенных пунктов друг от друга. В результате средний радиус района обслуживания составляет 60 км, причем часто отдаленность населенных пунктов от районного центра превышает 100 км. Плечо обслуживания участкового терапевта может достигать 10 км и более.

Сезонность работ на селе создает напряженность в весенне-летний и осенний периоды, когда работники находятся в основном на открытом воздухе, что ведет к перегреванию или переохлаждению организма. Режим и качество питания при этом часто не соблюдают. Высока частота травм, заболеваний суставов, вибрационной болезни. Контакт с животными обуславливает риск специфических инфекционных заболеваний.

В результате для сельских жителей характерно большое число хронических заболеваний, по поводу которых пациенты практически не обращаются за медицинской помощью, заболеваний, связанных с особенностями сельскохозяйственного производства (травмы, заболевания периферической нервной системы, повреждения глаз, вибрационная болезнь).

Медицинская помощь жителям сельской местности основана на принципах охраны здоровья населения страны. Один из важных организационных принципов общественного здравоохранения – соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности.

Однако факторы, определяющие различия между городом и селом, влияют на организационные формы и методы работы сельских медицинских учреждений.

Основные факторы, способствующие различиям в медицинском обслуживании городского и сельского населения:

- особенности расселения жителей по сравнению с городом – низкая плотность, разбросанность и отдаленность населенных пунктов;
- особенности сельскохозяйственного труда – сезонность, высокий удельный вес ручного труда, нередко значительная удаленность места жительства от места работы;

- отток молодежи и лиц трудоспособного возраста в город;
- старение населения сельской местности;
- более низкий жизненный уровень в селах;
- плохое состояние дорог и транспорта;
- недостаточность или труднодоступность новых информационных технологий;
- низкая укомплектованность медицинскими кадрами;
- социально-экономические и бытовые трудности.

В целом для системы охраны здоровья сельского населения характерна ограниченная доступность медицинской помощи и низкая эффективность медико-социальных и профилактических мероприятий. Задача сближения уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению остается актуальной.

Обращаемость сельских жителей за медицинской помощью значительно ниже, чем городских. При этом, чем дальше от медицинского учреждения находится населенный пункт, тем реже жители обращаются к медицинским работникам. Основной объем медицинской помощи оказывается средним медицинским персоналом. Сельский житель затрачивает на посещение медицинского учреждения намного больше времени, чем городской. Оснащенность сельских медицинских учреждений значительно хуже, чем городских, квалификация персонала ниже, чем в среднем в здравоохранении.

Особенности организации медицинской помощи жителям села – значительная децентрализация амбулаторной помощи и выраженная централизация стационарной. Основной кадровый ресурс на селе – средние медицинские работники. Врачебный персонал в большей степени сконцентрирован в районных больницах, осуществляя прием населения по месту основной работы и на выезде в отдаленные сельские населенные пункты в составе специальных бригад по определенному плану.

Основной особенностью организации медицинской помощи сельскому населению является этапность ее оказания. Условно выделены 3 этапа оказания лечебно-профилактической помощи населению.

Первый этап – сельский врачебный участок – участковая больница, фельдшерский пункт и фельдшерско-акушерский пункт (ФАП), здравпункты, медицинские пункты образовательных учреждений. На первом этапе сельские жители получают доврачебную, первичную и квалифицированную медицинскую помощь (терапевтическую, педиатрическую, хирургическую, акушерскую, гинекологическую, стоматологическую).

Второй этап – учреждения здравоохранения муниципального района: районные и центральные районные больницы (ЦРБ), которые предоставляют основные виды специализированной медицинской помощи.

Третий этап – учреждения здравоохранения субъекта РФ, среди которых ведущее место занимают областные (краевые, республиканские, окружные) больницы. На этом этапе оказывают специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь по всем основным специальностям.

В современных условиях этот принцип пересматривается. В ходе реализации программы модернизации здравоохранения выстраивают единую систему оказания медицинской помощи как городскому, так и сельскому населению.

ПМСП сельскому населению будет состоять из трех уровней. На 3-м уровне сосредоточены все амбулаторно-поликлинические медицинские учреждения; на 2-м – межмуниципальные центры, оказывающие квалифицированную специализированную амбулаторную и стационарную медицинскую помощь по наиболее востребованным профилям в соответствии с порядками оказания специализированной медицинской помощи; на 1-м – консультативно-диагностическая специализированная помощь в областных консультативно-диагностических центрах.

Обеспеченность сельского населения медицинской помощью за последние 5 лет характеризуется снижением числа медицинских учреждений, в том числе амбулаторно-поликлинических (см. табл. 7).

Таблица 7

Сеть медицинских организаций, оказывающих помощь сельскому населению, в Российской Федерации

Наименование	2008	2009	2010	2011	2012
Всего учреждений	1894	1804	1692	1530	1392
из них больничных учреждений	1387	1354	1321	1212	1148
в них коек	179912	172190	149740	155489	135117
Число центральных районных больниц	1749	1752	1754	1755	1719
в них коек	363548	350 087	337 958	324 057	280982
Число участковых больниц	481	438	400	301	237
в них коек	14099	12411	11160	8252	5388
Численность коечного фонда (круглогодично)	164120	156357	149740	139476	135117
Обеспеченность койками на 10000 человек населения	42,9	40,9	40,0	37,4	36,2
Средняя занятость койки	329	314	308	315	318
Учреждения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь	2740	2626	2859	2812	2587
из них самостоятельные	524	450	371	318	244
Плановая мощность (по числу посещений в смену)	425805	415744	428000,6	430651,3	408263,0
Число врачей (тыс.)	46,2	47,4	46,7	44,8	48,9

Обеспеченность на 10000 человек сельского населения	12,1	12,4	12,5	12,0	13,1
Число среднего медперсонала	208,0	210,0	207,5	200,3	202,4
Обеспеченность на 10000 человек сельского населения	54,4	54,9	55,4	53,7	54,2
Число фельдшерско-акушерских пунктов	39179	38332	37591	34919	34733
Число физических лиц среднего мед.персонала, работающего на ФАП	45 097	45 848	44 017	42 609	41275
в т.ч. фельдшеров	26725	27053	26182	25563	24510
Число посещений к врачам на 1 жителя в год	3,5	3,5	3,7	3,6	3,6

Возникшая тенденция сокращения числа районных и сельских участковых больниц обусловлена доказанной экономической нецелесообразностью существования больничных медицинских учреждений малой коечной мощности. В крупных медицинских учреждениях (центральные районные, областные, краевые, республиканские, окружные больницы) расходуют меньше средств на одно койко-место на хозяйственно-технические нужды, отопление, содержание обслуживающего персонала, питание, инженерно-техническое обслуживание. Кроме того, на их базе эффективно используют диагностическое оборудование, квалифицированный медицинский персонал, внедряют современные медицинские технологии и тем самым предоставляют населению более качественную квалифицированную медицинскую помощь. В связи с этим сельские участковые больницы в ряде районов Российской Федерации перепрофилируют во врачебные амбулатории, центры общей врачебной практики (ЦОВП).

Часто регионы в угоду развитию центральных районных больниц свертывают ФАП, оставляя сельское население без медицинской помощи и лекарственного обеспечения, что, учитывая социально ориентированный принцип оказания населению медицинской помощи, недопустимо.

Участковые больницы необходимо перестраивать с учетом местных условий: плотности населения, транспортной доступности, обеспеченности больничными койками в целом и т.д.

ПМСП – основа системы оказания медицинской помощи сельскому населению – включает профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний медицинскую реабилитацию, наблюдение за течением беременности, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения

ПМСП для приближения к территории проживания организуют по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства. Первичная доврачебная

медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими средними медицинскими работниками в ФАП.

Фельдшерско-акушерский пункт

Характерное сельское медицинское учреждение – ФАП – первичное доврачебное структурное подразделение, оказывающее профилактическую, лечебную, оздоровительную, санитарно-противоэпидемическую, санитарно-просветительную, гигиеническую медико-санитарную помощь.

ФАП организуют в сельской местности с числом жителей 700 человек и более, включая детское население, при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения более 2 км. Если это расстояние превышает 7 км, то ФАП организуют в населенном пункте с числом жителей от 300 до 700 человек. Функции ФАП согласно действующей нормативно-правовой базе:

- оказание доврачебной и паллиативной медицинской помощи;
- обеспечение населения лекарственными препаратами (по утвержденной номенклатуре);
- своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача;
- патронаж детей и беременных, динамическое наблюдение за здоровьем отдельных категорий граждан;
- проведение под руководством врача комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, прежде всего инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;
- проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности;
- обучение населения здоровому образу жизни.

Таким образом, ФАП – подразделение в большей степени профилактической направленности. Фельдшер оказывает первую медицинскую помощь при острых заболеваниях и травмах, проводит прививки, физиотерапевтические процедуры. Медицинские работники ФАП участвуют в санитарном надзоре за учреждениями для детей и подростков, коммунальными, пищевыми, промышленными и другими объектами, водоснабжением и очисткой населенных пунктов, в проведении подворных обходов по эпидемиологическим показаниям, извещают соответствующие организации об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях, нарушениях санитарных норм и правил.

ФАП принадлежит существенная роль и в проведении профилактических прививок по Национальному календарю, который составляют с учетом половозрастного состава населения.

Главная задача ФАП в работе с детьми – своевременный и качественный патронаж, обеспечение полного комплекса профилактических мероприятий.

Порядок дородового патронажа и диспансеризации детей одинаков для города и сельской местности.

Кроме того, в обязанности фельдшера входит систематическое наблюдение за работой детских образовательных учреждений, их санитарным состоянием, проведением в них физического воспитания; организация профилактических осмотров, привитие детям гигиенических навыков, проведение широкой просветительной работы среди родителей, детей, воспитателей и педагогов.

В Российской Федерации в 2012 году действовало 34,7 тыс. ФАП с устойчивой тенденцией сокращения сети. По сравнению с 2000 г. их число сокращено на 19,9%, при этом организован ряд кабинетов ВОП в сельской местности. При закрытии ФАП необходимо предварительно комплексно оценить доступность медицинской помощи, особенно в малонаселенных пунктах, где ФАП – единственно доступное подразделение здравоохранения. Особенно это важно, когда ФАП обеспечивает население лекарственными препаратами, наблюдает за приемом противотуберкулезных препаратов, проводит комплекс профилактических мероприятий для формирования здорового образа жизни, патронаж пожилых людей. Соответственно и отношение к фельдшеру на селе необходимо менять и пересматривать его условия труда.

Врач общей практики

Ведущим звеном в оказании ПМСП должен стать врач общей (семейной) практики (ВОП). Его цель – оказание ПМСП населению в объеме, частично замещающем узких специалистов поликлиники, и при условии максимального приближения к месту жительства прикрепленных граждан.

ВОП может работать индивидуально или в группе (Общие врачебные практики). При индивидуальной практике врач работает самостоятельно, независимо от других врачей и специалистов, используя помощь среднего медицинского персонала, работающего с ним. Индивидуальную практику в основном используют в сельской местности, где живет небольшое число людей и привлечение других врачей необоснованно с точки зрения объема оказываемой помощи и финансового обеспечения.

Групповая практика предполагает объединение усилий нескольких врачей для обеспечения взаимозаменяемости, взаимной помощи при оказании медицинских услуг населению и для повышения экономической эффективности организации офисов ВОП.

Общие (групповые) врачебные практики имеют ряд преимуществ:

- возможность взаимозаменяемости в течение суток и на период болезни, отпуска, обучения одного из врачей;
- лучшее оснащение офисов, включая диагностическое и лечебное оборудование, создание дневного стационара;

- возможность профессионального общения, консультаций;
- возможность определенной специализации по узким специальностям для каждого из врачей (офтальмология, эндокринология, кардиология);
- сокращение административных расходов;
- более эффективное использование среднего медицинского персонала.

Место расположения кабинета ВОП определяется величиной населенного пункта, возможностями ЛПУ предоставить помещение, возможностями администрации поселения предоставить помещение для кабинета максимально близко к месту жительства прикрепленного населения (чаще на первом этаже многоэтажного жилого дома или в специально возведенном здании). Особенно удобно расположение кабинета ВОП в новых микрорайонах поселений, где обычно отсутствует развитая социальная инфраструктура. Число обслуживаемых граждан на одного ВОП устанавливают, исходя из нормы 1500 человек. Она установлена на практике: меньшее число прикрепленных жителей не обеспечит экономическую обоснованность работы, а большее – не позволит врачу качественно и в срок оказывать им весь комплекс услуг. Конкретная численность жителей определяется для каждого ВОП, исходя из численности проживающего населения. Радиус обслуживания может достигать в городе 1,5 км, на селе – до 12 км.

Прикрепление к ВОП осуществляют при наличии полиса ОМС и документа, удостоверяющего личность гражданина. Каждый гражданин имеет право на выбор лечащего врача, в том числе и ВОП. Однако в большинстве случаев ВОП обслуживает население, проживающее в непосредственной близости от его участка: например, в многоэтажном многоподъездном доме – жителей одного этого дома. Такой подход позволяет оказывать помощь на дому и в ночное время.

График работы ВОП определяется местом расположения кабинета, численностью и составом прикрепленного населения, радиусом обслуживания и обеспеченностью автотранспортом. Задачи ВОП:

- амбулаторный прием населения, включая простейшие исследования (электрокардиография, клиническое исследование крови и мочи, определение уровня сахара в крови, остроты зрения и т.д.);
- оказание неотложной помощи;
- оказание помощи в условиях дневного стационара;
- посещение больных на дому;
- посещение своих больных в стационаре;
- консультации больных у узких специалистов;
- взаимодействие с органами социальной защиты.

Нагрузка на врача – 4-5 тыс. посещений в год. Узкие специалисты в поликлинике принимают пациентов только по направлению ВОП.

Проблемы внедрения общих врачебных практик (семейных врачей)

С позиций организации здравоохранения внедрение врачей общей практики и групповой (общей) врачебной практики (ОВП) необходимо рассматривать в качестве самостоятельной организационной технологии, используя при этом подход, учитывающий по возможности ряд особенностей:

- необходимость многопрофильной подготовки специалистов;
- потребность в большем ресурсном обеспечении, чем у участкового врача;
- наличие новых аспектов во взаимодействии с различными субъектами системы охраны здоровья населения;
- специфика оценки результатов деятельности.

При этом следует отметить, что деятельность ВОП, как и любая другая новая технология, находится в настоящее время не только на стадии становления и развития, но и пребывает в поисковом периоде, определяя свое место в системе оказания медицинской помощи. Особенно важным представляется выявление максимально возможного перечня проблем, возникающих в ходе внедрения ВОП, с целью их подробной характеристики и дальнейшего решения. В противном случае внедрение в практическое здравоохранение как самостоятельно работающих ВОП, так и групповых ОВП, может стать очередной безрезультативной кампанией, а обладающая очевидными достоинствами организационная технология окажется в значительной степени дискредитированной.

Отметим позитивные явления, которые связаны с внедрением технологий ВОП:

- уход от излишней специализации при оказании первичной медико-санитарной помощи;
- рациональное использование ресурсов;
- повышение качества и доступности квалифицированной медицинской помощи, прежде всего, для жителей удаленных и сельских территорий;
- совокупная информация о членах семьи аккумулируется, анализируется и используется одним специалистом;
- улучшается преемственность с последующими этапами медицинской помощи;
- обеспечивается более полная выявляемость заболеваний, особенно в тех территориях, где имеется недостаток врачебных кадров;
- большая заинтересованность ВОП в профилактической работе.

В то же время очевидны и проблемы, связанные с развитием ОВП. При этом в определенной степени они представляют собой продолжение указанных выше достоинств:

- высокие требования к уровню подготовки ВОП;
- адекватное ресурсное обеспечение деятельности ВОП;
- целесообразность четкого определения основных клинических

направлений деятельности ОВП;

- определение оптимальной этапности в развитии ОВП.

Нет необходимости подробно говорить о том, что удачи и неудачи при внедрении ОВП во многом определяются, и будут определяться, качеством подготовки соответствующих специалистов.

Следующий достаточно сложный вопрос: «Каковы должны быть основные клинические направления деятельности ОВП?» Необходимо отметить, что указанная проблема во многом связана с предыдущей и от её решения зависит как объем подготовки соответствующих специалистов, так и объем затрат. В настоящее время очевидно одно — клинические направления деятельности ОВП должны быть дифференцированы для города и для села.

Так, если для сельской местности и удалённых территорий необходим врач ОВП, имеющий подготовку по педиатрии, так как сегодня врачей в селе либо нет вообще, либо их число крайне ограничено, то вопрос об обязательной подготовке таких специалистов для городского здравоохранения является весьма дискуссионным.

Соответственно возникает вопрос: «Есть ли необходимость интегрировать амбулаторную педиатрическую службу городов в систему ОВП, особенно там, где она хорошо работает? Не приведет ли это к ухудшению качества медицинской помощи городским детям?» Очевидно, что ответ на данный вопрос должен быть максимально взвешенным и обоснованным.

И даже позитивный опыт работы нескольких регионов в части внедрения в городах ОВП, включая педиатрическую помощь, не является основанием для его автоматического тиражирования по всей России.

Следующая проблема (она же ключевая) — надлежащее финансирование ОВП. Данную проблему также целесообразно разделить на две составляющие: городскую и сельскую. Рассмотрим их отдельно.

Не вызывает сомнений формирование сети ОВП в сельском здравоохранении, где, как уже было отмечено, имеется выраженный дефицит не только врачебных, но и медицинских кадров. В то же время, создание ОВП на базе сельских участковых больниц или врачебных амбулаторий — это не только повышение качества и доступности квалифицированной медицинской помощи, но и увеличение затрат на её оказание.

С одной стороны, это связано с тем, что ВОП — это специалист более высокого уровня и соответственно с более высокой заработной платой, чем у большей части тех немногих сельских участковых врачей, которые еще остались. С другой стороны, уровень материально-технической оснащённости ОВП также должен быть выше, чем у многих действующих участковых больниц и врачебных амбулаторий, чтобы врач мог качественно исполнять свои

обязанности.

Кроме того, обеспечивая большую доступность медицинской помощи, а, следовательно, и лучшую выявляемость заболеваний, деятельность ВОП на селе также потребует дополнительных вложений для работы с вновь выявленными больными. В конце концов, сложившаяся ситуация с более низкой (выявленной и зарегистрированной, а не реально существующей) заболеваемостью сельских жителей, сочетающаяся с их более высокой, чем в городах смертностью, когда-то должна быть преодолена, и именно с этим должны быть связаны надежды на развитие ОВП в селе.

Однако необходимо четко представлять, что развитие амбулаторно-поликлинической помощи на селе потребует дополнительных затрат. К тому же большинство участковых больницы или закрыты, или в них ничего, кроме кроватей, нет.

Вполне логично, что услуги врача общей практики должны оплачиваться по более высоким тарифам, чем услуги традиционного участкового врача. Следовательно, необходим больший объем выделяемых средств.

В противном случае отсутствие экономического интереса непременно скажется на качестве работы. С учетом указанных выше рекомендаций, а также планируемой перспективой широкого развития ВОП, ресурсы для обеспечения деятельности ОВП необходимо тщательно планировать, обосновывать и предусматривать в соответствующих бюджетах.

Важной проблемой для ОВП являются оказание платных медицинских услуг, вероятность оказания которых в сколько-нибудь значимых объёмах на данном этапе представляется весьма невысокой.

Во-первых, в соответствии с действующей нормативно-правовой базой основные объёмы амбулаторно-поликлинической помощи должны предоставляться бесплатно.

Во-вторых, низкая платёжеспособность многочисленной категории пациентов – пенсионеров, инвалидов, также станет серьёзным препятствием для развития платных услуг на базе ОВП. С учётом сложного социально-экономического положения села это особенно актуально и для сельских жителей.

В-третьих, очевидно, что высокая значимость бесплатной первичной медико-санитарной помощи как фактора социальной справедливости по крайней мере в ближайшие годы будет учитываться всеми органами власти, от которых зависит развитие социальной инфраструктуры.

Очевидно, что в абсолютном большинстве регионов Российской Федерации на селе будут рады любому появившемуся там специалисту, тем более, если таковым окажется врач ОВП. Что касается городского населения, особенно в крупных городах, то в данном случае отношение к ОВП, прежде

всего, будет определяться качеством их работы.

Если развитие ОВП будет сопровождаться ограничением доступности к «узким» специалистам поликлиник без общего повышения качества медицинской помощи, то это вызовет и соответствующий негативный настрой пациентов.

С учетом рассмотренных выше проблем можно заключить, что внедрение и развитие ОВП в систему практического здравоохранения Российской Федерации требует адекватных организационных и финансовых решений.

Сельская участковая больница

Несмотря на важное место ФАП в системе ПМСП сельскому населению, ведущее ЛПУ на первом этапе сельского здравоохранения – сельская участковая больница (СУБ) или соответствующее подразделение ЦРБ, которые в своем составе имеют стационар и врачебную амбулаторию. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается здесь врачамитерапевтами, участковыми врачамитерапевтами, врачамипедиатрами, участковыми врачамипедиатрами и ВОП (семейными врачами).

Характер и объем медицинской помощи в сельской участковой больнице определяются мощностью, оснащением, наличием врачей специалистов. Независимо от мощности СУБ оказывает амбулаторную помощь терапевтическим и инфекционным больным, помощь в родах, лечебно-профилактическую помощь детям, неотложную хирургическую и травматологическую помощь. В штат СУБ входят врачи по основным специальностям: терапия, педиатрия, стоматология, акушерство и гинекология, хирургия.

Задачи СУБ:

- обеспечение населения закрепленной территории квалифицированной врачебной помощью (амбулаторной и стационарной);
- планирование и проведение мероприятий для профилактики и снижения заболеваемости и травматизма среди различных групп сельского населения;
- лечебно-профилактическая охрана здоровья матери и ребенка;
- внедрение современных методов профилактики, диагностики и лечения, передовых форм и методов организации медицинской помощи;
- организационно-методическое руководство и контроль работы ФАП и других медицинских учреждений, входящих в состав сельского врачебного участка.

Сельские врачебные амбулатории

Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению – важнейший раздел работы сельских участковых больниц. В сельской местности действуют 2587 амбулаторно-поликлинических учреждений на 408,3 тыс. посещений в смену. К ним относятся сельские врачебные амбулатории (поликлиники), как входящие в структуру других медицинских организаций, так

и самостоятельные. Их основные задачи: проведение широких профилактических мероприятий для предупреждения и снижения заболеваемости, раннее выявление больных, диспансеризация, оказание квалифицированной медицинской помощи населению. Врачи ведут прием взрослых и детей, выезжают на вызовы на дом и оказывают неотложную медицинскую помощь. В приеме больных могут принимать участие и фельдшеры, однако амбулаторная помощь в сельской врачебной амбулатории должна оказываться врачами.

Кроме того, в функции сельской амбулатории входят:

- приближение амбулаторно-поликлинической медицинской помощи к жителям сельской местности;
- проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий (профилактические прививки, текущий санитарный надзор за учреждениями и объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест);
- врачи сельских амбулаторий выезжают по определенному графику на ФАП своего участка для консультативного приема. При этом они должны стремиться к повышению квалификации своих помощников, передавая им знания и опыт. О графике выездов оповещают население.

Основные обязанности врача (врачей) сельского врачебного участка:

- амбулаторный прием населения;
- стационарное лечение больных в сельской участковой больнице;
- оказание помощи на дому;
- оказание медицинской помощи при острых заболеваниях и несчастных случаях;
- направление больных в другие ЛПУ по медицинским показаниям;
- экспертиза временной нетрудоспособности и выдача листков нетрудоспособности;
- организация и проведение профилактических осмотров;
- своевременное взятие больных на диспансерный учет;
- проведение комплекса лечебных и оздоровительных мероприятий, обеспечение контроля диспансеризации;
- активный патронаж детей и беременных;
- проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий;
- извещение территориальных органов соответствующих организаций об инфекционном, профессиональном и паразитарном заболевании, отравлениях населения и нарушении санитарно-гигиенических требований;
- санитарно-просветительная работа, пропаганда здорового образа жизни;
- плановые выезды на ФАП.

Структура сельского врачебного участка формируется в зависимости от численности обслуживаемого населения, радиуса обслуживания, расстояния до

ЦРБ и состояния дорог. Численность обслуживаемого населения в сельском врачебном участке может достичь 2,5 тыс. человек.

Центральная районная больница

Центральная районная больница (ЦРБ) – основное медицинское учреждение для оказания квалифицированной медицинской помощи сельскому населению. Одновременно ЦРБ – центр организационно-методического руководства здравоохранением муниципального района, отвечающий за организацию медицинской помощи населению, повышение эффективности, качества и доступности этой помощи.

В различных регионах страны действуют ЦРБ разной мощности, которая зависит от численности населения, обеспеченности больничными учреждениями и других факторов. Оптимальная мощность ЦРБ – не менее 250 коек. В состав ЦРБ входят:

- стационар с отделениями по основным специальностям;
- поликлиника с лечебно-диагностическими кабинетами и лабораторией;
- отделения скорой и неотложной медицинской помощи;
- патологоанатомическое отделение;
- организационно-методический кабинет;
- вспомогательные структурные подразделения (аптека, кухня, медицинский архив и др.).

Профиль и количество специализированных отделений ЦРБ зависят от ее мощности, однако оптимальное их число должно быть не менее 5: терапевтическое, хирургическое с травматологией, педиатрическое, инфекционное, акушерско-гинекологическое (если в районе нет родильного дома).

Основные задачи ЦРБ:

- обеспечение населения района и районного центра квалифицированной специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощью;
- оперативная и организационно-методическая помощь медицинским организациям района;
- организация материально-технического обеспечения подразделений ЦРБ;
- разработка и осуществление мероприятий, направленных на повышение КМП населению, снижение заболеваемости, младенческой и общей смертности, укрепление здоровья;
- расстановка, рациональное использование, повышение квалификации медицинских кадров;
- реализация мероприятий для формирования здорового образа жизни.

Для оказания методической, организационной и консультативной помощи врачам сельских врачебных участков ЦРБ выделяет районных специалистов,

которые в рамках своей специальности организационно-методически руководят всеми медицинскими учреждениями района – часто заведующие отделениями ЦРБ или наиболее опытные врачи. Каждый из них возглавляет лечебную работу в районе по своей специальности, выезжает для консультаций, проводит показательные операции, обследование и лечение больных, направляет бригады врачей специалистов в медицинские учреждения сельских врачебных участков, заслушивает отчеты врачей участковых больниц, заведующих ФАП, анализирует их работу, статистические отчеты, проводит научные конференции, семинары, повышение квалификации на рабочем месте.

Поликлиника ЦРБ оказывает квалифицированную медицинскую помощь сельскому населению по 8-10 врачебным специальностям. В задачи поликлиники входят:

- обеспечение квалифицированной амбулаторно-поликлинической помощью прикрепленного населения района и районного центра;
- организационно-методическое руководство амбулаторно-поликлиническими подразделениями района;
- планирование и проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости и инвалидности;
- внедрение в работу всех амбулаторно-поликлинических учреждений района современных методов и средств профилактики и лечения заболеваний, передового опыта оказания амбулаторно-поликлинической помощи;
- реализация мер для формирования здорового образа жизни.

В районную поликлинику обращаются сельские жители по направлениям медицинских учреждений сельских врачебных участков для получения специализированной медицинской помощи, функционального обследования, консультаций врачей-специалистов.

Для приближения специализированной медицинской помощи к месту жительства на базе ЦРБ из числа штатных врачей и медсестер создают выездные бригады медицинской помощи.

Важную роль в организации медицинской помощи населению сельской местности играет **организационно-методический кабинет ЦРБ**, который укомплектован наиболее опытными врачами. Он располагает данными об экономике и санитарном состоянии района, сети и укомплектованности медицинских учреждений кадрами, об обеспеченности населения разными видами медико-социального обеспечения и т.д. Возглавляет организационно-методический кабинет заведующий, который одновременно может быть заместителем главного врача ЦРБ.

Для приближения специализированной медицинской помощи к сельскому населению в районных центрах создают **межрайонные специализированные отделения** (центры, медицинские округа), оснащенные

современным оборудованием. Функции межрайонных центров выполняют ЛПУ, способные обеспечить население специализированной высококвалифицированной стационарной или амбулаторно-поликлинической помощью, если ЦРБ соседних районов не имеет возможности оказывать специализированную помощь или ее объем в каждом ЛПУ минимален, а необходимые специалисты отсутствуют. Наряду с выполнением функций структурного подразделения ЛПУ межрайонные специализированные центры (отделения) осуществляют:

- консультативные приемы в поликлинике больных по направлению врачей ЛПУ прикрепленных районов;
- госпитализацию больных из прикрепленных районов;
- организационно-методическую и консультативную помощь (включая экспертизу трудоспособности) врачам ЛПУ прикрепленных районов, в том числе плановыми выездами;
- внедрение в работу учреждений здравоохранения современных средств и методов профилактики, диагностики и лечения больных по соответствующей специальности;
- анализа результатов оказания медицинской помощи жителям прикрепленных районов, представление информации о работе межрайонного медицинского центра;
- проведение совместных тематических конференций, семинаров.

Медицинские учреждения прикрепленных районов транспортируют больных и беременных в межрайонный центр (по договоренности), направляют больных на консультацию только при условии полного обследования в соответствии со стандартами медицинской помощи, информируют население о режиме работы специалистов центра. Для координации работы межрайонных медицинских центров и приписанных районов создают межрайонные медицинские советы.

Организация высококвалифицированной специализированной помощи сельскому населению

В районе, кроме ЦРБ организуют специализированные диспансеры (противотуберкулезный, кожно-венерологический, наркологический), которые работают как межрайонные медицинские учреждения, обслуживают население расположенных рядом районов.

Высококвалифицированную специализированную медицинскую помощь сельскому населению по всем основным специальностям оказывают областные (краевые, республиканские, окружные) медицинские учреждения.

Главное из них – **областная (краевая, республиканская, окружная) больница**, которая оказывает медицинскую помощь в полном объеме не только сельским, но и всем жителям субъекта РФ. Она является центром

организационно-методического руководства медицинскими учреждениями, размещенными на территории области (края, республики, округа), клинической базой специализации и повышения квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

Задачи областной больницы:

- высококвалифицированная специализированная консультативно-диагностическая и лечебная помощь населению административной территории в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях с применением высокоэффективных медицинских технологий;
- консультативная и организационно-методическая помощь специалистам других медицинских учреждений административной территории;
- квалифицированная экстренная и планово-консультативная медицинская помощь с использованием средств санитарной авиации и наземного транспорта;
- разработка и выполнение целевых программ совершенствования медицинской помощи;
- внедрение в практику медицинских учреждений административной территории современных медицинских технологий, эффективных методов управления и принципов медицинского страхования;
- участие в подготовке, профессиональной переподготовке и повышении квалификации медицинских работников;
- формирование здорового образа жизни.

Рекомендованная организационная структура областной (краевой, республиканской, окружной) больницы:

- организационно-методический отдел;
- консультативно-диагностическая поликлиника;
- стационар с приемным отделением;
- отделение экстренной и плановой консультативной помощи;
- медицинская библиотека;
- прочие структурные подразделения, необходимые для работы больницы (пищеблок, бухгалтерия, медицинский архив, гараж и др.).

При областной больнице, как правило, организуется пансионат для больных, поскольку они приезжают со всей области и нуждаются в месте жительства на время обследования и уточнения диагноза, если не госпитализируются сразу. Обычно в структуре областной больницы имеется общежитие для медицинских работников, приезжающих на различные конференции, семинары, курсы повышения квалификации и т. д.

Работа областной больницы во многом подобна работе городской больницы, но имеет и свои особенности. Одна из них – наличие в составе больницы **областной консультативно-диагностической поликлиники**.

Основные задачи консультативно-диагностической поликлиники:

обеспечение направленным из медицинских учреждений участкового или районного уровня пациентам специализированной квалифицированной консультативной помощи в диагностике заболеваний, рекомендация объема и методов лечения, при необходимости стационарной помощи в отделениях областной больницы. Консультативно-диагностические поликлиники не только выполняют консультативно-лечебную функцию, но и оценивают качество работы сельских врачей, районных, городских и участковых больниц.

В областную консультативную поликлинику пациентов направляют, как правило, после предварительной консультации и обследования у районных врачей-специалистов. Для равномерного распределения потока пациентов специалисты консультативно-диагностической поликлиники регулярно сообщают о наличии свободных мест в отделениях больницы или записи на обследование, согласовывают сроки поступления пациентов из медицинских учреждений сельской местности, организуют и проводят выездные консультации врачей специалистов, на каждого пациента дают медицинское заключение, в котором указывают диагноз, проведенное лечение и дальнейшие рекомендации. В поликлинике систематически проводится экспертиза качества: рассматриваются случаи расхождения диагнозов, ошибки, допущенные врачами медицинских учреждений районов при обследовании и лечении пациентов на местах, и др.

Экстренная и планово-консультативная помощь сельскому населению

Особенность областной больницы – наличие в ее составе отделения экстренной и плановой консультативной помощи, которое оказывает экстренную и консультативную помощь с выездом в отдаленный населенный пункт. Отделение транспортирует пациента в медицинскую организацию, направляет специалистов по вызовам из районов и поддерживает связь с бригадами, направленными для оказания медицинской помощи. Отделение экстренной помощи организует доставку пациентов в сопровождении медицинского персонала в специализированные учреждения за пределами области, срочную доставку медицинских препаратов и средств, необходимых для спасения жизни пациентов.

Это отделение, как правило, имеет парк автомобилей для выезда в сельскую местность. В его штате работают, помимо заведующего, врачи, специализирующиеся на оказании экстренной медицинской помощи, фельдшера, медсестры. К работе отделения могут привлекаться все специалисты областной больницы и других медицинских учреждений. Отделение экстренной и планово-консультативной помощи в некоторых субъектах – базовое медицинское подразделение регионального центра медицины катастроф. В этом случае бригады специализированной медицинской помощи работают

практически в режиме постоянной готовности.

Для приближения медицинской помощи к жителям села, специалисты областных учреждений практикуют плановые выезды комплексных бригад для консультации заранее подобранных пациентов, нуждающихся в уточнении диагноза, коррекции назначенного лечения, определения необходимости госпитализации в областные медицинские учреждения. Эту работу проводят и силами специалистов центральных районных больниц.

Организационно-методическая работа медицинских учреждений области

Функции организационно-методического отдела областной (краевой, республиканской, окружной) больницы в отличие от других больниц значительно шире. Фактически он служит научно-методической базой государственного органа управления здравоохранением области для внедрения в практику передовых организационных форм и методов медицинской помощи населению. Основные его функции:

- анализ деятельности медицинских учреждений области;
- организационно-методическая и консультативная помощь;
- изучение и анализ показателей здоровья населения;
- организация повышения квалификации кадров;
- планирование работы;
- проведение научных исследований, внедрение результатов новых разработок и методик в практику медицинских учреждений;
- организация научных конференций и семинаров, работа научных обществ врачей.

В организационно-методической работе медицинских учреждений области участвуют главные штатные (главный хирург, терапевт, педиатр, акушер-гинеколог) и внештатные (часто это заведующие специализированными и узкоспециализированными отделениями) специалисты.

Скорая медицинская помощь в сельской местности на уровне ФАП, СУБ, семейно-врачебных амбулаторий оказывается медицинским персоналом этих учреждений в любое время суток.

Важнейшие вопросы организации скорой медицинской помощи сельскому населению:

- график и порядок оказания скорой медицинской помощи во всех сельских медицинских организациях;
- наличие укладок, сумок и их необходимое оснащение;
- стандарты оказания скорой медицинской помощи;
- регистрация поступления вызовов и принятых мер;
- преемственность (на принципе обратной связи) между службой СМП, амбулаторно-поликлинической службой, диспетчерскими службами хозяйств и

предприятий;

- подготовка населения к оказанию само- и взаимопомощи, повышению санитарной грамотности населения;
- разработка и наличие побудительных мотивов для участия в этом виде помощи всех медработников, в том числе и среднего медперсонала, включая их подготовку, оснащение и материальное стимулирование;
- подготовка медицинского персонала к оказанию скорой и неотложной медицинской помощи;
- приоритет лекарственного и материально-технического обеспечения.

Для совершенствования медицинской помощи сельскому населению предусмотрена организация более **3800 домовых хозяйств** в населенных пунктах с численностью населения менее 100 человек. Понятие домашнего хозяйства подразумевает местного жителя, давшего согласие на оказание первой помощи заболевшим или пострадавшим жителям поселения. Для этого специалисты в области медицины катастроф обучают такого жителя основным навыкам и приемам оказания первой помощи, а местные органы власти оснащают его телефонной связью для оперативного вызова фельдшера, врача, бригады СМП и укладкой первой помощи. Такую работу уже активно ведут в некоторых субъектах РФ.

ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Основной задачей педиатрической службы является забота об охране здоровья детей, которая начинается до рождения ребенка и продолжается на протяжении до 18 лет (Федеральный закон от 24.07.1998 №124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»). Медицинская помощь детям и подросткам имеет профилактическую направленность и осуществляется на основе преемственности между медицинскими учреждениями, оказывающими лечебно-профилактическую помощь женщинам и детям.

Причинами выделения детей в особую группу и организация для них специальных видов медицинской помощи являются наличие анатомо-физиологических особенностей, характерных для детей различных возрастно-половых групп. Кроме того, не следует забывать, что здоровье детей является основой сохранения здоровья взрослого населения страны, поэтому, сохраняя здоровье детского населения, мы сохраняем здоровье страны в целом.

Органы власти различного уровня в соответствии с полномочиями разрабатывают и реализуют программы по профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний, снижению младенческой и детской смертности, формированию у детей и их родителей мотивации к здоровому образу жизни и принимают меры по обеспечению детей лекарственными препаратами, специализированными продуктами лечебного питания, медицинскими изделиями.

Органы государственной власти Российской Федерации и ее субъектов в соответствии с полномочиями создают детские медицинские организации с обеспечением благоприятных условий пребывания, в том числе детей-инвалидов, и пребывания с ними родителей и (или) иных членов семьи, а также социальную инфраструктуру для организованного отдыха, оздоровления детей и восстановления их здоровья.

Виды медицинской педиатрической помощи:

- ПМСП;
- скорая, в том числе скорая специализированная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная.

Условия оказания медицинской педиатрической помощи:

- вне медицинского учреждения (по месту вызова бригады скорой медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно, в том числе на дому при вызове медицинского работника;
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);

➤ стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

В рамках скорой, в том числе скорой специализированной, педиатрическая помощь при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи.

При оказании скорой медицинской помощи при необходимости осуществляют медицинскую эвакуацию, включая санитарно-авиационную и санитарную. Скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь оказывают в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, в амбулаторных и стационарных условиях.

Бригада СМП доставляет детей с детскими болезнями, осложнившимися угрожающим жизни состоянием, в медицинскую организацию, имеющую отделение или блок (палату) реанимации и интенсивной терапии для круглосуточного наблюдения и лечения детей. При наличии медицинских показаний после устранения угрожающего жизни состояния ребенка переводят в педиатрическое отделение (койки), а при его отсутствии — в терапевтическое отделение для дальнейшего лечения.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь детям оказывается врачами-педиатрами и врачами-специалистами в стационаре (в том числе дневном) и включает профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, медицинскую реабилитацию.

Плановую педиатрическую медицинскую помощь оказывают при профилактике, заболеваниях и состояниях, не сопровождающихся угрозой жизни ребенка, не требующих экстренной и неотложной помощи, отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния ребенка, угрозу его жизни и здоровью.

Детей по медицинским показаниям направляют на восстановительное лечение.

ПМСП детскому населению

В Концепции развития здравоохранения России до 2020 г. подчеркнута необходимость принятия действенных мер для развития службы охраны материнства и детства при концентрации усилий на совершенствовании ПМСП детям и подросткам. Это в полной мере отвечает рекомендациям ВОЗ и Конвенции ООН «О правах ребенка».

В учреждениях первичного звена здравоохранения должно реализовываться до 90% всей потребности в профилактической, диагностической и лечебной помощи.

Законодательно ПМСП детям определена как основная система оказания медицинской помощи, включающая профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, медицинскую реабилитацию, формирование здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение детского населения.

ПМСП детям для приближения ее к месту жительства или обучения формируют по территориально-участковому принципу, предусматривающему образование групп обслуживаемых детей по месту жительства или учебы, в определенных педиатрических организациях.

ПМСП включает:

- ◆ первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- ◆ первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- ◆ первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием. Первичная врачебная медико-санитарная помощь детям оказывается врачами педиатрами, участковыми врачами педиатрами и ВОП (семейными врачами). Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачам-специалистами, включая тех, которые работают в учреждениях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

ПМСП оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Для оказания ПМСП при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций создают подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в неотложной форме.

При наличии медицинских показаний участковые врачи педиатры, ВОП (семейный врач), медицинский персонал образовательных учреждений направляют детей на консультации к врачам-специалистам медицинских учреждений по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в здравоохранении РФ.

Основа системы медицинского обеспечения детей – контроль состояния здоровья и факторов, определяющих его формирование, ранняя коррекция нарушений здоровья и развития, своевременное и адекватное лечение, в том числе восстановительное, комплексная реабилитация, снижение влияния управляемых неблагоприятных факторов. Все это составляет различные аспекты профилактической работы.

В системе педиатрических учреждений эту функцию выполняют детские

поликлиники (поликлинические отделения), где предусмотрена профилактика на индивидуальном, семейном и групповом уровнях.

Кроме того, в последние годы сформирована достаточно новая организационная форма первичной профилактики – Центры здоровья по формированию здорового образа жизни детей.

Детская поликлиника — самостоятельная медицинская организация или структурное подразделение (отделение) медицинской организации для профилактической, консультативной, диагностической и лечебной помощи детям, не предусматривающая круглосуточного медицинского наблюдения и лечения. Она координирует деятельность всех других амбулаторно-поликлинических учреждений, занимающихся вопросами охраны здоровья детей в этом регионе и на этой территории: КДЦ, поликлиник для подростков и молодежи, центров планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья и др.

Выполняя координирующую роль в системе охраны здоровья детей, поликлиника собирает, обобщает и анализирует информацию из медицинских учреждений о состоянии и проблемах соматического, репродуктивного и психического здоровья детей. На основании получаемых сведений определяют приоритетные направления профилактической, оздоровительной, лечебной и коррекционной работы, формируют задачи по охране здоровья детей на соответствующей территории и по соответствующим уровням.

Кроме того, поликлиника организует и координирует межведомственное взаимодействие с учреждениями образования (школами, профессиональными училищами, профессиональными колледжами и др.), социальной защиты, обеспечения правопорядка, военными комиссариатами и др.

Поликлиникой как самостоятельной медицинской организацией руководит главный врач; поликлиникой как структурным подразделением медицинской организации — заместитель главного врача (заведующий отделением).

В соответствии с приказом Минздрава России «Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» (от 16 апреля 2012 г. №366н) определены задачи детской поликлиники:

- оказание профилактической, консультативно-диагностической и лечебной помощи прикрепленным детям;
- патронаж беременных участковым врачом педиатром;
- первичный патронаж новорожденных и детей до 1 года жизни;
- сохранение и пропаганда грудного вскармливания новорожденных;
- аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни, не прошедших обследование на нарушение слуха в родовспомогательном учреждении;
- передача информации о новорожденных и детях первого года жизни с нарушениями слуха, выявленными при аудиологическом скрининге, в центр

(кабинет) реабилитации слуха, направление детей с нарушениями слуха в центр (кабинет) реабилитации для диагностики;

- профилактические осмотры детей, в том числе в образовательных учреждениях;

- организация рационального питания детей до 3 лет и детей, воспитывающихся и обучающихся в образовательных учреждениях;

- санитарно-гигиеническое воспитание и обучение детей и их родителей (законных представителей);

- санитарно-просветительная работа с детьми и родителями (законными представителями) о своевременном выявлении и лечении детских болезней и формировании здорового образа жизни;

- медицинские осмотры учащихся образовательных учреждений перед началом и во время производственной практики в организациях, работники которых подлежат предварительным и периодическим медицинским осмотрам;

- наблюдение за детьми, занимающимися физической культурой и спортом;

- иммунопрофилактика инфекционных болезней;

- проведение профилактических мероприятий для снижения заболеваемости, инвалидности и смертности детей, выявление ранних и скрытых форм заболеваний, социально значимых заболеваний, в том числе гепатитов В и С, ВИЧ-инфекции, выявление факторов риска заболеваний;

- организация и проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний;

- выявление групп риска заболевания туберкулезом с помощью туберкулино-диагностики и туберкулезного рекомбинантного аллергена;

- консультация детей врачами-специалистами и направление на консультации к специалистам в другие медицинские организации (при отсутствии их в поликлинике);

- направление детей при наличии медицинских показаний на стационарное обследование и лечение;

- оказание первой (доврачебной, врачебной) и неотложной медицинской помощи больным при острых и обострении хронических заболеваний, травмах, отравлениях и других неотложных состояниях;

- обеспечение работы стационара на дому, дневного стационара;

- диагностическая и лечебная работа на дому;

- диспансерное наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, детьми-инвалидами, детьми с патологией, выявляемой при неонатальном скрининге, их своевременное оздоровление;

- охрана репродуктивного здоровья детей;

- организация индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов;

- определение медицинских показаний и направление детей на санаторно-курортное лечение, в том числе детей, имеющих право на получение набора социальных услуг (НСУ);
- экспертиза временной нетрудоспособности родителей (законных представителей) заболевших детей и работающих детей;
- направление детей при наличии медицинских показаний на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности;
- оказание медико-социальной, психолого-педагогической и правовой помощи детям и семьям, в том числе детям-инвалидам, детям с заболеваниями, выявленными при неонатальном скрининге, защита прав детей, профилактика социального сиротства, беспризорности;
- врачебное профессиональное консультирование и медицинская профориентация;
- медицинское обеспечение подготовки юношей к военной службе;
- медико-социальная подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения;
- медицинское обеспечение детей в учреждениях отдыха и оздоровления;
- внедрение новых профилактических, диагностических и лечебных технологий в педиатрическую практику;
- подготовка медицинских документов при передаче медицинского наблюдения за детьми в городскую (районную) поликлинику по достижении ими совершеннолетия;
- клинико-эпидемиологический анализ уровня и структуры заболеваемости детей в районе обслуживания;
- анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности у детей на обслуживаемой территории;
- ведение учетной и отчетной документации, представление отчетов о деятельности поликлиники в установленном порядке.

Задачи детской поликлиники определяют ее структуру и кадровый состав (перечень специалистов, число их должностей).

Структура и кадровое обеспечение детской поликлиники

Структура поликлиники представлена следующими функциональными подразделениями:

- административно-хозяйственная часть;
- информационно-аналитическое отделение (регистратура, организационно-методический кабинет или кабинет медицинской статистики);
- лечебно-профилактическое отделение (педиатрическое: кабинеты участковых врачей педиатров, кабинет здорового ребенка, прививочный и

процедурный кабинеты, кабинет обеспечения работы стационара на дому);

➤ дневной стационар (помещение для приема детей, палаты для размещения детей, помещение для медицинского персонала, санитарная комната, туалет для медицинского персонала, туалет для детей и их родителей, комната для отдыха родителей);

➤ консультативно-диагностическое отделение (кабинеты врачей-специалистов, функциональной диагностики, лучевой диагностики, лаборатория);

➤ отделение неотложной медицинской помощи;

➤ отделение медико-социальной помощи;

➤ отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях;

➤ отделение восстановительной медицины;

➤ в составе отделения восстановительной медицины или как самостоятельные подразделения – кабинеты охраны зрения, аллергодиагностики, ингаляционный, физиотерапевтическое отделение (кабинет), кабинеты лечебной физкультуры, массажа;

➤ централизованное стерилизационное отделение (табл. 8).

Таблица 8

Примерная структура детской поликлиники

Отделения:	
Информационно-аналитическое: - регистратура - оргметодкабинет (кабинет статистики)	Лаборатория
Лечебно-профилактическое (педиатрическое): - кабинеты педиатров участковых - кабинет здорового ребенка - прививочный кабинет - процедурный кабинет	Дневной стационар
	Стационар на дому
Консультативно-диагностическое: - кабинеты врачей специалистов - кабинеты функциональной диагностики - кабинеты лучевой диагностики	Отделение организации медицинской помощи в образовательных учреждениях
Неотложной медицинской помощи	Врачебный здравпункт
Восстановительной медицины	Фельдшерский здравпункт
Медико-социальной помощи: кабинеты юрисконсульта, медицинского психолога, социальной работы, логопеда	Административно-хозяйственная часть

Кроме того, в поликлинике необходимо предусмотреть помещения для колясок, приема вызовов на дом, приемно-смотровой фильтр-бокс с отдельным входом.

Учитывая непрерывное медицинское наблюдение за детьми вплоть до достижения совершеннолетия и новую структуру, штаты поликлиники

формируют из высококвалифицированных специалистов, владеющих не только вопросами медицинского обеспечения детей в возрасте до 1 года, раннего, дошкольного, младшего и среднего школьного возраста, но и проблемами физиологии, патологии, профилактики, лечения и реабилитации в старшем подростковом возрасте – 15-17 лет включительно. Кроме того, необходимы знания в области социальной защиты, медико-социального обеспечения и правовой защиты детского населения и семей, их воспитывающих, в том числе детей-инвалидов. Рекомендуемые штатные нормативы врачебного персонала детской поликлиники представлены в таблице 9.

Таблица 9

Рекомендуемые штатные нормативы врачебного персонала детской поликлиники (отделения)

№ п/п	Должность	Число штатных единиц на 10 тыс. прикрепленных детей
1.	Руководитель	1 (на учреждение)
2.	Заведующий отделением	1 (на подразделение)
3.	Врач педиатр участковый	12,5
4.	Врачхирург детский	1
5.	Врач травматолог-ортопед	1,5
6.	Врач уролог-андролог детский	1
7.	Врач акушер-гинеколог	1,25
8.	Врачоториноларинголог	1,25
9.	Врачофтальмолог	1
10.	Врачофтальмолог кабинета охраны зрения	0,5
11.	Врачневролог	1,5
12.	Врачкардиолог детский	0,5
13.	Врачэндокринолог детский	0,5
14.	Врачонколог детский	0,1
15.	Врач аллерголог-иммунолог	0,5
16.	Врачнефролог	0,2
17.	Врачгастроэнтеролог	0,3
18.	Врачревматолог	0,1
19.	Врачинфекционист	0,5
20.	Врачрентгенолог	2
21.	Врач функциональной диагностики	2
22.	Врачпедиатр кабинета здорового ребенка	2
23.	Врач клинической лабораторной диагностики	2
24.	Врач педиатр отделения неотложной медицинской помощи	2
25.	Врач отделения восстановительной медицины	2
26.	Врачфизиотерапевт	2
27.	Врач лечебной физкультуры	2
28.	Врачпедиатр отделения медико-социальной помощи	2
29.	Врачпедиатр дневного стационара	2 на 15 коек (для обеспечения работы в 2 смены)
30.	Врачпедиатр отделения организации	1 на 180-200 детей детских яслей

	медицинской помощи детям в образовательных учреждениях	(ясельных групп детских яслей-садов); 400 детей детских садов (соответствующих групп в детских яслях-садах); 1000 детей образовательных учреждений
31.	Врач по гигиене детей и подростков	1 на 2500 детей образовательных учреждений

Определены также штаты немедицинского персонала: юрисконсульт, социальный работник, медицинский психолог, логопед.

Порядок деятельности отдельных структурных подразделений детской поликлиники

Регистратура — «зеркало» поликлиники, по уровню организации работы которой судят о деятельности всей поликлиники. Регистратура включает помещения хранения медицинских карт амбулаторных больных, для записи на прием, вызова врача на дом, оформления больничных листов, медицинского архива. В отличие от взрослой поликлиники в картотеке регистратуры детской поликлиники истории развития ребенка хранятся не только по адресам, но и по годам рождения. Истории развития детей первого года жизни хранятся в кабинете участкового педиатра для оперативного использования их в целях обеспечения систематического наблюдения за ребенком и своевременного проведения профилактических мероприятий. При достижении ребенком возраста 15 лет (или после окончания школы) в истории развития ребенка оформляется выписной эпикриз и оформляется медицинская карта амбулаторного больного.

Особое место в работе детской поликлиники занимает организация **фильтра**, через который должны проходить все дети, пришедшие на прием к врачу или медицинской сестре. Это необходимо для предотвращения распространения инфекционных заболеваний среди детей в детской поликлинике в том случае, если родители привели больного ребенка в детскую поликлинику, а не вызвали врача на дом. На фильтре, как правило, работает опытная медицинская сестра, которая при опросе матери о состоянии здоровья ребенка, осматривает кожу и зев ребенка и в случае необходимости измеряет температуру тела. При подозрении на наличие у ребенка признаков заболевания медицинская сестра помещает ребенка в один из боксов, которые находятся при фильтре, и вызывает врача, дежурного по детской поликлинике.

В детскую поликлинику должны обращаться здоровые дети и дети, имеющие хронические заболевания и не представляющие опасности для окружающих.

Лечебно-профилактическое отделение.

Лечебно-профилактическое (ранее педиатрическое) отделение объединяет участковых врачей педиатров (работают по территориальному принципу и

оказывают амбулаторную медицинскую помощь детям в возрасте 0-17 лет включительно на прикрепленном участке), кабинет здорового ребенка, прививочный и процедурный кабинеты. Отделение обеспечивает работу стационара на дому.

Основные задачи лечебно-профилактического отделения включают амбулаторный прием и оказание помощи на дому всем детям по поводу острых и хронических заболеваний. Отделение осуществляет диспансерное наблюдение и контролирует выполнение врачамиспециалистами программ медицинского наблюдения, лечения, коррекции, оздоровления, реабилитации детей с хроническими заболеваниями, детей-инвалидов и отнесенных к группам высокого риска формирования хронической патологии. Кроме того, для обеспечения эффективной охраны здоровья детей всех возрастов отделение взаимодействует с различными медицинскими учреждениями здравоохранения и других ведомств (системы образования и социальной защиты).

Функции участкового врачапедиатра и его кабинета:

- динамическое наблюдение за физическим и нервно-психическим развитием прикрепленных детей;
- первичный патронаж новорожденных и детей раннего возраста, беременных;
- профилактические осмотры детей в декретированные сроки, в том числе на 1-м году жизни (приказ Минздравсоцразвития России «О стандарте диспансерного (профилактического) наблюдения ребенка в течение первого года жизни» от 28 апреля 2006 г. № 307, рис.2).



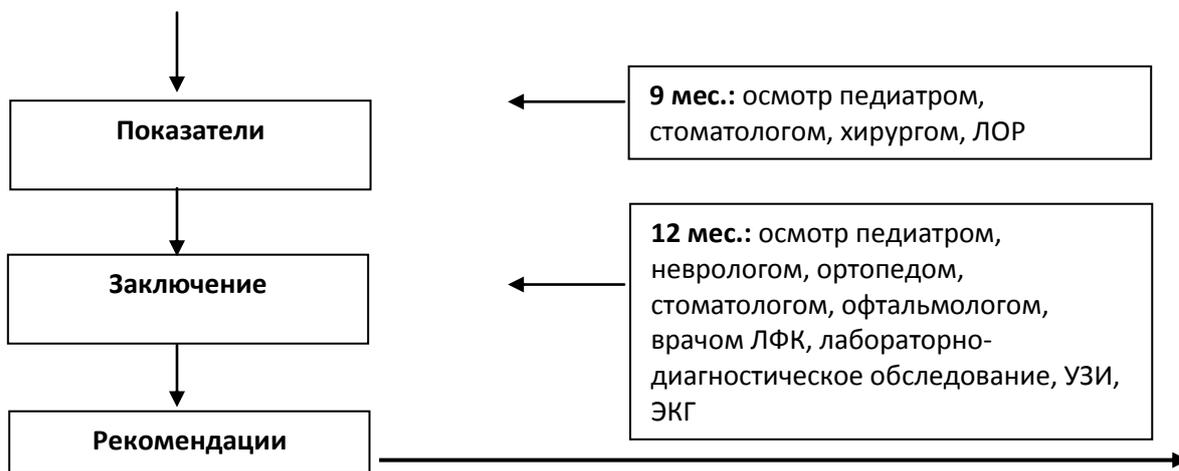


Рис. 2. Схема контроля за состоянием здоровья и развитием детей на первом году жизни.

- проведение иммунопрофилактики;
- работа по охране репродуктивного здоровья детей;
- направление детей на консультации к врачам-специалистам и специалистам немедицинского профиля;
- профилактическая, диагностическая и лечебная работа в амбулаторных условиях, в том числе на дому;
- направление детей при наличии медицинских показаний на стационарное лечение;
- динамическое наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, состоящими на диспансерном учете, их лечение и оздоровление;
- профилактические осмотры и оздоровление детей перед поступлением их в образовательные учреждения;
- передача информации о детях и семьях социального риска в отделение медико-социальной помощи детской поликлиники, органы опеки и попечительства;
- выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов
- организация и обеспечение работы стационара на дому;
- отбор детей и оформление медицинских документов на санаторно-курортное лечение;
- проведение профилактики и раннее выявление у детей гепатита В и С, ВИЧ-инфекции;
- профилактика и снижение заболеваемости, инвалидности и смертности детей, в том числе 1-го года жизни;
- оформление медицинских документов детей, страдающих детскими болезнями, для медико-социальной экспертизы;
- проведение работы в семье по воспитанию здорового ребенка, защите прав детей, профилактике социального сиротства, беспризорности;

- врачебное профессиональное консультирование и профессиональная ориентация детей;
- медицинское обеспечение юношей в период подготовки к военной службе;
- санитарно-просветительская работа с детьми и родителями (законными представителями) по профилактике детских болезней и формированию здорового образа жизни;
- санитарно-гигиеническое воспитание и обучение детей и их родителей (законных представителей);
- выявление детей групп риска туберкулеза туберкулинодиагностикой и туберкулезным рекомбинантным аллергеном;
- подготовка медицинских документов при передаче медицинского наблюдения за детьми в городскую (районную) поликлинику по достижении ими совершеннолетия;
- участие в анализе основных медико-статистических показателей заболеваемости инвалидности и смертности у детей на обслуживаемой территории;
- ведение учетной и отчетной документации, представление отчетов о работе кабинета в установленном порядке;
- проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах инфекционных заболеваний.

Кабинет для обеспечения своей работы использует возможности всех лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в основе которой он функционирует.

При решении всего объема задач непрерывного медицинского наблюдения за ростом и развитием ребенка участковый педиатр – единственный ответственный врач, обеспечивающий и отвечающий за оказание квалифицированной медицинской помощи детям всех возрастов на прикрепленном участке.

Необходимый для комплексного подхода к охране здоровья ребенка и подростка объем информации педиатр получает при наблюдении за ребенком в семье, на основании медицинских, социальных, медико-психологических и психолого-педагогических данных о ребенке, поступивших из различных подразделений педиатрической поликлиники, от врачей других медицинских и немедицинских учреждений, педагогов, психологов, работников службы социальной защиты и занятости, военных комиссариатов, правоохранительных органов и др. Такой значительный объем информации о ребенке необходим педиатру для адекватного решения экспертных вопросов, реализации комплексного подхода к первичной и вторичной профилактике на индивидуальном и семейном уровнях.

Традиционно в составе педиатрического отделения существует **кабинет здорового ребенка**, в котором работает средний медицинский персонал, подготовленный к профилактической работе с детьми. В системе мероприятий, обеспечивающих непрерывное медицинское наблюдение за детьми до достижения совершеннолетия, кабинет здорового ребенка — одна из организационных структур, решающая отдельные вопросы в комплексе профилактических мероприятий детской поликлиники. Основные задачи кабинета — обучение родителей основным правилам воспитания здорового ребенка, пропаганда гигиенических знаний, в том числе здорового образа жизни, среди детей, подготовка детей к поступлению в образовательные учреждения. Работа кабинета не ограничивается профилактической работой с беременными, детьми раннего и дошкольного возраста — она распространяется на детей школьного, в том числе подросткового, возраста и их семьи. При профилактических медицинских осмотрах непосредственно в поликлинике работающих, неработающих и нигде не обучающихся детей в кабинете здорового ребенка целесообразно проводить ежегодное скрининговое обследование и доврачебный этап профилактического осмотра.

Отделение восстановительной медицины. Отделение восстановительной медицины – структурное подразделение детской поликлиники. Оно оказывает квалифицированную медицинскую помощь детям для восстановления частично или полностью утраченных функций организма, в том числе детям-инвалидам, проводит восстановительное лечение детям после обострения хронических заболеваний, оздоровление часто болеющих детей, детей с функциональными и пограничными состояниями и в период реконвалесценции после острых заболеваний. Кроме того, отделение оказывает методическую помощь врачам поликлиники в организации восстановительного лечения детей на дому и в образовательных учреждениях (рис. 3).

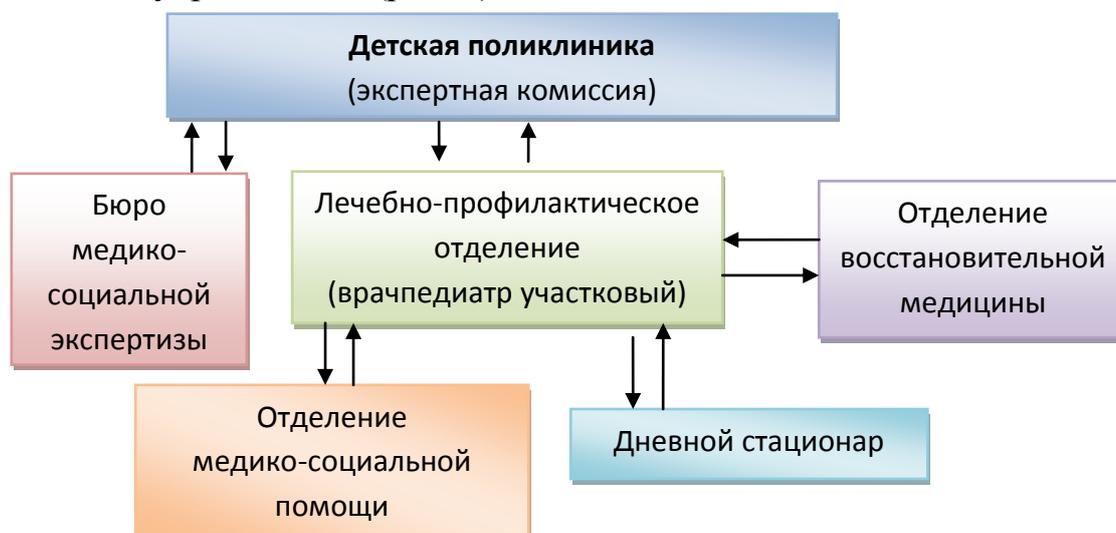


Рис. 3. Структура медицинской помощи детям-инвалидам в детской поликлинике.

Восстановительное лечение основано на разрабатываемых врачами отделения совместно с участковыми педиатрами и врачами-специалистами программами лечения и медицинской реабилитации детей с нарушениями здоровья. Обязательный компонент работы врачей отделения – оценка эффективности применяемых индивидуальных программ и разработка рекомендаций педиатрам (участковым и работающим в образовательных учреждениях), врачам специалистам, родителям для оздоровления и лечения детей, коррекции нарушений здоровья.

Дневной стационар. В поликлинике организуют дневной стационар, который позволяет повысить интенсивность и эффективность ее работы, увеличить объем и качество медицинской помощи детям. Дневной стационар может быть самостоятельным структурным подразделением или находиться в составе отделения восстановительной медицины.

Дневной стационар предназначен для проведения диагностических (в том числе здоровым детям старшего подросткового возраста, на догоспитальном этапе или при решении экспертных вопросов), диагностических и лечебных мероприятий детям групп риска, в том числе длительно и часто болеющим, и детям, нуждающимся в восстановительном лечении и реабилитации, без круглосуточного пребывания в стационаре.

Задачи дневного стационара:

- обследование здоровых детей (при необходимости его быстрого проведения), детей групп риска и больных (плановое);
- проведение восстановительного лечения;
- проведение противорецидивного лечения детям с хроническими заболеваниями, в том числе детям-инвалидам;
- долечивание детей после выписки из стационара круглосуточного пребывания или стационара на дому.

Больных в дневном стационаре обеспечивают лекарственными средствами в рамках территориальной программы государственных гарантий на условиях ОМС в соответствии с действующим законодательством РФ. Лекарственные средства отпускают из фонда поликлиники (отделения) согласно листу назначения; при наличии льгот на лекарственное обеспечение — выписывают бесплатный рецепт.

В дневном стационаре врач-педиатр оформляет историю болезни (форму №003/у), при выписке из него — выписку и карту выбывшего из стационара (форма №066/у). Поступление и выбытие детей фиксируют в дневном стационаре в журнале приема больных (форма №001/у).

Консультативно-диагностическое отделение – структурное подразделение детской поликлиники, тесно взаимодействующее с другими

подразделениями, специализированными медицинскими учреждениями, диспансерами.

Отделение проводит профилактическую, оздоровительную, диагностическую, лечебную и реабилитационную работу. Врачи специалисты осуществляют консультативный прием, диспансерное наблюдение за детьми с нарушениями соматического и репродуктивного здоровья, участвуют в диспансерном наблюдении за детьми в лечебно-профилактическом отделении, плановых периодических и предварительных медицинских осмотрах, в том числе медицинских осмотрах врачебными бригадами в образовательных учреждениях.

Врачи отделения по своей специальности разрабатывают и реализуют программы медицинского наблюдения за детьми с нарушениями здоровья и развития, медицинской реабилитации детей с хроническими заболеваниями и детей-инвалидов. Кроме того, врачи отделения в пределах своей компетенции участвуют в экспертизе состояния здоровья детей.

В консультативно-диагностическом отделении осуществляют функционально-диагностические исследования – электрокардиографию, исследование функций внешнего дыхания, электроэнцефалографию, ультразвуковые методы диагностики, рентгенологическое обследование. Более широкое внедрение в практику работы детских поликлиник современных методов диагностики определяется необходимостью повышения доступности для детей рутинных методов диагностики, организации эффективной системы мониторинга здоровья детей, целесообразностью переноса части объема медицинских услуг на амбулаторно-поликлинический уровень.

Основные задачи службы инструментальной диагностики в детской поликлинике – раннее выявление нарушений здоровья у детей разного возраста и контроль за морфологическим и функциональным состоянием различных органов и систем в процессе динамического наблюдения и лечения. Технологические аспекты, регламентация и штаты служб функциональной и лучевой диагностики определяются соответствующими нормативными документами Минздрава России.

Отделение неотложной медицинской помощи может быть организовано для обслуживания одной или нескольких территориальных поликлиник. Зона деятельности отделения определяется органом управления здравоохранением по подчиненности с учетом численности и плотности детского населения. Отделение оказывает медицинскую помощь как на дому, так и амбулаторно детям до 18 лет (по обращаемости), обслуживает активные вызовы, передаваемые врачами детской поликлиники и станций скорой медицинской помощи, и участвуют в обслуживании стационаров на дому. Врачебный

персонал отделения комплектуют из врачей педиатров, в том числе участковых, имеющих стаж работы не менее 3 лет и специальную подготовку в оказании медицинской помощи при неотложных состояниях. Для бесперебойной работы отделения неотложной медицинской помощи детям на дому число легковых санитарных машин устанавливают из расчета не менее 1 автомашины с круглосуточным режимом работы на 20 тыс. детей.

Задачи отделения неотложной медицинской помощи детям на дому:

- оказание необходимой медицинской помощи детям на дому по обращаемости;
- выдача листков нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в соответствии с приказом МЗ РФ;
- бесплатное обеспечение ребенка лекарственными средствами на первые часы лечения и рецептами на необходимые лекарственные средства, бесплатные или платные, в соответствии с действующими приказами МЗ РФ;
- выполнение на дому активных вызовов к больным детям, находящимся на лечении по типу «стационар на дому», и вызовов в вечерние и ночные часы, передаваемых заведующими педиатрическими отделениями детских поликлиник, станцией скорой медицинской помощи, больницами, родильными домами;
- вызов педиатрической или специализированной бригады скорой медицинской помощи при ухудшении состояния ребенка и необходимости проведения интенсивного лечения и реанимационных мероприятий с последующей госпитализацией;
- организация госпитализации детей (санитарным транспортом или бригадой скорой медицинской помощи), по жизненным показаниям и при отсутствии возможности вызова скорой медицинской помощи — непосредственная госпитализация;
- своевременное оповещение Центра госсанэпиднадзора о выявлении инфекционного заболевания;
- ведение учетно-отчетной документации.

Отделение организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях организует и осуществляет медицинскую помощь детям непосредственно в образовательных учреждениях дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, специального образования, начального и среднего профессионального образования. Аналогичные отделения ранее занимались медицинским обеспечением детей только в учреждениях дошкольного и общего среднего образования — «дошкольно-школьные» отделения. Таким образом, спектр задач, стоящих перед отделением, значительно расширен и изменен.

В отделении работают врачи педиатры, средний медицинский персонал в

тесном взаимодействии с подразделениями поликлиники, другими амбулаторно-поликлиническими учреждениями, оказывающими медицинскую помощь детям, центрами Роспотребнадзора, учреждениями образования, социальной защиты.

Задачи отделения вытекают из выявленных в последние годы особенностей состояния здоровья детей, обучающихся в образовательных учреждениях, и влияющих на него факторов, необходимости и целесообразности организации непрерывного наблюдения за ростом и развитием детей.

Задачи отделения организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях:

- методическое обеспечение образовательного процесса, создания здоровой среды образовательного учреждения; контроль соблюдения санитарно-гигиенических норм содержания здания и территории, процесса образования и воспитания;

- обеспечение вакцинопрофилактики инфекционных болезней среди учащихся до 17 лет включительно;

- организация и контроль качества питания, физического воспитания, трудового обучения учащихся и воспитанников; проведение ежегодных скрининговых исследований с анализом результатов, организация и участие в периодических профилактических медицинских осмотрах учащихся и воспитанников в соответствии с действующими приказами МЗ РФ;

- анализ медицинской и социальной информации об учащихся (воспитанниках); формирование групп детей повышенного медико-социального, медико-психологического и биологического риска нарушений здоровья и развития;

- анализ состояния здоровья учащихся и воспитанников, прикрепленных образовательных учреждений, определение приоритетов при разработке профилактических, коррекционных программ, реализуемых в образовательных учреждениях; содействие внедрению конкретных медико-психологических и медико-социальных технологий сохранения и укрепления здоровья детей, позволяющих улучшить адаптацию ребенка к меняющимся условиям обучения и воспитания;

- организация коррекции нарушений здоровья, снижающих возможность социальной адаптации и интеграции детей, в том числе подростков, ограничивающих возможности обучения, выбора профессии, подготовки к военной службе;

- организация медицинской профориентации и врачебного профессионального консультирования детей, обеспечение при решении этих вопросов взаимодействия с психолого-педагогической службой образовательного учреждения, педиатрическим отделением поликлиники, учреждениями профессионального образования, учреждениями труда и социальной защиты;

- методическая работа по формированию у детей устойчивых стереотипов здорового образа жизни, координация этой работы с педагогами и психологами образовательных учреждений;

- методическое и кадровое обеспечение летней оздоровительной работы, оценка ее эффективности;

- кадровое обеспечение работы медицинских кабинетов образовательных учреждений, оценка их эффективности и качества работы.

Задачи отделения в полном объеме реализуются медицинскими кабинетами образовательных учреждений, т.е. врачами педиатрами и средним медицинским персоналом, непосредственно в них работающими.

Один из основных аспектов работы медицинских кабинетов — текущий контроль состояния здоровья детей, обучающихся в образовательных учреждениях. Система контроля основана на ежегодных скрининговых обследованиях детей и плановых профилактических медицинских осмотрах. Скрининговое обследование проводят средние медицинские работники.

В базовую скрининг-программу включены инструментальные, тестовые, лабораторные исследования, объективный осмотр и обследование (АД, ЧСС, состояние опорно-двигательного аппарата, антропометрические данные, показатели физической подготовленности и др.), необходимые для отнесения ребенка в группу риска нарушений здоровья. Его результаты оценивают врачи-педиатры, работающие в образовательном учреждении. Скрининговое обследование направлено на раннее выявление нарушений соматического, психического, репродуктивного здоровья, физического развития. Базовую или расширенную скрининг-программу реализуют в соответствии с приказом МЗ РФ «Об утверждении «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений», форма №026/у (от 3 июля 2000 г. № 241).

По результатам скрининга формируют группы детей повышенного риска (медицинского, биологического, социального, психологического), разрабатывают программы наблюдения за здоровьем детей, их оздоровления. При вновь выявленных явных нарушениях здоровья и развития ребенка осматривает врач и определяет необходимый объем дополнительного врачебного, лабораторного и инструментального обследования, который зависит от возраста, предполагаемого диагноза и определен приказом МЗ РФ «Об утверждении временных отраслевых стандартов медицинской помощи детям» (от 7 мая 1998 г. № 151).

Кроме того, медицинские работники осуществляют непосредственный текущий контроль условий обучения и воспитания детей в образовательном учреждении. Эти задачи решают во взаимодействии с Центрами Роспотребнадзора.

Отделение медико-социальной помощи впервые введено в структуру

педиатрического амбулаторно-поликлинического учреждения. Организация отделения необходима и актуальна в связи с тем, что здоровье детей, включая подростков, в значительной степени зависит от социальных и психологических факторов (в том числе «микrokлимата» в семье), образа жизни и стереотипов поведения. При этом за последние годы среди детей отмечен значительный рост частоты социальной и психологической дезадаптации, увеличение числа детей с крайними формами ее проявления (уход в бродяжничество, детская и подростковая проституция, наркомания, токсикомания, алкоголизм). Это не может не сказываться на состоянии здоровья детского населения.

Работу отделения строят на основе связи и преемственности с подразделениями детской поликлиники, другими ЛПУ, межведомственного взаимодействия с учреждениями образования, социальной защиты населения, службой опеки и попечительства, службой занятости; с правоохранительными органами, а также местной администрацией, общественными организациями.

В штат отделения, наряду с врачами-педиатрами и средними медицинскими работниками, целесообразно ввести клинического психолога (психолога с медицинской подготовкой), социального работника, юрисконсульта.

Цель отделения медико-социальной помощи — профилактика социально и психологически детерминированных нарушений здоровья и развития, повышение уровня социальной адаптации и интеграции детей и подростков.

Основные задачи отделения медико-социальной помощи:

➤ медико-социальный патронаж семей, выявление детей, имеющих факторы индивидуального и семейного медико-социального риска нарушений здоровья и нуждающихся в медико-психологической и социальной помощи, правовой поддержке;

➤ медико-психологическая помощь детям с пограничными состояниями и психосоматической патологией;

➤ индивидуальная социально-правовая помощь несовершеннолетним, в том числе защита детей от жестокого обращения и насилия в семье, помощь семьям в защите прав и законных интересов в системе здравоохранения, образования, труда и социальной защиты; содействие социальной адаптации детей, особенно при устройстве в специализированные образовательные учреждения, трудоустройстве;

➤ медико-психологическая помощь, социальная и правовая поддержка детей-инвалидов и их семей, проведение мероприятий для максимальной социальной адаптации и интеграции детей-инвалидов, снижение социальной недостаточности;

➤ методическая помощь врачам детской поликлиники, родителям, педагогам, психологам образовательных учреждений в организации медико-

социальной профилактики нарушений здоровья у детей всех возрастных групп, предотвращения инвалидности.

Кроме того, отделение медико-социальной помощи совместно с отделением организации медицинской помощи детям в образовательных учреждениях и работниками образовательных учреждений участвуют в решении ряда комплексных проблем:

- гигиеническое воспитание и формирование (на групповом и индивидуальном уровне) устойчивых стереотипов поведения, безопасного для здоровья и жизни, в том числе предупреждение раннего начала половой жизни, профилактика заболеваний, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, подростковой проституции, сексуального насилия и эксплуатации;

- выявление, медико-социально-психологическая коррекция и профилактика девиантных и асоциальных форм поведения детей (алкоголизм, наркомания, токсикомания, курение, уход в бродяжничество, вовлечение в преступную деятельность);

- реализация медико-психологических образовательных программ подготовки детей подросткового возраста к созданию семьи, рождению детей;

- реализация оздоровительных программ в период отдыха, организация отдыха детей из малообеспеченных, неполных семей, детей безработных родителей, детей, состоящих на учете в комиссиях по делам несовершеннолетних.

Полноценная работа отделения возможна только при достаточно полном объеме медицинской и социальной информации о детях на обслуживаемой территории.

Поступление информации обеспечивается врачом и медицинской сестрой участковой службы, социальным работником отделения (при проведении патронажа семей), другими работниками отделения, ведущими амбулаторный прием (педиатр, психолог, юрист, социальный работник), медицинским персоналом отделений организации медицинской помощи в образовательных учреждениях, медицинским персоналом других амбулаторно-поликлинических учреждений (консультации, диспансеры, центры планирования семьи и др.), учреждениями внутренних дел, других силовых ведомств, структурами труда, занятости, социальной защиты.

ОСНОВНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ДОКУМЕНТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

В таблице 10 приведены основные оперативные, оперативно-учетные и учетные медицинские документы, которые заполняются в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Таблица 10

Основные учетные формы, используемые в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях

№ п/п	Наименование учетной формы	Номер учетной формы
1.	История развития ребенка	112/у
2.	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у-04
3.	Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного	025-1/у
4.	Статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза	025-2/у
5.	Талон амбулаторного пациента	025-12/у
6.	Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений	026/у
7.	Выписка из медицинской карты амбулаторного больного	027/у
8.	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у-04
9.	Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего	030-ПО/у-12
10.	Листок нетрудоспособности	
11.	Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у
12.	Дневник работы врача поликлиники	039/у
13.	Ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому	039/у-02
14.	Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию	057/у-04
15.	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/у
16.	Карта профилактических прививок	063/у
17.	Журнал учета профилактических прививок	064/у
18.	Санаторно-курортная карта для детей	076/у-04
19.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, урогенитального герпеса, аногенитальных (венерических) бородавок; микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки, трахомы	089/у-00
20.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	090/у
21.	Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	095/у
22.	Медицинское свидетельство о смерти	106/у-08

История развития ребенка является основным первичным медицинским документом, который оформляется в детской поликлинике. Документ заполняется на каждого ребенка при взятии его на учет в детской поликлинике, и

предназначен для ведения записей наблюдения за развитием и состоянием здоровья ребенка от рождения до 14 лет включительно.

История развития содержит паспортную часть, в т.ч. сведения о составе семьи, наличии хронических заболеваний, которые начинают заполняться в регистратуре детской поликлиники на основании 3-его талона обменной карты, который оформляется неонатологом родильного дома. В данный документ вносят записи педиатр, врачи специалисты, участковая медицинская сестра для регистрации текущих наблюдений за ребенком.

История развития ребенка имеет медицинское и юридическое значение. В ней не разрешается производить подчистки, зачеркивания, изменения и дополнения в записях текущих наблюдений. Документ имеет медицинское и юридическое значение(см. Приложение 3).

Медицинская карта амбулаторного больного (карта) является основным первичным медицинским документом, который заполняется на подростков, прикрепленных к поликлинике. Оформление, хранение и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза заполняется участковым педиатром при обращении больного ребенка или подростка, и установлении диагноза. Оформление, хранение и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Талон амбулаторного пациента заполняется во всех детских амбулаторно-поликлинических учреждениях (подразделениях) при каждом обращении больного ребенка или подростка. Оформление, хранение и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях (см. Приложение2).

Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений заполняется на каждого ребенка в организованных коллективах дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования, специального образования, начального и среднего профессионального образования. В картах отражаются результаты ежегодных профилактических осмотров детей и подростков, оценивается состояние их здоровья, формируются группы детей повышенного риска и обеспечивается их динамическое наблюдение и реабилитация(см. Приложение4).

Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного заполняется в амбулаторно-поликлинических учреждениях участковым педиатром при направлении больного ребенка (подростка) на стационарное лечение, или при направлении в другое медицинское учреждение. Оформление и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, острым профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку оформляется в случае инфекционного заболевания (подозрения), необычной реакции на прививку, укуса, царапин, попадания слюны животных, другого состояния (бактерионосительства), кроме гриппа и острых инфекций верхних дыхательных путей множественных или неуточненных локализаций, которое в течение 12 часов отсылается в территориальный Центр госсанэпиднадзора (ЦГСЭН) по месту проживания заболевшего. Оформление и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Контрольная карта диспансерного наблюдения заполняется участковым педиатром или врачом-специалистом для всех больных детей и подростков, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний. Оформление, хранение и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего. Медицинская организация на основании результатов профилактического осмотра, внесенных в историю развития ребенка, оформляет учетную форму № 030-ПО/у-12 «Карта профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» на каждого несовершеннолетнего, прошедшего профилактический осмотр в возрасте 1 года, 2 лет, 3 лет и в последующие возрастные периоды до 17 лет включительно. Данная карта оформляется в том числе в электронном виде, на основании чего осуществляется ведение системы электронного мониторинга профилактических осмотров.

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидноза, урогенитального герпеса, аногенитальных (венерических) бородавок, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки, трахомы заполняется врачом педиатром на каждого ребенка или подростка при впервые выявленного у них перечисленных выше заболеваний. Оформление и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования оформляется на каждого больного ребенка или подростка, которому диагноз злокачественного новообразования был установлен впервые в жизни. Оформление и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Карта профилактических прививок ведется во всех детских лечебно-профилактических учреждениях, дошкольных учреждениях и школах, в которых осуществляются профилактические прививки детям. Документ заполняется на каждого новорожденного и на каждого вновь поступающего под наблюдение детской поликлиники или ФАП. Карты хранятся в специальной картотеке

амбулаторно-поликлинического учреждения. Прививочные карты в картотеке раскладываются по месяцам следующей прививки, что обеспечивает ежемесячный учет детей, подлежащих активной иммунизации. Документ имеет медицинское и статистическое значение.

Листок нетрудоспособности выдается и продлевается участковым врачом педиатром детской поликлиники лицу, осуществляющему уход за больным ребенком после осмотра пациента и записи данных о состоянии его здоровья в медицинской карте амбулаторного больного и признании необходимости ухода за ним. Кроме того, листок нетрудоспособности выдается работающим подросткам в случае их заболевания и признания их нетрудоспособными. Выдача листка нетрудоспособности обосновывает необходимость временного освобождения от работы. Документ имеет медицинское, финансовое, юридическое и статистическое значение.

Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение выдается участковым врачом педиатром детской поликлиники в случае утраты трудоспособности учащимся образовательных учреждений начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования, и учреждений послевузовского профессионального образования для временного освобождения от учебы. Документ имеет медицинское, юридическое и статистическое значение.

Направление на госпитализацию, восстановительное лечение, обследование, консультацию заполняется участковым педиатром (или другими специалистами) при необходимости дополнительного обследования пациента или стационарного лечения. В документе обязательно указывается паспортные данные пациента, а также в соответствии со штатным расписанием учреждения должность и ФИО медицинского работника, направившего на госпитализацию.

Направление подписывается заведующим отделением с указанием ФИО и заверяется печатью учреждения. Оформление и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Медицинское свидетельство о смерти выдается медицинскими организациями независимо от их организационно-правовой формы: больничными учреждениями, диспансерами, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, центрами, учреждениями охраны материнства и детства и лицами, занимающимися частной медицинской практикой. Оформление, хранение и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Дневник работы врача поликлиники заполняется врачами всех специальностей, работающими в детской поликлинике. Оформление, хранение и значение документа такое же, как во всех амбулаторно-поликлинических

учреждениях.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЕТСКИХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Анализ показателей деятельности детских амбулаторно-поликлинических учреждений осуществляется на основе годового отчета «Сведения о медицинской организации» (форма №30) и «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам»(форма №31), в которых отражены данные о деятельности детского лечебно-профилактического учреждения.

На основании имеющихся в отчетах данных могут быть получены различные показатели, характеризующие деятельность детского лечебно-профилактического учреждения, анализ которых заключается в расчете показателей, затем в сравнении их в динамике и с другими учреждениями. Заключительным этапом является интерпретация полученных данных и итоговой оценке деятельности детской поликлиники в целом. Полученный анализ позволяет разработать конкретные мероприятия по улучшению медицинской помощи населению и способствующие сохранению здоровья населения региона:

К показателям, характеризующим деятельность детской поликлиники, относят общие показатели, характеризующие деятельность любого амбулаторно-поликлинического учреждения (рассмотренные в главах «Годовой отчет амбулаторно-поликлинического учреждения» и «Основные показатели организации медицинского обслуживания населения поликлиникой»), и специальные показатели, рассчитываемые только в детских поликлиниках.

Общие показатели вычисляются на основании годового отчета формы №30 «Сведения о медицинской организации», Раздел I. Штаты учреждения на конец отчетного года и раздел II. Деятельность поликлиники, подраздел 1. Работа врачей поликлиники:

Общие показатели:

1. Показатель укомплектованность участковыми врачами педиатрами (в %):

$$\frac{\text{число занятых должностей участковыми педиатрами}}{\text{число штатных должностей участковых педиатров}} \times 100$$

2. Число посещений на 1 занятую должность участкового врача педиатра в год:

$$\frac{\text{число посещений к участковому врачу педиатру за год}}{\text{число занятых должностей участкового педиатра}}$$

3. Коэффициент совместительства участковых врачей педиатров:

$$\frac{\text{число занятых врачебных должностей участковыми педиатрами}}{\text{число физических лиц врачей участковых педиатров}}$$

Специальные показатели вычисляются на основании годового отчета формы №30 «Сведения о медицинской организации»(раздел II. Деятельность поликлиники, подраздел 4. Профилактические осмотры, проведенные данным

учреждением) и формы №31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам» (раздел 1. «Число детей и подростков-школьников, состоящих на учете» и раздел 3. «Работа с детьми, достигшими 1 года и проживающими в районе обслуживания данного учреждения», раздел 4. «Профилактические осмотры детей и подростков-школьников и их результаты»).

Специальные показатели:

4. Среднее число детей на одном педиатрическом участке, число детей:

$$\frac{\text{число детей и подростков, состоящих на учете}}{\text{число педиатрических участков}}$$

5. Показатель охвата детского населения профилактическими медицинскими осмотрами (в%):

$$\frac{\text{всего осмотрено детей на проф. осмотрах}}{\text{число детского населения, подлежащее проф. осмотрам}} \times 100$$

6. Частота грудного вскармливания (в%):

$$\frac{\text{число детей, находившихся до 3 мес. (6 мес., 9 мес., 12 мес.) на грудном вскармливании}}{\text{число детей, достигших одного года жизни в отчетном году}} \times 100$$

7. Частота расстройств питания у детей первого года жизни (в%):

$$\frac{\text{число детей, у которых в течение первого года жизни выявлено расстройство питания}}{\text{число детей, достигших одного года жизни в отчетном году}} \times 100$$

8. Частота активного рахита у детей первого года жизни (в%):

$$\frac{\text{число детей с проявлениями активного рахита в течение первого года жизни}}{\text{число детей, достигших одного года жизни в отчетном году}} \times 100$$

9. Индекс здоровья:

$$\frac{\text{число детей, ни разу не болевших в течение первого года жизни}}{\text{число детей, достигших одного года жизни в отчетном году}} \times 100$$

10. Полнота охвата детей профилактическими прививками (в%):

$$\frac{\text{число детей, охваченных профилактическими прививками}}{\text{число детей, подлежащих иммунизации}} \times 100$$

11. Заболеваемость детей (на 1000 детей):

$$\frac{\text{число впервые выявленных заболеваний у детей}}{\text{среднегодовое число детей, проживающих на территории обслуживания детской поликлиники}} \times 1000$$

Кроме того, в детской поликлинике рассчитываются показатели временной нетрудоспособности по уходу за больными детьми, показатели объема, качества и эффективности диспансерного наблюдения. Ряд других показателей, характеризующих основные параметры здоровья детей, рассчитываются по аналогии с формулами, используемыми при анализе деятельности городской

поликлиники для взрослого населения.

Оценку эффективности и качества работы участкового врача педиатра рекомендовано проводить на основании критериев, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 19 апреля 2007 г. № 283 (табл. 11).

Таблица 11

Критерии эффективности работы участкового врача педиатра

Критерий	Показатель
<i>Профилактическая работа</i>	
Охват дородовыми патронажами беременных	100%
Охват патронажем детей первого года жизни	100%
Охват детей профилактическими прививками в соответствии с Национальным календарем прививок	Не менее 95%
Охват детей профилактическими осмотрами в декретированные сроки, % общего числа подлежащих осмотрам, в том числе:	
на 1-м году жизни — 1 мес.	100%
3 мес.	100%
6 мес.	100%
9 мес.	100%
12 мес.	100%
В другие возрастные периоды	95%
Удельный вес числа детей 1-го года жизни, находящихся на грудном вскармливании, в том числе в возрасте:	
3 мес.	Не менее 80%
6 мес.	Не менее 50%
9-мес	Не менее 30%
<i>Оценка качества медицинской помощи</i>	
Охват диспансерным наблюдением (от числа с выявленными болезнями и состояниями, наличие которых подразумевает постановку на учет)	Не менее 90%
Снятие с диспансерного учета по выздоровлению (доля от числа состоящих на учете)	Не менее 10%
Улучшение состояния здоровья (доля от числа состоящих на учете)	Не менее 10%
Динамика численности детей-инвалидов (увеличение/уменьшение на...)	%
Выполнение индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов (доля от числа детей-инвалидов)	100%
Доля госпитализированных в плановом порядке от числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением	%
Доля направленных в плановом порядке на санаторно-курортное лечение от числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением	%
Доля получивших противорецидивное лечение от числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением	%
Обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение правил выписки рецептов больным, в том числе имеющим право на получение набора социальных услуг (% дефектов)	%
<i>Оценка динамики заболеваемости и смертности детей</i>	

Динамика первичной заболеваемости (% к предыдущему отчетному периоду; показатель — число впервые выявленных заболеваний, умноженное на 100 и разделенное на число прикрепленных детей)	%
Динамика общей заболеваемости (% к предыдущему отчетному периоду; показатель — число случаев общей заболеваемости, умноженное на 100 и разделенное на число прикрепленных детей)	%
Общее число умерших детей, в том числе:	0
до года	0
Число случаев смерти детей в возрасте 0-17 лет на дому, в том числе:	0
детей первого года жизни	0
Число случаев смерти детей в возрасте 0-17 лет в стационаре в первые сутки после госпитализации, в том числе:	0
детей первого года жизни	0

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Организация медицинской помощи жителям сельской местности, ее объем и качество зависят от удаленности медицинских учреждений от места жительства пациентов, укомплектованности квалифицированными кадрами, оборудованием, возможности получения специализированной медицинской помощи, реализации нормативов медико-социального обеспечения на региональном и федеральном уровнях.

Амбулаторную и стационарную **медицинскую помощь детям** в сельской местности возлагают на детские поликлиники, детские больницы и детские отделения ЦРБ.

Охрану здоровья детей в районе проводят по единому плану, утвержденному главным врачом, который несет ответственность за качество оказания медицинской помощи детям. Однако непосредственную ответственность он возлагает на своего заместителя по педиатрии и родовспоможению или (при отсутствии такового) на районного педиатра, который руководит медицинской помощью детям в сельском районе.

Должность районного врача педиатра устанавливают в штате каждой районной больницы, в состав которой входит детская консультация-поликлиника, дополнительно к врачебным должностям, предусмотренным типовым штатом детской поликлиники.

Медицинскую помощь детям на сельском врачебном участке оказывают врачи и средние медицинские работники под руководством главного врача участковой больницы. При наличии на сельском врачебном участке педиатра на него возлагается ответственность за организацию медицинской помощи детям (как правило, главным врачом). При отсутствии педиатра главный врач сельской участковой больницы вправе возложить ответственность за медицинскую помощь детям на одного из врачей общего профиля, выделив ему для работы с детьми определенное время.

Основные обязанности врача, ответственного за медицинское обслуживание детей на сельском врачебном участке:

- постоянное профилактическое наблюдение за детьми в приписанных к участковой больнице селах;
- периодический врачебный осмотр всех детей на участке, особенно 1-го года жизни;
- активное выявление больных и ослабленных детей, взятие их на диспансерный учет для регулярного наблюдения и оздоровления;
- своевременный и полный охват детей профилактическими прививками;
- регулярное наблюдение за детьми в организованных коллективах, наблюдение за правильным нервно-психическим и физическим развитием детей,

проведение необходимых оздоровительных мероприятий;

- активное выявление заболевших детей, своевременное оказание им квалифицированной медицинской помощи и обеспечение госпитализации в случае необходимости;
- постоянное изучение условий и образа жизни детей в семье, выявление и содействие устранению неблагоприятных факторов внешней среды;
- контроль работы ФАП регулярным (по графику) выездом на места, оказания им необходимой организационно-методической помощи;
- широкая просветительская работа среди родителей, детей, педагогов, воспитателей по вопросам охраны здоровья детей.

Врачи сельских амбулаторий выезжают по определенному графику на ФАП своего участка для консультативного приема. При этом они должны стремиться к повышению квалификации своих помощников, передавая им знания и опыт. О графике выездов оповещают население. Главная задача ФАП в работе с детьми – своевременный и качественный патронаж, обеспечение полного комплекса профилактических мероприятий. Порядок дорожного патронажа и диспансеризации детей одинаков для города и сельской местности.

Кроме того, в обязанности фельдшера входит систематическое наблюдение за работой детских образовательных учреждений, их санитарным состоянием, проведением в них физического воспитания; организация профилактических осмотров, привитие детям гигиенических навыков, проведение широкой просветительской работы среди родителей, детей, воспитателей и педагогов.

ФАП принадлежит существенная роль и в проведении профилактических прививок по Национальному календарю прививок, который составляют с учетом половозрастного состава населения.

Педиатры центральных районных больниц должны выезжать в сельские участки больницы по графику для улучшения медицинской помощи детям на селе. Опrieзде педиатра население оповещают заранее.

Материалы проверок работы сельских участковых больниц и ФАП по медицинскому обслуживанию детей обобщаются районными педиатрами и организационно-методическими кабинетами ЦРБ, периодически заслушиваются на районных конференциях и медицинских советах. По итогам обсуждения принимают соответствующие организационные меры.

Основное ЛПУ, оказывающее медицинскую помощь детям на уровне субъекта РФ, – **детская областная (краевая, окружная, республиканская) больница**, а при ее отсутствии – областная (краевая, республиканская, окружная) больница с детским отделением и консультативной поликлиникой для детей.

Ведущим звеном в оказании ПМСП сельскому населению, в том числе

детскому, должен стать врач общей (семейной) практики. Его цель – оказание ПМСП населению в объеме, частично замещающем узких специалистов поликлиники, и при условии максимального приближения к месту жительства прикрепленных граждан (см. разделы «Врач общей практики» и «Проблемы внедрения общих врачебных практик (семейных врачей)»).

ОСНОВЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ

Основа профилактической работы врача педиатра – комплексная оценка состояния здоровья ребенка. Основным методом, по результатам которого дается такая оценка, – профилактический медицинский осмотр. Дети (несовершеннолетние) подлежат обязательному профилактическому наблюдению в соответствии с порядком его проведения (Приказ Минздрава РФ от 21 декабря 2012 г. №1346н «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них»).

Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, заболеваний и факторов их развития. Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является оформление информационного добровольного согласия несовершеннолетнего или его законного представителя на медицинское вмешательство с соблюдением требований статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 года №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации». Установлены правила прохождения медицинских осмотров: профилактических, предварительных при поступлении в образовательные учреждения и периодических в период обучения в них. В правилах актуализированы, упорядочены и сведены воедино требования к проведению медосмотров детей различных возрастных групп – от 0 до 17 лет.

Медицинские осмотры детского населения проводятся в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Медицинские осмотры проводятся в медицинских организациях (поликлиниках) по месту жительства (структурных подразделениях образовательных учреждений).

Профилактические медицинские осмотры детей проводятся в установленные возрастные периоды в целях раннего (своевременного) выявления патологических состояний, заболеваний и факторов их развития, а также в целях формирования групп состояния здоровья и выработки индивидуальных рекомендаций по формированию здорового образа жизни, режиму дня, питанию, физическому развитию, иммунопрофилактике, занятиям физической культурой. При выявлении заболевания (ий) определяется необходимость диспансерного наблюдения, лечения, медицинской реабилитации.

Профилактические осмотры проводятся в медицинских организациях независимо от их организационно-правовой формы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь детскому населению и имеющих лицензию, предусматривающую выполнение работ по «медицинским осмотрам профилактическим», «педиатрии» или «общей врачебной практике (семейная медицина)», «неврологии», «офтальмологии», «травматологии и ортопедии», «детской хирургии», «психиатрии детской (подростковой)», «стоматологии детской», «детской урологии-андрологии», «детской эндокринологии», «оториноларингологии», «акушерству и гинекологии», «клинической лабораторной диагностике», «функциональной диагностике», «ультразвуковой диагностике» и «рентгенологии».

В случае отсутствия в медицинской организации врача детского уролога-андролога, врача стоматолога детского, врача детского эндокринолога, врача психиатра детского (подросткового), к проведению профилактического осмотра привлекаются врачи специалисты соответствующего профиля, если они прошли обучение по программам дополнительного профессионального образования в части особенностей заболевания у детей по их специальности. Профилактические осмотры проводятся детям в год достижения ими соответствующего возраста. Перечень врачей специалистов, лабораторных, функциональных и иных исследований при профилактических осмотрах детей в зависимости от их возраста представлены в таблицах 12, 13, 14.

Таблица 12

Перечень врачей специалистов, лабораторных, функциональных и иных исследований при профилактических осмотрах детей первых двух лет жизни

Возрастные периоды	Осмотры врачамиспециалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
Новорожденный	Педиатр	Неонатальный скрининг на врожденный гипотериоз, фенилкетонурию, адреногенитальный синдром, муковисцидоз и галактоземию Аудиологический скрининг
1 месяц	Педиатр Невролог Детский хирург Офтальмолог	Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, тазобедренных суставов Нейросонография Аудиологический скрининг
2 месяца	Педиатр	
3 месяца	Педиатр Невролог Травматолог-ортопед	Общий анализ крови Общий анализ мочи Аудиологический скрининг (если не проводился у новорожденного)
4 месяца	Педиатр	
5 месяцев	Педиатр	
6 месяцев	Педиатр	Общий анализ крови

	Невролог Детский хирург	Общий анализ мочи
7 месяцев	Педиатр	
8 месяцев	Педиатр	
9 месяцев	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи
10 месяцев	Педиатр	
11 месяцев	Педиатр	
12 месяцев	Педиатр Невролог Детский хирург Стоматолог детский Офтальмолог Оториноларинголог Психиатр детский	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование уровня глюкозы в крови Электрокардиография
1 год 3 месяца	Педиатр	
1 год 6 месяцев	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи
1 год 9 месяцев	Педиатр	
2 года	Педиатр Стоматолог детский	Общий анализ крови Общий анализ мочи
2 года 6 месяцев	Педиатр	

Таблица 13

Перечень врачей специалистов при проведении профилактических осмотров детей в зависимости от их возраста

Врачи специалисты	Возраст ребенка														
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Педиатр	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Врач стоматолог детский	+			+	+			+				+	+	+	+
Невролог	+			+	+			+				+	+	+	+
Детский хирург	+	+	+		+			+	+				+	+	+
Офтальмолог	+			+	+			+	+			+	+	+	+
Оториноларинголог	+				+			+				+	+	+	+
Врач психиатр детский (врач психиатр подростковый)	+				+			+				+	+	+	+
Акушер-гинеколог/детский уролог-андролог*	+				+					+		+	+	+	+
Травматолог-ортопед					+			+					+	+	+
Детский эндокринолог								+				+	+	+	+
Количество специалистов	8	2	2	4	9	1	1	9	3	2	1	8	10	10	10

* - медицинский осмотр врача детского уролога-андролога проходят мальчики, врача акушера-гинеколога – девочки

Таблица 14

Перечень лабораторных, функциональных и иных исследований при профилактических осмотрах детей в зависимости от их возраста

Лабораторные, функциональные и иные	Возраст ребенка														
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

исследования																
Общий анализ крови	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Общий анализ мочи	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Исследование уровня глюкозы в крови	+			+	+	+	+	+	+		+	+	+	+	+	
Электрокардиография					+			+				+	+	+	+	
Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы						+							+			
Общий анализ кала								+								
Исследования уровня гормонов в крови* (пролактин, фолликулостимулирующий гормон, лютеинизирующий гормон, эстрадиол, прогестерон, тиреотропный гормон, трийодтиронин, тироксин, соматотропный гормон, кортизол, тестостерон)													+			
Флюорография легких														+	+	+
Всего исследований	3	2	2	3	5	3	3	5	3	2	3	6	5	5	5	

* - исследования уровня гормонов в крови проводятся при наличии медицинских показаний

Профилактический осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами специалистами и выполнения необходимых лабораторных, функциональных и иных исследований. Общая продолжительность профилактического осмотра должна составлять не более 10 рабочих дней, а при назначении дополнительных консультаций и исследований – не более 45 дней. Данные о прохождении профилактического осмотра вносятся в «Карту профилактического медицинского осмотра несовершеннолетнего» (учетная форма № 30-ПО/у-12) и историю развития ребенка.

При проведении профилактических осмотров учитывается также наличие профилактических прививок (привит по возрасту в соответствии с национальным календарем профилактических прививок; не привит по медицинским показаниям: полностью, частично; не привит по другим причинам: полностью, частично; нуждается в проведении вакцинации (ревакцинации) с указанием наименования прививок).

Предварительные медицинские осмотры детей проводятся при поступлении в образовательные учреждения в целях определения соответствия учащегося требованиям к обучению. В зависимости от типа образовательного учреждения определен перечень осмотров врачами специалистами, а также лабораторные, функциональные и иные исследования (табл. 15).

Перечень врачей специалистов, лабораторных, функциональных и иных исследований при проведении предварительных медицинских осмотров детей (несовершеннолетних) при поступлении в образовательные учреждения

Перечень типов образовательных учреждений, при поступлении в которые проводятся предварительные медицинские осмотры	Осмотры врачами специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1. Дошкольные образовательные учреждения	Педиатр Невролог Детский хирург Стоматолог детский Офтальмолог Оториноларинголог Психиатр детский (подростковый) Акушер-гинеколог Детский уролог-андролог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование уровня глюкозы в крови Анализ кала на яйца глистов
2. Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	Педиатр Невролог Детский хирург Стоматолог детский Травматолог-ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Психиатр детский (подростковый) Акушер-гинеколог Детский уролог-андролог	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование уровня глюкозы в крови Анализ кала на яйца глистов Ультразвуковое исследование брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы. Электрокардиография
3. Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей).	Педиатр Детский хирург Стоматолог детский Детский эндокринолог Невролог Травматолог – ортопед Офтальмолог Оториноларинголог Акушер-гинеколог Детский уролог-андролог Психиатр детский (подростковый)	Общий анализ крови Общий анализ мочи Исследование уровня глюкозы в крови Ультразвуковое исследование брюшной полости, сердца, щитовидной железы и органов репродуктивной сферы. Флюорография легких (с возраста 15 лет) Электрокардиография

Предварительный осмотр является завершенным в случае проведения осмотров врачами специалистами и выполнения предусмотренных лабораторных, инструментальных и иных исследований, при отсутствии подозрений на наличие у обследуемого ребенка недиагностированного

заболевания (состояния) и (или) необходимого получения информации состоянии его здоровья из других медицинских организаций. Общая продолжительность предварительного осмотра должна составлять не более 10 рабочих дней. При назначении дополнительных консультаций, исследований и (или) необходимости получения информации о состоянии здоровья обследуемого несовершеннолетнего из других медицинских организаций общая продолжительность предварительного осмотра не должна превышать более 30 рабочих дней. На основании результатов предварительного осмотра врач, ответственный за проведение предварительного осмотра, определяет группу состояния здоровья обследуемого, медицинскую группу для занятий физической культурой, осуществляет оценку соответствия ребенка (несовершеннолетнего) требованиям к обучению и оформляет медицинскую карту осмотренного для образовательного учреждения. Данные о прохождении предварительного осмотра вносятся также в медицинскую документацию ребенка (историю развития ребенка).

Периодические медицинские осмотры проводятся в целях динамического наблюдения за состоянием здоровья учащихся, своевременного выявления начальных форм заболеваний, ранних признаков воздействия вредных и (или) опасных факторов учебного процесса на состояние их здоровья и выявления медицинских противопоказаний к продолжению учебы. Проведение периодических осмотров организуется образовательными учреждениями ежегодно в отношении несовершеннолетних, обучающихся по очной форме обучения.

При проведении периодических осмотров учитываются результаты осмотров врачами специалистами и исследований, внесенных в медицинскую документацию (история развития ребенка, медицинскую карту амбулаторного больного), давность которых не превышает 3 месяца с даты проведения осмотра и (или) исследования, а у детей, не достигших возраста 2 лет, учитываются результаты осмотров и исследований, давность которых не превышает 1 месяца с даты осмотра и (или) исследования.

Перечень исследований при проведении периодических медицинских осмотров определяется в зависимости от типа образовательного учреждения (табл. 16).

Таблица 16

Перечень исследований при проведении периодических осмотров детей (несовершеннолетних) в зависимости от типа образовательного учреждения

Типы образовательных учреждений, при обучении в которых проводятся периодические осмотры	Осмотры врачами специалистами	Лабораторные, функциональные и иные исследования
1. Дошкольные образовательные учреждения	Педиатр	Общий анализ крови

		Общий анализ мочи
2. Общеобразовательные (начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования) образовательные учреждения	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина
3. Образовательные учреждения начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального образования. Специальные (коррекционные) образовательные учреждения для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей).	Педиатр	Общий анализ крови Общий анализ мочи Анализ окиси углерода выдыхаемого воздуха с определением карбоксигемоглобина

Сведения о прохождении периодического осмотра вносятся в историю развития ребенка (амбулаторную карту) и медицинскую карту ребенка для образовательного учреждения.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ (НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ)

Комплексная оценка состояния здоровья несовершеннолетних осуществляется на основании следующих критериев:

- наличие или отсутствие функциональных нарушений и (или) хронических заболеваний (состояний) с учетом клинического варианта и фазы течения патологического процесса;
- уровень функционального состояния основных форм организма;
- степень сопротивляемости организма неблагоприятным внешним воздействиям;
- уровень достигнутого развития и степень его гармоничности.

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим группам:

I группа состояния здоровья – здоровые несовершеннолетние, имеющие нормальное физическое и психическое развитие, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфофункциональных нарушений;

II группа состояния здоровья – несовершеннолетние:

- у которых отсутствуют хронические заболевания (состояния), но имеются функциональные и морфофункциональные нарушения;
- реконвалесценты, особенно перенесшие инфекционные заболевания тяжелой и средней формой тяжести;
- с общей задержкой физического развития в отсутствие заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефектом массы тела и избыточной массой тела;
- часто и (или) длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями;
- с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности функций органов и систем организма.

III группа состояния здоровья – несовершеннолетние:

- страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии клинической ремиссии, с редкими обострениями, с сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма, при отсутствии осложнений основного заболевания (состояния);
- с физическими недостатками, последствиями травм или операций при условии компенсации функций органов и систем организма, степень которой не ограничивает возможность обучения или труда;

IV группа состояния здоровья – несовершеннолетние:

- страдающие хроническими заболеваниями (состояниями) в активной стадии и стадии нестойкой клинической ремиссии с частыми обострениями, с

сохраненными или компенсированными функциями органов и систем организма либо неполной компенсацией функций;

- с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии ремиссии, с нарушениями функций органов и систем организма, требующими назначения поддерживающего лечения;

- с физическими недостатками, последствиями травм или операций с неполной компенсацией функций органов и систем организма, повлекшими ограничения возможность обучения или труда;

V группа состояния здоровья – несовершеннолетние:

- страдающие тяжелыми хроническими заболеваниями (состояниями) с редкими клиническими ремиссиями, частыми обострениями, непрерывно рецидивирующим течением, выраженной декомпенсацией функций органов и систем организма, наличием осложнений и требующими назначения постоянного лечения;

- с физическими недостатками, последствиями травм и операцией с выраженным нарушением функций органов и систем организма и значительным ограничением возможности обучения или труда; дети-инвалиды.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ГРУПП ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ДЕТЬМИ (НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИМИ) ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

Определение медицинских групп для занятий несовершеннолетними физической культурой с учетом состояния его здоровья осуществляется в целях оценки уровня физического развития и функциональных возможностей несовершеннолетнего, выбора оптимальной программы физического воспитания, выработки медицинских рекомендаций по планированию занятий физической культурой.

В зависимости от состояния здоровья несовершеннолетние относятся к следующим медицинским группам для занятия физической культурой: основная, подготовительная и специальная.

К *основной медицинской группе* для занятий физической культурой (I группа) относятся несовершеннолетние:

- без нарушения состояния здоровья и физического развития;
- с функциональными нарушениями, не повлекшими отставание от сверстников в физическом развитии и физической подготовленности.

Отнесенным к основной медицинской группе несовершеннолетним разрешаются занятия в полном объеме по учебной программе физического воспитания с использованием профилактических технологий, подготовка и сдача тестов индивидуальной физической подготовленности.

К *подготовительной медицинской группе* для занятий физической культурой (II группа) относятся несовершеннолетние:

- имеющие морфофункциональные нарушения или физически слабо подготовленные;
- входящие в группы риска по возникновению заболеваний (патологических состояний);
- с хроническими заболеваниями (состояниями) в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии, длящейся не менее 3-5 лет.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия по учебным программам физического воспитания при условии более постепенного освоения комплекса двигательных навыков и умений, особенно связанных с предъявлением к организму повышенных требований, более осторожного дозирования физической нагрузки и исключения противопоказанных движений.

Тестовые испытания, сдача индивидуальных нормативов и участие в массовых физкультурных мероприятиях не разрешается без дополнительного медицинского осмотра. К участию в спортивных соревнованиях эти обучающиеся не допускаются. Рекомендуются дополнительные занятия для повышения общей физической подготовки в образовательном учреждении или в домашних условиях.

Специальная медицинская группа для занятий физической культурой делится на две подгруппы: специальную «А» и специальную «Б».

К специальной подгруппе «А» (III группа) относятся несовершеннолетние:

- с нарушениями состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния), врожденные пороки развития, деформации без прогрессирования, в стадии компенсации) или временного характера;
- с нарушениями физического развития, требующими ограничения физических нагрузок.

Отнесенным к этой группе несовершеннолетним разрешаются занятия оздоровительной физической культурой по специальным программам (профилактические и оздоровительные технологии).

При занятиях оздоровительной физической культурой должны учитываться характер и степень выраженности нарушений состояния здоровья, физического развития и уровень функциональных возможностей несовершеннолетнего, при этом резко ограничивают скоростно-силовые, акробатические упражнения и подвижные игры умеренной интенсивности, рекомендуются прогулки на открытом воздухе. Возможны занятия адаптивной физической культурой.

К специальной подгруппе «Б» (IV группа) относятся несовершеннолетние, имеющие нарушения состояния здоровья постоянного (хронические заболевания (состояния) в стадии субкомпенсации) и временного характера, без выраженных нарушений самочувствия.

Отнесенным к «этой» группе несовершеннолетним рекомендуется в обязательном порядке занятия лечебной физкультурой в медицинской организации, а также проведение регулярных самостоятельных занятий в домашних условиях по комплексам, предложенным врачом по лечебной физкультуре медицинской организации.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для вузов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 608 с.
2. Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения: учебник. В 2 т. / под ред. В.З. Кучеренко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т.1. – 688 с.
3. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник / Н.В. Полунина – М.: Издательство «Медицинское информационное агентство», 2010.– 543 с.

Дополнительная литература:

1. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению. Под редакцией В.З. Кучеренко / М.: «Медицина», 2010. –464 с.
2. Медицинская документация: учетные и отчетные формы / Р. А.Хальфин, Е. В. Огрызко, Е. П. Какорина, В. В. Мадьянова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 64 с.
3. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / под ред. В. И. Стародубова, О. П. Щепина и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 624 с. – (Серия «Национальные руководства»).
4. Общественное здоровье и здравоохранение: учебн. для студентов / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – 6-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 528 с.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

по анализу деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений по оказанию лечебно-профилактической помощи взрослому населению города N

В городе N проживает 250000 человек. Взрослое население составляет 192753 человека, из них трудоспособное – 129487 человек (женщины в возрасте 18-54 г., мужчины – 18-59 лет), старше трудоспособного возраста – 63248 человек. Первичная медико-санитарная помощь взрослому населению города оказывается в пяти поликлиниках. В городской поликлинике №5 оказываются специализированные и консультативно-диагностические виды помощи, которые отсутствуют в других поликлиниках, в том числе – городской травматологический пункт.

Задание состоит из двух блоков – А и Б. Блок А включает задачи по анализу показателей, характеризующих объем первичной медико-санитарной помощи взрослому населению города N. Блок Б включает задачи по анализу уровня и структуры заболеваемости взрослого населения с учетом кода наименования классов болезней по МКБ-10 пересмотра.

Итогом аналитической работы является обобщение полученных результатов заданий обоих блоков А и Б с разработкой рекомендаций по совершенствованию первичной медико-санитарной помощи взрослому населению города N.

Все ситуационные задачи построены на основании реальных данных деятельности городских поликлинических организаций.

Блок А

Необходимо осуществить анализ деятельности поликлиник по оказанию первичной медико-санитарной помощи взрослому населению города N. Блок А включает шесть задач. Задача 1 представляет собой демонстрационный вариант расчета показателей поликлинического обслуживания взрослого населения города N в целом. В качестве примера приводится краткое заключение по результатам проведенного анализа.

По аналогии с демонстрационным вариантом осуществляется расчет показателей деятельности каждой из городских поликлиник. Полученные результаты вносятся в сводную таблицу «Показатели поликлинического обслуживания взрослого населения города N». Показатели работы поликлиник сопоставляются с общегородскими данными, выявляются плюсы и минусы в работе каждой поликлиники. На основании расширенного анализа работы поликлиник необходимо разработать рекомендации по оптимизации первичной медико-санитарной помощи взрослому населению города N.

Задача 1 блока А (демонстрационная)

В городе N проживает 192753 человека взрослого населения, из них трудоспособного возраста 129487 человек, старше трудоспособного возраста – 63248 человек.

На основании исходных данных, представленных в таблицах 1 и 2, рассчитать показатели, характеризующие объем оказанной амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города N. Проанализировать деятельность территориально-участковой службы. Сделать краткое заключение.

Таблица 1

Общие сведения о врачебных кадрах в поликлиниках города N

Специалисты	Штатное расписание	Занято должностей	Число физических лиц на занятых должностях
Всего врачей всех специальностей	380,25	348,25	290
- в том числе врачей терапевтов участковых	101	94,5	84

Объем оказанной амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города N приведен в таблице 2.

Таблица 2

Число посещений населением города N врачей поликлиники

Всего посещений, включая профилактические		Из общего числа посещений сделано по поводу заболеваний	Число посещений на дому	
			всего	из них по поводу заболеваний
Ко всем специалистам	1328368	1079019	72866	70960
из них:				
- лицами старше трудоспособного возраста	645426	585258	64811	64530
- к терапевтам участковым	502980	471103	68931	69482

Демонстрационный вариант расчета показателей амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению (на примере общегородских данных).

1. Структура взрослого населения города N по критерию трудоспособности:

$$\text{а) трудоспособное население} = \frac{129487}{192735} \times 100 = 67,2\%$$

$$\text{б) старше трудоспособного возраста} = \frac{63248}{192735} \times 100 = 32,8\%$$

2. Показатель плановой обеспеченности врачами (на 10000 человек населения):

а) всего врачами амбулаторно-поликлинического звена:

$$\frac{\text{число врачей по штатному расписанию}}{\text{численность населения}} \times 10000 = \frac{380,25}{192735} \times 10000 = 19,7$$

б) врачами терапевтами участковыми:

$$\frac{\text{число врачей терапевтов участковых по штатному расписанию}}{\text{численность населения}} \times 10000 = \frac{101}{192735} \times 10000 = 5,2$$

3. Показатель обеспеченности населения врачами амбулаторно-поликлинического звена с учетом занятых должностей (на 10000 человек):

а) всего врачами всех специальностей:

$$\frac{\text{число занятых врачебных должностей}}{\text{численность населения}} \times 10000 = \frac{348,25}{192735} \times 10000 = 18,1$$

б) врачами терапевтами участковыми:

$$\frac{\text{число занятых должностей врачей терапевтов участковых}}{\text{численность населения}} \times 10000 = \frac{94,5}{192735} \times 10000 = 4,9$$

4. Показатель дефицита врачей (физических лиц):

а) в целом по всем специальностям = $380 - 290 = 90$;

б) врачей терапевтов участковых = $101 - 84 = 17$.

5. Удельный вес занятых должностей врачами терапевтами участковыми в общем количестве занятых должностей всеми специалистами (%):

$$\frac{\text{число занятых должностей врачей терапевтов участковых}}{\text{всего занято должностей врачами всех специальностей}} \times 100 = \frac{94,5}{348,25} \times 100 = 27,1\%$$

6. Число жителей на 1 занятую должность врача терапевта участкового:

$$\frac{\text{численность населения}}{\text{число занятых должностей врачей терапевтов участковых}} = \frac{192735}{94,5} = 2040$$

7. Среднее число посещений поликлиники на 1 жителя в год:

$$\frac{\text{всего посещений ко всем специалистам в отчетном году}}{\text{численность населения}} = \frac{1328368}{192735} = 6,9$$

8. Среднее число посещений поликлиники на 1 жителя трудоспособного возраста в год:

$$\frac{\text{всего посещений ко всем специалистам в отчетном году} - \text{число посещений лицам старше трудоспособного возраста}}{\text{число лиц трудоспособного возраста}} = \frac{1328368 - 645426}{129487} = 5,3$$

9. Среднее число посещений поликлиники на 1 жителя старше трудоспособного возраста в год:

$$\frac{\text{число посещений лицам старше трудоспособного возраста}}{\text{число лиц старше трудоспособного возраста}} = \frac{645426}{63248} = 10,2$$

10. Удельный вес посещений поликлиники лицами старше трудоспособного возраста в общем числе посещений поликлиники (в %):

$$\frac{\text{число посещений лицам старше трудоспособного возраста}}{\text{всего посещений ко всем специалистам}} \times 100 = \frac{645426}{1328368} \times 100 = 48,6\%$$

11. Доля посещений поликлиники, сделанных жителями по поводу заболеваний (в %):

$$\frac{\text{число посещений жителями по поводу заболеваний}}{\text{всего посещений ко всем специалистам}} \times 100 = \frac{1079019}{1328368} \times 100 = 81,2\%$$

12. Доля посещений поликлиники по поводу заболеваний, сделанных лицами старше трудоспособного возраста (в %):

$$\frac{\text{число посещений лицами старше трудоспособного возраста по поводу заболеваний}}{\text{всего число посещений лицами старше трудоспособного возраста}} \times 100 = \frac{585258}{645426} \times 100 = 90,7\%$$

13. Из общего числа посещений поликлиники сделано посещений к врачам терапевтам участковым (%):

$$\frac{\text{число посещений к врачам терапевтам участковым}}{\text{всего посещений ко всем специалистам}} \times 100 = \frac{502980}{1328368} \times 100 = 37,9\%$$

14. Из числа посещений к врачам терапевтам участковым сделано посещений по поводу заболеваний (в %):

$$\frac{\text{число посещений к врачам терапевтам участковым по поводу заболеваний}}{\text{всего посещений к врачам терапевтам}} \times 100 = \frac{471103}{502980} \times 100 = 93,7\%$$

15. Число посещений на дому, сделанных врачами терапевтами участковыми, к общему числу посещений на дому (в %):

$$\frac{\text{число посещений, сделанных врачами терапевтами участковыми на дому}}{\text{всего посещений всеми специалистами на дому}} \times 100 = \frac{68931}{72866} \times 100 = 94,6\%$$

16. Среднее число посещений врача терапевта участкового на 1 жителя в год:

$$\frac{\text{всего посещений к врачам терапевтам участковым в отчетном году}}{\text{численность населения}} = \frac{502980}{192735} = 2,6$$

17. А) Число посещений в день на 1 занятую должность врача терапевта участкового*:

$$\frac{\text{число посещений к врачам терапевтам участковым}}{\text{число занятых должностей врачей терапевтов участковых}} : 225 \text{ дней} = \frac{502980}{94,5} : 225 \text{ дней} = 23,6$$

Б) Число посещений на дому в день на 1 занятую должность врача терапевта участкового:

$$\frac{\text{число посещений врачами терапевтами участковыми на дому}}{\text{число занятых должностей врачей терапевтов участковых}} : 225 \text{ дней} = \frac{68931}{94,5} : 225 \text{ дней} = 3,2$$

* - при 5-тидневной рабочей неделе насчитывается примерно 250 рабочих дней в году и 225 рабочих дней с учетом ежегодного отпуска.

Рассчитанные показатели внести в таблицу 3.

Показатели амбулаторно-поликлинического обслуживания города N

Показатели	Обобщенные данные по городу	Деятельность поликлиник				
		№1	№2	№3	№4	№5
1. Структура взрослого населения по критерию трудоспособности: а) трудоспособное б) старше трудоспособного	67,2% 32,8%					
2. Показатель плановой обеспеченности населения врачами на 10000 населения: а) врачами амбулаторно-поликлинического звена б) врачами терапевтами участковыми	19,7 5,2					
3. Показатель обеспеченности на 10000 населения с учётом занятых должностей: а) врачами амбулаторно-поликлинического звена б) врачами терапевтами участковыми	18,1 4,9					
4. Показатель дефицита врачей (физических лиц): а) в целом по всем специальностям б) врачей терапевтов участковых	90 17					
5. Удельный вес занятых должностей врачами терапевтами участковыми в общем количестве занятых должностей всеми специалистами	27,1%					
6. Число жителей на 1 занятую должность врача терапевта участкового	2040					
7. Среднее число посещений поликлиники на 1 жителя в год	6,9					
8. Среднее число посещений поликлиники на 1 жителя трудоспособного возраста в год	5,3					
9. Среднее число посещений на 1 жителя старше трудоспособного возраста в год	10,2					
10. Удельный вес посещений поликлиники лицами старше трудоспособного возраста в общем числе посещений поликлиники (в %)	48,6%					
11. Доля посещений поликлиники, сделанных жителями по поводу заболеваний (в %)	81,2%					
12. Доля посещений поликлиники по поводу заболеваний, сделанных лицами старше трудоспособного возраста (в %)	90,7%					
13. Из общего числа посещений	37,9%					

поликлиники сделано посещений к врачам терапевтам участковым (в %)						
14. Из числа посещений к врачам терапевтам участковым сделано посещений по поводу заболеваний (в %)	93,7%					
15. Число посещений на дому, сделанных врачами терапевтами участковыми, к общему числу посещений на дому (в %)	94,6%					
16. Среднее число посещений врача терапевта участкового на 1 жителя в год	2,6					
17. а) число посещений в день на 1 занятую должность врача терапевта участкового б) число посещений на дому в день на 1 занятую должность врача терапевта участкового	23,6 3,2					

Заключение

Оценка амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению города N

Из общего числа 250000 жителей города N взрослое население составляет 192735 человек или 77%. В его структуре лицами трудоспособного возраста являются 67,2% (129487 человек) и старше трудоспособного возраста – 32,8% (63248 человек). Если соотнести численность лиц старше трудоспособного возраста с общим количеством жителей города N, то их удельный вес равен 25,3%, т.е. каждый четвертый житель города является лицом старше трудоспособного возраста. С учетом классификации общества (в зависимости от степени развития старения) население города N должно рассматриваться с позиции «выраженной демографической старости». Несомненно, что данное возрастное распределение негативно будет влиять на формирование уровня и структуры заболеваемости, потребует увеличенных объемов медицинской помощи, отрицательно скажется на показателях естественного движения населения города.

По штатному расписанию в поликлиниках города предусмотрено 380,25 ставок врачей всех специальностей или 19,7 врачей на 10000 населения, в том числе 5,2 ставки врачей терапевтов участковых. Фактически показатель обеспеченности жителей города врачами специалистами с учетом занятых должностей составил 18,1 на 10000 населения, терапевтами участковыми – 4,9. В целом дефицит врачей специалистов физических лиц составил 90 человек, в том числе врачей терапевтов участковых – 17 человек.

Первичная медико-санитарная помощь населению города оказывается в пяти поликлиниках.

По тем видам специализированной медицинской помощи, которую население не может получить по месту жительства, она оказывается в поликлинике №5, где развернуты консультативно-диагностические и лечебные виды помощи по широкому спектру специальностей, в т.ч. городской травматологический пункт.

Среднее число посещений поликлиники на одного взрослого жителя города составляет 6,9 (при рекомендуемом показателе – 8-9 посещений). Данный показатель существенно зависит от возрастной структуры жителей. Среднее число посещений поликлиники лицами старше трудоспособного возраста почти в 2 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста – соответственно 10,2 и 5,3 посещения.

На жителей старше трудоспособного возраста приходится около половины всех посещений поликлиники – 48,6%, в то время как эта возрастная группа составляет 32,8%. В 90,7% случаев лица старше трудоспособного возраста

посещают поликлинику по поводу заболеваний. Данная причина обращений в поликлинику в целом среди всего населения составила 81,2%.

Основным структурным подразделением поликлиники является терапевтическое отделение, а ведущей фигурой – участковый терапевт.

Численность прикрепленного взрослого населения на терапевтическом участке в городской местности должна составлять 1700 человек. Исходя из данного норматива, в городе N необходимо иметь 113 терапевтических участков. По штатному расписанию в городе предусмотрен 101 врачебный терапевтический участок. Фактически занято должностей терапевтов участковых 94,5, на которых работает 84 физических лица. Таким образом, на одну занятую должность врача терапевта участкового приходится 2040 жителей (или около 2300 жителей на одно физическое лицо).

Удельный вес терапевтов участковых в общем количестве занятых должностей всеми специалистами составляет 27,1%. В то же время на участковых терапевтов приходится 37,9% всех посещений, сделанных населением в поликлиники. Следует также отметить, что число посещений пациентов врачами терапевтами участковыми на дому к общему числу посещений, сделанных на дому всеми специалистами, превысило 94,6%.

Причиной визитов населения к участковым терапевтам в 93,7% случаев являлись заболевания. В среднем в течение года каждый житель города посетил участкового терапевта 2,6 раза.

Расчеты показали, что в день на одну занятую должность терапевта участкового приходится 23,6 посещений, в том числе 3,2 посещения на дому. Приведенные данные свидетельствуют, что деятельность участковых врачей сопряжена со значительным интеллектуальным, физическим и эмоциональным напряжением.

В целом в первичной амбулаторно-поликлинической системе города N отмечается кадровая напряженность с врачебным персоналом. Имеет место диспропорции между количеством врачей узких специалистов и врачей общего профиля (участковых терапевтов).

Решение кадровых проблем в первичном звене здравоохранения призвано обеспечить достижение главных целей – сохранение и укрепление здоровья населения, оказание медицинских услуг высокого качества.

С целью углубленного анализа амбулаторно-поликлинической помощи населению города N необходимо детально изучить работу каждой поликлиники, рассмотреть кадровый состав врачей учреждения, сопоставить результаты их деятельности, выявить, конкретизировать и устранить основные негативные моменты. Такой комплексный подход будет способствовать совершенствованию и оптимизации первичной медико-санитарной помощи населению города.

Задача 2 блока А

Поликлиника №1 города N обслуживает 34000 человек взрослого населения, в том числе трудоспособного возраста – 19876 человек, старше трудоспособного – 14124 человека. Мощность поликлиники – 600 посещений.

Врачебные кадры поликлиники представлены в таблице 1.

Таблица 1

Общие сведения о врачебных кадрах в поликлинике №1 города N

Специалисты	Штатное расписание	Занято должностей	Число физических лиц на занятых должностях
Врачи всего	69,5	67,5	56
Терапевты участковые	18	17	15

Объем оказанной поликлиникой помощи взрослому населению приведен в таблице 2.

Таблица 2

Число посещений прикрепленного населения к врачам поликлиники №1

Всего посещений, включая профилактические		Из общего числа посещений сделано по поводу заболеваний	Число посещений на дому	
			всего	из них по поводу заболеваний
Ко всем специалистам	288733	230006	13339	12970
из них:	136241	123126	13115	12970
- лицами старше трудоспособного возраста				
- к терапевтам участковым	103232	95011	13040	12809

На основании данных, представленных в таблицах 1 и 2, рассчитать показатели, характеризующие деятельность поликлиники №1 по оказанию медицинской помощи обслуживаемого прикрепленного населения. За основу возьмите демонстрационный вариант расчета показателей на примере обобщенных данных по медицинскому обслуживанию населения города N.

Внесите рассчитанные показатели в сводную таблицу 3 «Показатели амбулаторно-поликлинического обслуживания взрослого населения города N».

Сопоставьте полученные результаты деятельности поликлиники №1 с показателями работы других поликлиник города. На основе проведенного анализа разработайте рекомендации по оптимизации деятельности поликлиники по оказанию медицинской помощи населению.

Задача 3 блока А

Поликлиника №2 города N обслуживает 36550 человек взрослого населения, в том числе трудоспособного возраста – 24366 человек, старше трудоспособного – 12184 человека. Мощность поликлиники – 550 посещений.

Врачебные кадры поликлиники представлены в таблице 1.

Таблица 1

Общие сведения о врачебных кадрах в поликлинике №2 города N

Специалисты	Штатное расписание	Занято должностей	Число физических лиц на занятых должностях
Врачи всего	68,25	65,5	61
Терапевты участковые	21	21	21

Объем оказанной поликлиникой помощи взрослому населению приведен в таблице 2.

Таблица 2

Число посещений прикрепленного населения к врачам поликлиники №2

Всего посещений, включая профилактические		Из общего числа посещений сделано по поводу заболеваний	Число посещений на дому	
			всего	из них по поводу заболеваний
Ко всем специалистам	241235	195497	13921	13780
из них:	151994	136304	12830	12694
- лицами старше трудоспособного возраста				
- к терапевтам участковым	112173	106118	13619	13608

На основании данных, представленных в таблицах 1 и 2, рассчитать показатели, характеризующие деятельность поликлиники №2 по оказанию медицинской помощи обслуживаемого прикрепленного населения. За основу возьмите демонстрационный вариант расчета показателей на примере обобщенных данных по медицинскому обслуживанию населения города N.

Внесите рассчитанные показатели в сводную таблицу 3 «Показатели амбулаторно-поликлинического обслуживания взрослого населения города N».

Сопоставьте полученные результаты деятельности поликлиники №2 с показателями работы других поликлиник города. На основе проведенного анализа разработайте рекомендации по оптимизации деятельности поликлиники по оказанию медицинской помощи населению.

Задача 4блока А

Поликлиника №3 города N обслуживает 55800 человек взрослого населения, в том числе трудоспособного возраста – 39420 человек, старше трудоспособного – 16380 человека. Мощность поликлиники – 980 посещений.

Врачебные кадры поликлиники представлены в таблице 1.

Таблица 1

Общие сведения о врачебных кадрах в поликлинике №3 города N

Специалисты	Штатное расписание	Занято должностей	Число физических лиц на занятых должностях
Врачи всего	91,5	80	59
Терапевты участковые	31	31	23

Объем оказанной поликлиникой помощи взрослому населению приведен в таблице 2.

Таблица 2

Число посещений прикрепленного населения к врачам поликлиники №3

Всего посещений, включая профилактические		Из общего числа посещений сделано по поводу заболеваний	Число посещений на дому	
			всего	из них по поводу заболеваний
Ко всем специалистам	343706	302881	21508	20857
из них:	168592	157100	17782	17782
- лицами старше трудоспособного возраста				
- к терапевтам участковым	126569	119716	19645	19438

На основании данных, представленных в таблицах 1 и 2, рассчитать показатели, характеризующие деятельность поликлиники №3 по оказанию медицинской помощи обслуживаемого прикрепленного населения. За основу возьмите демонстрационный вариант расчета показателей на примере обобщенных данных по медицинскому обслуживанию населения города N.

Внесите рассчитанные показатели в сводную таблицу 3 «Показатели амбулаторно-поликлинического обслуживания взрослого населения города N».

Сопоставьте полученные результаты деятельности поликлиники №3 с показателями работы других поликлиник города. На основе проведенного анализа разработайте рекомендации по оптимизации деятельности поликлиники по оказанию медицинской помощи населению.

Задача 5 блока А

Поликлиника №4 города N обслуживает 38300 человек взрослого населения, в том числе трудоспособного возраста – 27597 человек, старше трудоспособного – 10703 человека. Мощность поликлиники – 850 посещений.

Врачебные кадры поликлиники представлены в таблице 1.

Таблица 1

Общие сведения о врачебных кадрах в поликлинике №4 города N

Специалисты	Штатное расписание	Занято должностей	Число физических лиц на занятых должностях
Врачи всего	68,5	60,25	49
Терапевты участковые	18	13,5	13

Объем оказанной поликлиникой помощи взрослому населению приведен в таблице 2.

Таблица 2

Число посещений прикрепленного населения к врачам поликлиники №4

Всего посещений, включая профилактические		Из общего числа посещений сделано по поводу заболеваний	Число посещений на дому	
			всего	из них по поводу заболеваний
Ко всем специалистам	218880	169289	12497	12497
из них:	108776	99877	11381	11381
- лицами старше трудоспособного возраста				
- к терапевтам участковым	91534	86088	12054	12054

На основании данных, представленных в таблицах 1 и 2, рассчитать показатели, характеризующие деятельность поликлиники №4 по оказанию медицинской помощи обслуживаемого прикрепленного населения. За основу возьмите демонстрационный вариант расчета показателей на примере обобщенных данных по медицинскому обслуживанию населения города N.

Внесите рассчитанные показатели в сводную таблицу 3 «Показатели амбулаторно-поликлинического обслуживания взрослого населения города N».

Сопоставьте полученные результаты деятельности поликлиники №4 с показателями работы других поликлиник города. На основе проведенного анализа разработайте рекомендации по оптимизации деятельности поликлиники по оказанию медицинской помощи населению.

Задача блока А

Поликлиника №5 города N обслуживает 28085 человек взрослого населения, в том числе трудоспособного возраста – 18228 человек, старше трудоспособного – 9857 человека. Мощность поликлиники – 750 посещений. В дополнение к тем видам специализированной помощи, которые отсутствуют в других поликлиниках города, в поликлинике №5 оказывается лечебная и консультативно-диагностическая помощь по широкому спектру специальностей.

Врачебные кадры поликлиники представлены в таблице 1.

Таблица 1

Общие сведения о врачебных кадрах в поликлинике №5 города N

Специалисты	Штатное расписание	Занято должностей	Число физических лиц на занятых должностях
Врачи всего	82,5	75	65
Терапевты участковые	13	12	12

Объем оказанной поликлиникой помощи взрослому населению приведен в таблице 2.

Таблица 2

Число посещений прикрепленного населения к врачам поликлиники №5

Всего посещений, включая профилактические	Из общего числа посещений сделано по поводу заболеваний	Число посещений на дому	
		всего	из них по поводу заболеваний
Ко всем специалистам	235814	181346	11601
из них:	79823	68851	9703
- лицами старше трудоспособного возраста			
- к терапевтам участковым	69472	64170	10773

На основании данных, представленных в таблицах 1 и 2, рассчитать показатели, характеризующие деятельность поликлиники №5 по оказанию медицинской помощи обслуживаемого прикрепленного населения. За основу возьмите демонстрационный вариант расчета показателей на примере обобщенных данных по медицинскому обслуживанию населения города N.

Внесите рассчитанные показатели в сводную таблицу 3 «Показатели амбулаторно-поликлинического обслуживания взрослого населения города N».

Сопоставьте полученные результаты деятельности поликлиники №5 с показателями работы других поликлиник города. На основе проведенного анализа разработайте рекомендации по оптимизации деятельности поликлиники по оказанию медицинской помощи населению.

Блок Б.

Первое задание является демонстрационным вариантом. Приводится расчет показателей общей и первичной заболеваемости взрослого населения города N по данным обращаемости в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности. По результатам анализа оформляется краткое заключение.

*К общей заболеваемости относится число зарегистрированных заболеваний за отчетный календарный год. По отношению к отдельным заболеваниям можно оперировать критерием **распространенность**.*

К первичной заболеваемости относятся случаи с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году (см. раздел пособия «Основная медицинская документация, используемая в амбулаторно-поликлинических учреждениях»).

По аналогии с демонстрационным вариантом выполняются расчеты уровня и структуры общей и первичной заболеваемости взрослого населения на территории обслуживания каждой поликлиники города N. Полученные данные сопоставляются с общегородскими показателями состояния здоровья взрослого населения.

Задача 1 блока Б

В городе N проживает 192753 человека взрослого населения, из них трудоспособного возраста 129487 человек, старше трудоспособного возраста – 63248 человек.

На основании данных обращаемости, представленных в таблице 1, рассчитать интенсивные и экстенсивные показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения в разрезе классов МКБ-10 в целом среди всего населения и с учетом возраста трудоспособности. Результаты расчетов представить в таблицах 2 и 3 и сделать краткое заключение.

Алгоритм расчетов

1. Определить:

а) общее количество зарегистрированных заболеваний среди трудоспособного населения: **261152 – 139928 = 121224**

б) общее количество заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни, среди трудоспособного населения: **108071 – 39174 = 68897**

Далее проводятся аналогичные расчеты по всем классам заболеваний МКБ-10.

2. Рассчитать:

а) общую заболеваемость на 1000 человек среди взрослого населения –

$$\frac{\text{общее число заболеваний}}{\text{численность взрослого населения}} \times 1000 = \frac{261152}{192735} \times 1000 = 1355,0$$

а) первичную заболеваемость на 1000 человек среди взрослого населения –

$$\frac{\text{число заболеваний с диагнозом, установленным впервые в жизни}}{\text{численность взрослого населения}} \times 1000 = \frac{108071}{192735} \times 1000 = 560,7$$

Расчеты по аналогии проводятся по всем классам заболеваний МКБ-10 в разрезе всего населения города, лиц старше трудоспособного возраста, лиц трудоспособного возраста. Составить макет таблицы 2 и внести в нее полученные результаты.

3. Составить макет таблицы 3 и рассчитать показатели:

а) структуру общей и первичной заболеваемости среди всего взрослого населения города по классам МКБ-10;

б) удельный вес первичной заболеваемости в общей заболеваемости среди всего взрослого населения города по классам МКБ-10;

в) удельный вес первичной заболеваемости в общей заболеваемости по классам МКБ-10 среди лиц старше трудоспособного возраста;

г) удельный вес первичной заболеваемости в общей заболеваемости по классам МКБ-10 среди лиц трудоспособного возраста.

Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения города N в поликлиники
в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	261152	108071	139928	39174	121224	68897
в том числе:							
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	4348	2912	1720	754	2628	2158
новообразования	C00-D48	10640	3501	7710	2288	2930	1213
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	816	141	335	23	481	118
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	10033	776	6375	405	3658	371
болезни нервной системы	G00-G98	3700	1072	1461	364	2239	708
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	19434	5033	13374	1552	6060	3481
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	10778	8820	6346	4405	4432	4415
болезни системы кровообращения	I00-I99	62893	6422	45340	4255	17553	2167
болезни органов дыхания	J00-J98	46710	37544	17183	10201	29527	27343
болезни органов пищеварения	K00-K92	18178	2809	7777	1099	10401	1710
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	9136	7466	3651	2462	5485	5004
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	24996	6032	14284	3468	10712	2564
болезни мочеполовой системы	N00-N99	22630	8866	9140	2712	13490	6154
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	164	24	25	-	139	24
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	127	84	42	21	85	63
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	16569	16569	5165	5165	11404	11404

Показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения города N в поликлиники
в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности (на 1000 человек)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	1355,0	2212,4	936,2	560,7	619,4	532,1
в том числе:							
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	22,6	27,2	20,3	15,1	11,9	16,7
новообразования	C00-D48	55,2	121,9	22,6	18,2	36,2	9,4
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	4,2	5,3	3,7	0,7	0,4	0,9
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	52,0	100,8	28,2	4,0	6,4	2,9
болезни нервной системы	G00-G98	19,2	23,1	17,3	5,6	5,8	5,5
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	100,8	211,4	46,8	26,1	24,5	26,9
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	55,9	100,3	34,2	45,8	69,6	34,1
болезни системы кровообращения	I00-I99	326,3	716,9	135,6	33,3	67,3	16,7
болезни органов дыхания	J00-J98	242,4	271,7	228,0	194,8	161,3	211,2
болезни органов пищеварения	K00-K92	94,3	123,0	80,3	14,6	17,4	13,2
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	47,4	57,7	42,4	38,7	38,9	38,6
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	129,7	225,8	82,7	31,3	54,8	19,8
болезни мочеполовой системы	N00-N99	117,4	144,5	104,2	46,0	42,9	47,5
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,85	0,4	1,1	0,1	-	0,2
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,65	0,7	0,6	0,4	0,3	0,5
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	86,0	81,7	88,1	86,0	81,7	88,1

Структурные показатели общей и первичной заболеваемости всего взрослого населения города N
в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Структура (%)		Удельный вес первичной заболеваемости в общей (%)	Удельный вес первичной заболеваемости в общей	
		общей заболеваемости	первичной заболеваемости		среди лиц старше трудоспособного возраста	среди лиц трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	100,0	100,0	41,4	28,0	56,8
в том числе:						
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	1,7	2,7	67,0	43,8	82,0
новообразования	C00-D48	4,1	3,2	32,9	29,7	41,4
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	0,3	0,1	17,3	6,9	24,5
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	3,8	0,7	7,7	6,4	10,1
болезни нервной системы	G00-G98	1,4	1,0	29,0	24,9	31,6
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	7,4	4,7	25,9	11,6	57,4
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	4,1	8,1	81,8	69,4	99,6
болезни системы кровообращения	I00-I99	24,1	5,9	10,2	9,4	12,3
болезни органов дыхания	J00-J98	17,9	34,7	80,4	59,4	92,6
болезни органов пищеварения	K00-K92	7,0	2,6	15,4	14,1	16,4
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	3,5	6,9	81,7	67,4	91,2
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	9,6	5,6	24,1	24,3	23,9
болезни мочеполовой системы	N00-N99	8,7	8,2	39,2	29,7	45,6
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,06	0,02	14,6	-	17,3
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,05	0,08	66,1	50,0	74,1
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	6,3	15,3	100,0	100,0	100,0

Заключение

по результатам анализа заболеваемости взрослого населения города N

Заболеваемость – важнейшая составляющая оценки здоровья населения. Показатели заболеваемости являются одним из критериев качества и эффективности работы медицинских учреждений.

Интенсивные показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения города N представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, общая заболеваемость среди всего взрослого населения составляет 1355,0 на 1000 человек. Данный показатель в 2,4 раза выше среди лиц старше трудоспособного возраста. На 1000 человек этой возрастной группы приходится 2212,4 заболеваний, в то время как среди лиц трудоспособного возраста зарегистрировано 936,2 случаев заболеваний.

Из 1355,0 случаев общей заболеваемости на 1000 человек среди всего взрослого населения львиная доля приходится на пять групп заболеваний. Первое место занимают болезни системы кровообращения, которые составляют 326,3%. Вторая позиция приходится на болезни органов дыхания – 242,4%. Далее с незначительным уровнем колебаний стоят болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 129,7%, болезни мочеполовой системы – 117,4%, болезни глаза и его придаточного аппарата – 100,8%. В целом эти пять групп заболеваний составляет 916,6 случаев на 1000 населения. Их доля в общей заболеваемости взрослого населения города N равна 67,6%.

Необходимо также отметить высокий уровень распространенности болезней органов пищеварения – 94,3%. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин составляют 86,0%.

Уровням общей заболеваемости соответствуют ранжированные показатели структуры общей заболеваемости:

- болезни системы кровообращения – 24,1%,
- болезни органов дыхания – 17,9%,
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 9,6%,
- болезни мочеполовой системы – 8,7%,
- болезни глаза и его придаточного аппарата – 7,4%,
- болезни органов пищеварения – 7,0%,
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 6,3%.

При анализе показателей общей заболеваемости отмечаются значительные различия их уровней в зависимости от распределения населения по критерию трудоспособности. Наглядно это представлено в таблице 4.

Таблица 4

Ранговое распределение показателей распространенности заболеваний среди взрослого населения в зависимости от критерия трудоспособности

Ранг	Критерий трудоспособности	
	лица старше трудоспособного возраста	трудоспособное население
1	болезни системы кровообращения – 716,9‰	болезни органов дыхания – 228,0‰
2	болезни органов дыхания – 271,7‰	болезни системы кровообращения – 135,6‰
3	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 225,8‰	болезни мочеполовой системы – 104,2‰
4	болезни глаза и его придаточного аппарата – 211,4‰	травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 88,1‰
5	болезни мочеполовой системы – 144,5‰	болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 82,7‰
6	новообразования – 121,9‰	болезни органов пищеварения – 80,3‰
7	болезни эндокринной системы – 100,8‰	болезни глаза и его придаточного аппарата – 46,8‰

Исходя из выше приведенных данных, в первую очередь следует обратить внимание на высокий уровень болезней системы кровообращения среди лиц старше трудоспособного возраста – 716,9‰, который в 5,3 раза выше, чем среди трудоспособного населения. Из таблицы 1, в которой представлены абсолютные значения о числе заболеваний, видно, что из 62893 зарегистрированных заболеваний системы кровообращения 45340 случаев или 72,1% приходится на лиц старше трудоспособного возраста.

Следует также отметить, что среди населения старше трудоспособного возраста в общей заболеваемости на «лидирующие» позиции выходят новообразования (121,9‰) и болезни эндокринной системы (100,8‰).

При анализе показателей удельного веса случаев первичных заболеваний в общем числе зарегистрированных заболеваний у лиц старше трудоспособного возраста их доля составила 28%, в группе трудоспособного населения – 56,8%. В большинстве случаев эти показатели формировались за счет острых заболеваний, в итоге заканчивающихся выздоровлением (см. табл. 3). Данная тенденция прослеживается в следующих классах заболеваний МКБ-10: инфекционные и паразитарные болезни, болезни уха и сосцевидного отростка,

болезни органов дыхания, болезни кожи и подкожной клетчатки, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.

В структуре первичной заболеваемости взрослого населения города на первом месте стоят болезни органов дыхания – 34,7% (в общей заболеваемости – болезни системы кровообращения – 24,1%), на втором – травмы и отравления – 15,3% (в общей заболеваемости – болезни органов дыхания – 17,9%), на третьем – болезни мочеполовой системы – 8,2% (в общей заболеваемости – болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – 9,6%).

Для объективной оценки здоровья населения представленный анализ заболеваемости взрослого населения города N по обращаемости за медицинской помощью, дополненный другими источниками информации, должен явиться основой текущего планирования и прогнозирования потребностей населения в различных видах медицинской и профилактической помощи.

Задача 2 блока Б

В районе обслуживания поликлиники №1 проживает 34000 человек взрослого населения, в т.ч. 19876 человек трудоспособного возраста, 14124 человека старше трудоспособного возраста.

В таблице 1 представлены данные о числе обращений населения в поликлинику.

Рассчитайте интенсивные и экстенсивные показатели общей и первичной заболеваемости прикрепленного к поликлинике населения в разрезе классов МКБ-10 в целом среди всего населения и с учетом возраста трудоспособности.

Предварительно рассчитайте количество случаев обращений трудоспособного населения и заполните пустографки в таблице 1.

Составьте макеты таблиц 2 и 3 и представьте в них результаты расчетов. Таблица 2 «Показатели общей и первичной заболеваемости (на 1000 человек) по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 1 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности». Таблица 3 «Структурные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 1 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности».

Проанализируйте полученные данные. Сопоставьте их с общегородскими показателями заболеваемости взрослого населения. Сделайте краткое письменное заключение.

**Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости
по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику №1
в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности**

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	55815	27935	33636	10216		
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	1909	1331	845	348		
новообразования	C00-D48	3512	1122	2815	730		
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	232	32	151	4		
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	625	51	427	6		
болезни нервной системы	G00-G98	926	440	327	68		
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	3844	1805	2075	90		
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	3102	2349	2405	1686		
болезни системы кровообращения	I00-I99	10627	2003	9092	1113		
болезни органов дыхания	J00-J98	13059	9111	6605	2894		
болезни органов пищеварения	K00-K92	3949	799	2212	137		
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	3290	1915	1317	290		
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	4150	2201	2190	882		
болезни мочеполовой системы	N00-N99	2842	1045	1610	403		
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	19	2	-	-		
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	5	5	-	-		
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	3724	3724	1565	1565		

Задача 3блока Б

В районе обслуживания поликлиникой №2 проживает 36550 человек взрослого населения, в т.ч. 24366 человек трудоспособного возраста, 12184 человека старше трудоспособного возраста.

В таблице 1 представлены данные о числе обращений населения в поликлинику.

Рассчитайте интенсивные и экстенсивные показатели общей и первичной заболеваемости прикрепленного к поликлинике населения в разрезе классов МКБ-10 в целом среди всего населения и с учетом возраста трудоспособности.

Предварительно рассчитайте количество случаев обращений трудоспособного населения и заполните пустографки в таблице 1.

Составьте макеты таблиц 2 и 3 и представьте в них результаты расчетов. Таблица 2 «Показатели общей и первичной заболеваемости (на 1000 человек) по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 2 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности». Таблица 3 «Структурные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 2 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности».

Проанализируйте полученные данные. Сопоставьте их с общегородскими показателями заболеваемости взрослого населения. Сделайте краткое письменное заключение.

**Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости
по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику №2
в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности**

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	38603	15973	23308	6619		
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	318	248	95	74		
новообразования	C00-D48	1943	692	1563	584		
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	105	24	37	4		
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	2608	95	2024	55		
болезни нервной системы	G00-G98	608	55	401	31		
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	4003	345	2884	181		
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	1798	1658	980	864		
болезни системы кровообращения	I00-I99	8390	796	7447	669		
болезни органов дыхания	J00-J98	9768	8117	2854	2235		
болезни органов пищеварения	K00-K92	1388	235	791	171		
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	1545	1510	706	694		
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	3514	398	2339	230		
болезни мочеполовой системы	N00-N99	1828	1028	803	444		
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	15	-	1	-		
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	5	5	-	-		
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	767	767	383	383		

Задача 4 блока Б

В районе обслуживания поликлиникой №3 проживает 55800 человек взрослого населения, в т.ч. 39420 человек трудоспособного возраста, 16380 человека старше трудоспособного возраста.

В таблице 1 представлены данные о числе обращений населения в поликлинику.

Рассчитайте интенсивные и экстенсивные показатели общей и первичной заболеваемости прикрепленного к поликлинике населения в разрезе классов МКБ-10 в целом среди всего населения и с учетом возраста трудоспособности.

Предварительно рассчитайте количество случаев обращений трудоспособного населения и заполните пустографки в таблице 1.

Составьте макеты таблиц 2 и 3 и представьте в них результаты расчетов. Таблица 2 «Показатели общей и первичной заболеваемости (на 1000 человек) по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 3 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности». Таблица 3 «Структурные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 3 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности».

Проанализируйте полученные данные. Сопоставьте их с общегородскими показателями заболеваемости взрослого населения. Сделайте краткое письменное заключение.

**Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости
по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику №3
в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности**

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	72055	24185	31070	9651		
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	672	99	217	29		
новообразования	C00-D48	1556	594	1071	398		
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	170	13	27	2		
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	3266	256	1556	161		
болезни нервной системы	G00-G98	895	111	142	35		
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	3741	1262	1422	407		
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	3693	3115	1556	1227		
болезни системы кровообращения	I00-I99	21650	2032	10734	1481		
болезни органов дыхания	J00-J98	13212	10231	4075	2346		
болезни органов пищеварения	K00-K92	7282	613	2081	420		
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	2261	2201	876	838		
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	8849	2304	4525	1865		
болезни мочеполовой системы	N00-N99	4379	975	2628	291		
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	41	4	5	-		
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	32	19	14	10		
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	356	356	141	141		

Задача 5 блока Б

В районе обслуживания поликлиникой №4 проживает 38300 человек взрослого населения, в т.ч. 27597 человек трудоспособного возраста, 10703 человека старше трудоспособного возраста.

В таблице 1 представлены данные о числе обращений населения в поликлинику.

Рассчитайте интенсивные и экстенсивные показатели общей и первичной заболеваемости прикрепленного к поликлинике населения в разрезе классов МКБ-10 в целом среди всего населения и с учетом возраста трудоспособности.

Предварительно рассчитайте количество случаев обращений трудоспособного населения и заполните пустографки в таблице 1.

Составьте макеты таблиц 2 и 3 и представьте в них результаты расчетов. Таблица 2 «Показатели общей и первичной заболеваемости (на 1000 человек) по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 4 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности». Таблица 3 «Структурные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 4 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности».

Проанализируйте полученные данные. Сопоставьте их с общегородскими показателями заболеваемости взрослого населения. Сделайте краткое письменное заключение.

**Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости
по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику №4
в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности**

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	50459	16981	28445	5892		
в том числе:							
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	1200	1054	432	315		
новообразования	C00-D48	2130	648	1449	356		
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	190	9	94	7		
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	1697	166	1060	71		
болезни нервной системы	G00-G98	769	388	386	199		
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	3915	775	3128	281		
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	1792	1259	981	476		
болезни системы кровообращения	I00-I99	13130	956	10559	594		
болезни органов дыхания	J00-J98	7003	5584	2276	1724		
болезни органов пищеварения	K00-K92	3980	840	1702	224		
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	1643	1495	574	492		
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	5882	605	3512	178		
болезни мочеполовой системы	N00-N99	6544	2669	1992	684		
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	64	13	9	-		
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	12	12	-	-		
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	508	508	291	291		

Задача 6 блока Б

В районе обслуживания поликлиникой №5 проживает 28085 человек взрослого населения, в т.ч. 18228 человек трудоспособного возраста, 9857 человека старше трудоспособного возраста.

В таблице 1 представлены данные о числе обращений населения в поликлинику.

Рассчитайте интенсивные и экстенсивные показатели общей и первичной заболеваемости прикрепленного к поликлинике населения в разрезе классов МКБ-10 в целом среди всего населения и с учетом возраста трудоспособности.

Предварительно рассчитайте количество случаев обращений трудоспособного населения и заполните пустографки в таблице 1.

Составьте макеты таблиц 2 и 3 и представьте в них результаты расчетов. Таблица 2 «Показатели общей и первичной заболеваемости (на 1000 человек) по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 5 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности». Таблица 3 «Структурные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 5 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности».

Проанализируйте полученные данные. Сопоставьте их с общегородскими показателями заболеваемости взрослого населения. Сделайте краткое письменное заключение.

**Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости
по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику №5
в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности**

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	44620	21497	22669	6996		
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	299	180	131	88		
новообразования	C00-D48	1499	445	812	220		
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	119	63	26	6		
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	1837	208	1308	112		
болезни нервной системы	G00-G98	502	78	205	31		
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	3931	846	3065	593		
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	743	439	424	252		
болезни системы кровообращения	I00-I99	9096	635	7508	398		
болезни органов дыхания	J00-J98	3668	3001	1373	1002		
болезни органов пищеварения	K00-K92	1579	322	991	147		
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	397	345	178	148		
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	2601	524	1718	313		
болезни мочеполовой системы	N00-N99	7037	3149	2107	890		
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	25	5	10	-		
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	73	43	28	11		
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	11214	11214	2785	2785		

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

1. Ответы к задачам блока А.

Показатели амбулаторно-поликлинического обслуживания взрослого населения города N

Показатели	Обобщенные данные по городу	Деятельность поликлиник				
		№1	№2	№3	№4	№5
1. Структура взрослого населения по критерию трудоспособности:						
а) трудоспособное	67,18	58,5	66,7	70,6	72,0	69,4
б) старше трудоспособного	32,82	41,5	33,3	29,4	28,0	35,1
2. Показатель плановой обеспеченности населения врачами на 10000 населения:						
а) врачами амбулаторно-поликлинического звена	19,7	20,5	18,7	16,4	17,9	29,4
б) врачами терапевтами участковыми	5,2	5,3	5,7	5,5	4,7	4,6
3. Показатель обеспеченности на 10000 населения с учётом занятых должностей:	~18	~20	~18	~14	~16	~27
а) врачами амбулаторно-поликлинического звена	18,1	19,8	17,9	14,3	15,7	26,7
б) врачами терапевтами участковыми	4,9	5,0	5,7	5,7	3,5	4,3
4. Показатель дефицита врачей (физических лиц):						
а) в целом по всем специальностям	90,25	13,5	7,25	32,5	19,5	17,5
б) врачей терапевтов участковых	17	3	0	8	5	1
5. Удельный вес занятых должностей врачами терапевтами участковыми в общем количестве занятых должностей всеми специалистами	27,1	25,2	32,1	38,75	22,4	16,0
6. а) Число жителей на 1 занятую должность врача терапевта участкового	2040	2000	1740	1800	2837	2340
б) на физическое лицо	2295	2267	1740	2426	2946	2340
7. Среднее число посещений поликлиники на 1 жителя в год	6,9	8,5	6,6	6,2	5,7	8,4
8. Среднее число посещений поликлиники на 1 жителя трудоспособного возраста в год	5,3	7,7	3,7	4,4	4,1	8,5
9. Среднее число посещений на 1 жителя старше трудоспособного возраста в год	10,2	9,6	12,5	10,3	10,2	8,1
10. Удельный вес посещений поликлиники лицами старше трудоспособного возраста в общем числе посещений поликлиники (в %)	48,6	47,2	63,0	49,0	49,7	33,8
11. Доля посещений поликлиники, сделанных жителями по поводу заболеваний (в %)	81,2	79,6	81,0	88,1	77,3	76,9
12. Доля посещений поликлиники по поводу заболеваний, сделанных лицами старше трудоспособного возраста (в %)	90,7	90,4	89,7	93,2	91,8	86,2
13. Из общего числа посещений поликлиники сделано посещений к врачам терапевтам участковым (в %)	37,9	35,8	46,5	36,8	41,8	29,4
14. Из числа посещений к врачам терапевтам участковым сделано посещений по поводу заболеваний (в %)	93,7	92,0	94,6	94,6	94,0	92,4
15. Число посещений на дому, сделанных врачами терапевтами участковыми, к общему числу посещений на дому (в %)	94,6	97,8	98,8	91,3	96,4	92,9
16. Среднее число посещений врача терапевта участкового на 1 жителя в год	2,6	3,0	3,1	2,3	2,4	2,5
17. а) число посещений в день на 1 занятую должность врача терапевта участкового	23,6	27,0	23,7	18,1	30,1	25,7
б) число посещений на дому в день на 1 занятую должность врача терапевта участкового	3,2	3,5	2,8	2,6	4,0	4,0

2. Ответы к задачам блока Б.

2.1. Задача 2 блока Б

Таблица 1

Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 1 в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	55815	27935	33636	10216	22179	17719
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	1909	1331	845	348	1064	983
новообразования	C00-D48	3512	1122	2815	730	697	392
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	232	32	151	4	81	28
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	625	51	427	6	198	45
болезни нервной системы	G00-G98	926	440	327	68	599	372
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	3844	1805	2075	90	1769	1715
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	3102	2349	2405	1686	697	663
болезни системы кровообращения	I00-I99	10627	2003	9092	1113	1535	890
болезни органов дыхания	J00-J98	13059	9111	6605	2894	6454	6217
болезни органов пищеварения	K00-K92	3949	799	2212	137	1737	662
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	3290	1915	1317	290	1973	1625
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	4150	2201	2190	882	1960	1319
болезни мочеполовой системы	N00-N99	2842	1045	1610	403	1232	642

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	19	2	-	-	19	2
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	5	5	-	-	5	5
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	3724	3724	1565	1565	2159	2159

Таблица 2

Показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику №1 в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности (на 1000 человек)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	1641,6	2381,5	1115,9	821,6	723,3	891,5
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	56,1	59,8	53,5	39,1	24,6	49,5
новообразования	C00-D48	103,3	199,3	35,1	33,0	51,7	19,7
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	6,8	10,7	4,1	0,9	0,3	1,4
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	18,4	30,2	10,0	1,5	0,4	2,3

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
болезни нервной системы	G00-G98	27,2	23,2	30,1	12,9	4,8	18,7
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	113,0	146,9	89,0	53,1	6,4	86,3
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	91,2	170,3	35,1	69,1	119,4	33,4
болезни системы кровообращения	I00-I99	312,6	643,7	77,2	58,9	78,8	44,8
болезни органов дыхания	J00-J98	384,1	467,6	324,7	268,0	204,9	312,8
болезни органов пищеварения	K00-K92	116,1	156,6	87,4	23,5	9,7	33,3
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	96,8	93,2	99,3	56,3	20,5	81,7
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	122,0	155,1	98,6	64,7	62,4	66,4
болезни мочеполовой системы	N00-N99	83,6	114,0	62,0	30,7	28,5	32,3
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,6	-	0,96	0,06	-	0,1
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,14	-	0,25	0,15	-	0,25
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	109,5	110,8	108,6	109,5	110,8	108,6

Таблица 3

Структурные показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения по данным обращаемости в поликлинику №1 города Нв разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Структура (%)		Удельный вес первичной заболеваемости в общей (%)	Удельный вес первичной заболеваемости в общей	
		общей заболеваемости	первичной заболеваемости		среди лиц старше трудоспособного возраста	среди лиц трудоспособного возраста

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Структура (%)		Удельный вес первичной заболеваемости в общей (%)	Удельный вес первичной заболеваемости в общей	
		общей заболеваемости	первичной заболеваемости		среди лиц старше трудоспособного возраста	среди лиц трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	100,0	100,0	50,0	30,4	79,9
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	3,4	4,8	69,7	41,2	92,4
новообразования	C00-D48	6,3	4,0	31,9	26,0	56,2
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	0,4	0,1	13,8	2,6	34,6
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	1,1	0,2	8,2	1,4	22,7
болезни нервной системы	G00-G98	1,7	1,6	47,5	20,8	62,1
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	6,9	6,5	47,0	4,3	96,9
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	5,6	8,4	75,7	70,1	95,1
болезни системы кровообращения	I00-I99	19,0	7,2	18,8	12,2	58,0
болезни органов дыхания	J00-J98	23,4	32,6	69,8	43,8	96,3
болезни органов пищеварения	K00-K92	7,1	2,9	20,2	6,2	38,1
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	5,9	6,9	58,2	22,0	82,4
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	7,4	7,9	53,0	40,2	67,3
болезни мочеполовой системы	N00-N99	5,1	3,7	36,8	25,0	52,1
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,03	0,01	10,5	-	10,5
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,008	0,02	100,0	-	100,0
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	6,7	13,3	100,0	100,0	100,0

2.2. Задача 3 блока Б

Таблица 1

Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 2 в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	38603	15973	23308	6619	15295	9354
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	318	248	95	74	223	174
новообразования	C00-D48	1943	692	1563	584	380	108
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	105	24	37	4	68	20
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	2608	95	2024	55	584	40
болезни нервной системы	G00-G98	608	55	401	31	207	24
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	4003	345	2884	181	1119	164
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	1798	1658	980	864	818	794
болезни системы кровообращения	I00-I99	8390	796	7447	669	943	127
болезни органов дыхания	J00-J98	9768	8117	2854	2235	6914	5882
болезни органов пищеварения	K00-K92	1388	235	791	171	597	64
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	1545	1510	706	694	839	816
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	3514	398	2339	230	1175	168

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
болезни мочеполовой системы	N00-N99	1828	1028	803	444	1025	584
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	15	-	1	-	14	-
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	5	5	-	-	5	5
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	767	767	383	383	384	384

Таблица 2

Показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 2 в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности (на 1000 человек)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	1056,2	1913,0	627,7	437,0	543,2	383,9
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	8,7	7,8	9,2	6,8	6,1	7,1
новообразования	C00-D48	53,2	128,3	15,6	18,9	47,9	4,4
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	2,9	3,0	2,8	0,66	0,3	0,8

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	71,4	166,1	24,0	2,6	4,5	1,6
болезни нервной системы	G00-G98	16,6	32,9	8,5	1,5	2,5	1,0
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	109,5	236,7	45,9	9,4	14,8	6,7
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	49,2	80,4	33,6	45,3	70,9	32,6
болезни системы кровообращения	I00-I99	229,5	611,2	38,7	21,8	54,9	5,2
болезни органов дыхания	J00-J98	267,2	234,2	283,8	222,1	183,4	241,4
болезни органов пищеварения	K00-K92	38,0	64,9	24,5	6,4	14,0	2,6
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	42,3	57,9	34,4	41,3	57,0	33,5
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	96,1	192,0	48,2	10,9	18,9	6,9
болезни мочеполовой системы	N00-N99	50,0	65,9	42,1	28,1	36,4	24,0
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,4	0,08	0,6	-	-	-
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,14	-	0,2	0,14	-	0,2
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	21,0	31,4	15,8	21,0	31,4	15,8

Таблица 3

Структурные показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения по данным обращаемости в поликлинику №2 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10	Структура (%)	Удельный вес	Удельный вес первичной заболеваемости в общей
---	---------------	---------------	--------------	---

	пересмот ра	общей заболевае мости	первичной заболевае мости	первичной заболеваем ости в общей (%)	среди лиц старше трудоспособно го возраста	среди лиц трудоспособно го возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	100,0	100,0	41,4	28,4	61,2
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	0,8	1,6	78,0	77,9	78,0
новообразования	C00-D48	5,0	4,3	35,6	37,4	28,4
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	0,3	0,2	22,9	10,8	29,4
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	6,8	0,6	3,6	2,7	6,8
болезни нервной системы	G00-G98	1,6	0,3	9,0	7,7	11,6
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	10,4	2,2	8,6	6,3	14,6
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	4,6	10,4	92,2	88,1	97,1
болезни системы кровообращения	I00-I99	21,7	5,0	9,5	9,0	13,5
болезни органов дыхания	J00-J98	25,3	50,8	83,1	78,3	85,1
болезни органов пищеварения	K00-K92	3,6	1,5	16,9	21,6	10,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	4,0	9,4	97,7	98,3	97,2
болезни костно- мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	9,1	2,5	11,3	9,8	14,3
болезни мочеполовой системы	N00-N99	4,7	6,7	56,2	55,3	57,0
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,04	-	-	-	-
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,01	0,03	100,0	-	100,0
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	2,0	4,8	100,0	100,0	100,0

2.3. Задача 4 блока Б

Таблица 1

Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 3 в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	72055	24185	31070	9651	40985	14534
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	672	99	217	29	455	70
новообразования	C00-D48	1556	594	1071	398	485	196
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	170	13	27	2	143	11
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	3266	256	1556	161	1710	95
болезни нервной системы	G00-G98	895	111	142	35	753	76
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	3741	1262	1422	407	2319	855
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	3693	3115	1556	1227	2137	1888
болезни системы кровообращения	I00-I99	21650	2032	10734	1481	10916	551
болезни органов дыхания	J00-J98	13212	10231	4075	2346	9137	7885
болезни органов пищеварения	K00-K92	7282	613	2081	420	5201	193
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	2261	2201	876	838	1385	1363
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	8849	2304	4525	1865	4324	439
болезни мочеполовой системы	N00-N99	4379	975	2628	291	1751	684
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	41	4	5	-	36	4
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	32	19	14	10	18	9

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	356	356	141	141	215	215

Таблица 2

Показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 3в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности (на 1000 человек)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	1291,3	1896,8	1039,7	433,4	589,2	386,7
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	12,0	13,2	11,5	1,8	1,8	1,8
новообразования	C00-D48	27,9	65,4	12,3	10,6	24,3	5,0
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	3,0	1,6	3,6	0,2	0,1	0,3
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	58,5	95,0	43,4	4,6	9,8	2,4
болезни нервной системы	G00-G98	16,0	8,7	19,1	2,0	2,1	1,9
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	67,0	86,8	58,8	22,6	24,8	21,7
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	66,2	95,0	54,2	55,8	74,9	47,9
болезни системы кровообращения	I00-I99	388,0	655,3	276,9	36,4	90,4	14,0
болезни органов дыхания	J00-J98	236,8	248,8	231,8	183,4	143,2	200,0
болезни органов пищеварения	K00-K92	130,5	127,0	131,9	11,0	25,6	4,9

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	40,5	53,5	35,1	39,4	51,2	34,6
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	158,6	276,2	109,7	41,3	113,9	11,1
болезни мочеполовой системы	N00-N99	78,5	160,4	44,4	17,5	17,8	17,4
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,7	0,3	0,9	0,07	-	0,1
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,57	0,8	0,46	0,3	0,6	0,2
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	6,4	8,6	5,4	6,4	8,6	5,4

Таблица 3

Структурные показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения по данным обращаемости в поликлинику №3 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Структура (%)		Удельный вес первичной заболеваемости в общей (%)	Удельный вес первичной заболеваемости в общей	
		общей заболеваемости	первичной заболеваемости		среди лиц старше трудоспособного возраста	среди лиц трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	100,0	100,0	33,6	31,1	35,5
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	0,9	0,4	14,7	13,4	15,4
новообразования	C00-D48	2,2	2,5	38,2	37,2	40,4
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	0,2	0,05	7,6	7,4	7,7

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Структура (%)		Удельный вес первичной заболеваемости в общей (%)	Удельный вес первичной заболеваемости в общей	
		общей заболеваемости	первичной заболеваемости		среди лиц старше трудоспособного возраста	среди лиц трудоспособного возраста
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	4,5	1,1	7,8	10,3	5,6
болезни нервной системы	G00-G98	1,2	0,5	12,4	24,6	10,1
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	5,2	5,2	33,7	28,6	36,9
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	5,1	12,9	84,4	78,8	88,3
болезни системы кровообращения	I00-I99	30,0	8,4	9,4	13,8	5,0
болезни органов дыхания	J00-J98	18,3	42,3	77,4	57,6	86,3
болезни органов пищеварения	K00-K92	10,1	2,5	8,4	20,2	3,7
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	3,1	9,1	97,4	95,7	98,4
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	12,3	9,5	26,0	41,2	10,2
болезни мочеполовой системы	N00-N99	6,1	4,0	22,3	11,1	39,1
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,06	0,02	9,8	71,4	11,1
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,04	0,08	59,4	71,4	50,0
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	0,5	1,5	100,0	100,0	100,0

2.4. Задача 5 блока Б

Таблица 1

Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику №4 в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения	Среди лиц старше трудоспособного возраста	Среди лиц трудоспособного возраста
---	--------------------------	---------------------------	---	------------------------------------

	тра	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	50459	16981	28445	5892	22014	11089
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	1200	1054	432	315	768	739
новообразования	C00-D48	2130	648	1449	356	681	292
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	190	9	94	7	96	2
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	1697	166	1060	71	637	95
болезни нервной системы	G00-G98	769	388	386	199	383	189
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	3915	775	3128	281	787	494
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	1792	1259	981	476	811	783
болезни системы кровообращения	I00-I99	13130	956	10559	594	2571	362
болезни органов дыхания	J00-J98	7003	5584	2276	1724	4727	3860
болезни органов пищеварения	K00-K92	3980	840	1702	224	2278	616
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	1643	1495	574	492	1069	1003
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	5882	605	3512	178	2370	427
болезни мочеполовой системы	N00-N99	6544	2669	1992	684	4552	1985
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	64	13	9	-	55	13
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	12	12	-	-	12	12
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	508	508	291	291	217	217

Таблица 2

Показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику № 4 в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности (на 1000 человек)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	1317,5	2657,7	797,7	443,4	550,5	401,8
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	31,3	40,4	27,8	27,5	29,4	26,8
новообразования	C00-D48	55,6	135,4	24,7	16,9	33,3	10,6
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	5,0	8,8	3,5	0,2	0,65	0,07
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	44,3	99,0	23,1	4,3	6,6	3,4
болезни нервной системы	G00-G98	20,1	36,1	13,9	10,1	18,6	6,8
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	102,2	292,2	28,5	20,2	26,2	17,9
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	46,8	91,6	29,4	32,9	44,5	28,4
болезни системы кровообращения	I00-I99	342,8	986,5	93,2	24,9	55,5	13,1
болезни органов дыхания	J00-J98	182,2	212,6	171,3	145,8	161,1	139,9
болезни органов пищеварения	K00-K92	103,9	159,0	82,5	21,9	20,9	22,3
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	42,8	53,6	38,7	39,0	46,0	36,3
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	153,6	328,1	85,9	15,8	16,6	15,5
болезни мочеполовой системы	N00-N99	170,9	186,1	164,9	69,7	63,9	71,9
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	1,7	0,8	2,0	0,3	-	0,5

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,3	-	0,4	0,3	-	0,4
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	13,3	27,2	7,9	13,3	27,2	7,9

Таблица 3

Структурные показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения по данным обращаемости в поликлинику №4 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Структура (%)		Удельный вес первичной заболеваемости в общей (%)	Удельный вес первичной заболеваемости в общей	
		общей заболеваемости	первичной заболеваемости		среди лиц старше трудоспособного возраста	среди лиц трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	100,0	100,0	33,6	20,7	50,4
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	2,4	6,2	87,8	72,9	96,2
новообразования	C00-D48	4,2	3,8	30,4	24,6	42,9
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	0,4	0,05	4,7	7,4	2,1
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	3,4	1,0	9,8	6,7	14,9
болезни нервной системы	G00-G98	1,5	2,3	50,4	51,6	49,3
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	7,8	4,6	19,8	9,0	62,8
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	3,6	7,4	70,2	48,5	96,5
болезни системы кровообращения	I00-I99	26,0	5,6	7,3	5,6	14,1
болезни органов дыхания	J00-J98	13,9	32,9	79,7	75,7	81,6
болезни органов пищеварения	K00-K92	7,9	4,9	21,1	13,2	27,0
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	3,3	8,8	91,0	85,7	93,8

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Структура (%)		Удельный вес первичной заболеваемости в общей (%)	Удельный вес первичной заболеваемости в общей	
		общей заболеваемости	первичной заболеваемости		среди лиц старше трудоспособного возраста	среди лиц трудоспособного возраста
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	11,6	3,6	10,3	5,1	18,0
болезни мочеполовой системы	N00-N99	13,0	15,7	40,8	34,3	43,6
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,1	0,08	20,3	-	23,6
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,02	0,07	100,0	-	100,0
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	1,0	3,0	100,0	100,0	100,0

2.5. Задача 6 блока Б

Таблица 1

Абсолютные показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику №5 в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	44620	21497	22669	6996	21951	14501
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	299	180	131	88	168	92
новообразования	C00-D48	1499	445	812	220	687	225
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	119	63	26	6	93	57

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Среди взрослого населения		Среди лиц старше трудоспособного возраста		Среди лиц трудоспособного возраста	
		всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни	всего	из них с диагнозом, установленным впервые в жизни
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	1837	208	1308	112	529	96
болезни нервной системы	G00-G98	502	78	205	31	297	47
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	3931	846	3065	593	866	253
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	743	439	424	252	319	187
болезни системы кровообращения	I00-I99	9096	635	7508	398	1588	237
болезни органов дыхания	J00-J98	3668	3001	1373	1002	2295	1999
болезни органов пищеварения	K00-K92	1579	322	991	147	588	175
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	397	345	178	148	219	197
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	2601	524	1718	313	883	211
болезни мочеполовой системы	N00-N99	7037	3149	2107	890	4930	2259
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	25	5	10	-	15	5
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	73	43	28	11	45	32
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	11214	11214	2785	2785	8429	8429

Таблица 2

Показатели общей и первичной заболеваемости по данным обращаемости взрослого населения в поликлинику №5 в разрезе классов МКБ-10 с учетом возраста трудоспособности (на 1000 человек)

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	1588,7	2299,8	1204,2	765,4	709,7	795,5
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	10,6	13,3	9,2	6,4	8,9	5,0
новообразования	C00-D48	53,4	82,4	37,7	15,8	22,3	12,3
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	4,2	2,6	5,1	2,2	0,6	3,1
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	65,4	132,7	29,0	7,4	11,4	5,3
болезни нервной системы	G00-G98	17,9	20,8	16,3	2,8	3,1	2,6
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	140,0	310,9	47,5	30,1	60,2	13,9
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	26,4	43,0	17,5	15,6	25,6	10,3
болезни системы кровообращения	I00-I99	323,9	761,7	87,1	22,6	40,4	13,0
болезни органов дыхания	J00-J98	130,6	139,3	125,9	106,8	101,6	109,7
болезни органов пищеварения	K00-K92	56,2	100,5	32,3	11,5	14,9	9,6
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	14,1	18,1	12,0	12,3	15,0	10,
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	92,6	174,3	48,4	18,6	31,8	11,6
болезни мочеполовой системы	N00-N99	250,6	213,8	270,5	112,1	90,3	123,9
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,9	1,0	0,8	0,2	-	0,3

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Общая заболеваемость			в том числе с диагнозом, установленным впервые в жизни		
		всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста	всего населения	старше трудоспособного возраста	трудоспособного возраста
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	2,6	2,8	2,5	1,5	1,1	1,8
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	399,3	282,5	462,4	399,3	282,5	462,4

Таблица 3

Структурные показатели общей и первичной заболеваемости взрослого населения по данным обращаемости в поликлинику №5 города N в разрезе классов МКБ-10, а также с учетом возраста трудоспособности

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Структура (%)		Удельный вес первичной заболеваемости в общей (%)	Удельный вес первичной заболеваемости в общей	
		общей заболеваемости	первичной заболеваемости		среди лиц старше трудоспособного возраста	среди лиц трудоспособного возраста
Зарегистрировано заболеваний - всего	A00-T98	100,0	100,0	48,2	30,9	66,1
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	0,7	0,8	60,2	67,2	54,8
новообразования	C00-D48	3,4	2,1	29,7	27,1	32,8
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	D50-D89	0,3	0,3	52,9	23,1	61,3
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	E00-E89	4,1	1,0	11,3	8,6	18,1
болезни нервной системы	G00-G98	1,1	0,4	15,5	15,1	15,8
болезни глаза и его придаточного аппарата	H00-H59	8,8	3,9	21,5	19,3	29,2
болезни уха и сосцевидного отростка	H60-H95	1,7	2,0	59,1	59,4	58,6
болезни системы кровообращения	I00-I99	20,4	2,9	7,0	5,3	14,9
болезни органов дыхания	J00-J98	8,2	14,0	81,8	73,0	87,1
болезни органов пищеварения	K00-K92	3,5	1,5	20,4	14,8	29,8

Наименование классов и отдельных болезней	Код по МКБ-10 пересмотра	Структура (%)		Удельный вес первичной заболеваемости в общей (%)	Удельный вес первичной заболеваемости в общей	
		общей заболеваемости	первичной заболеваемости		среди лиц старше трудоспособного возраста	среди лиц трудоспособного возраста
болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	0,9	1,6	86,9	83,1	90,0
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	5,8	2,4	20,1	18,2	23,9
болезни мочеполовой системы	N00-N99	15,8	14,6	44,7	42,2	45,8
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	Q00-Q99	0,06	0,02	20,0	-	33,3
симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках	R00-R99	0,2	0,2	58,9	39,3	71,1
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	S00-T98	25,1	52,2	100,0	100,0	100,0

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Назовите основные законы, регламентирующие правовые, экономические и организационные основы в вопросах охраны здоровья и медицинской помощи населению в Российской Федерации.
2. По каким видам классифицируется медицинская помощь населению?
3. Какие виды помощи включает ПМСП?
4. По какому принципу организуется доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь населению?
5. Какие виды участков могут быть организованы для медицинского обслуживания населения?
6. Назовите рекомендуемую численность прикрепленного населения на врачебных участках и нормативную штатную численность медицинского персонала на них.
7. Каким образом организуется специализированная ПМСП?
8. Проблемы и состояние участковой службы на современном этапе.
9. В чем состоит сущность участкового принципа в организации поликлинической помощи населению?
10. Какие основные организационные структуры входят в состав городской поликлиники?
11. Какие функциональные обязанности возлагаются на главного врача поликлиники, его заместителей, заведующих отделениями?
12. Как организуется работа регистратуры поликлиники, ее основные задачи?
13. Какие задачи возлагаются на кабинет доврачебного приема?
14. Какие вспомогательные лечебно-диагностические и консультативно-диагностические отделения и кабинеты организуются в поликлинике?
15. Дайте определение медицинской документации.
16. На какие группы можно условно разделить медицинскую документацию лечебно-профилактических учреждений?
17. На основании каких документов и с какой целью составляется медицинская отчетность?
18. Какие основные документы отражают деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений?

19. Как и с какой целью формируется отчетная форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»?
20. Что является единицей учета в статистике заболеваемости населения?
21. Как формируется статистика первичной заболеваемости населения?
22. Как формируется статистика общей заболеваемости населения?
23. Что характеризует показатель патологической пораженности?
24. Назовите виды профилактических медицинских осмотров.
25. Какие разделы годового статистического отчета по форме №30 используются для оценки деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений?
26. Какие показатели вычисляются для оценки организации медицинского обслуживания поликлиниками?
27. Какие особенности существуют в организации медицинской помощи населению в сельской местности?
28. Перечислите уровни ПМСП сельскому населению. В чем их сущность?
29. Укажите роль фельдшерско-акушерских пунктов и основные задачи их работы.
30. Какие проблемы существуют во внедрении общих врачебных практик?
31. Назовите виды и условия оказания медицинской педиатрической помощи.
32. Дайте определение ПМСП как основной системы оказания медицинской помощи детям и подросткам.
33. Что составляет основу медицинского обеспечения детям?
34. Назовите организационные основы и задачи детской поликлиники.
35. Из каких отделений и служб формируется структура детской поликлиники?
36. Укажите особенности в работе регистратуры детской поликлиники.
37. Как организуется работа лечебно-профилактического отделения детской поликлиники? Перечислите функции участкового врача педиатра.
38. Как осуществляется организация контроля за состоянием здоровья и развития детей на первом году жизни.
39. В чем заключается комплексный подход к охране здоровья ребенка? Как осуществляется неотложная помощь детскому населению?
40. Как организуется медицинская помощь детям и подросткам в образовательных учреждениях?

41. В чем заключается цель и основные задачи отделения медико-социальной помощи детской поликлиники?
42. Назовите основные медицинские документы, используемые в детских амбулаторно-поликлинических учреждениях.
43. Перечислите общие и специальные показатели деятельности детской поликлиники.
44. На какие учреждения возлагается организация медицинской помощи детям в сельской местности?
45. Назовите виды медицинских осмотров детского населения, их цели и задачи.
46. Укажите порядок проведения профилактических осмотров детского населения в зависимости от возраста ребенка.
47. Как осуществляется организация проведения предварительных медицинских осмотров детского населения?
48. С какой целью проводятся периодические медицинские осмотры несовершеннолетних в общеобразовательных организациях?
49. Как осуществляется комплексная оценка состояния здоровья детей?
50. Какие критерии определяют медицинские группы для занятия детей физической культурой?

17. ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ ДИСПАНСЕРНОМУ НАБЛЮДЕНИЮ

№ п/п	Наименование заболевания	Код по МКБ-10	Дата постановки на диспансерное наблюдение	врач		Дата снятия с диспансерного наблюдения	врач	
				должность	подпись		должность	подпись
1	2	3	4	5	6	7	8	9

18. ГРУППА КРОВИ, Rh _____

19. ЛЕКАРСТВЕННАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ:

19.1. _____

19.2. _____

19.3. _____

**Инструкция по заполнению учетной формы
№025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного»**

«Медицинская карта амбулаторного больного» (далее Карта) является основным первичным медицинским документом больного, лечащегося амбулаторно или на дому, и заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в данное лечебное учреждение.

На каждого больного в поликлинике ведется одна медицинская Карта, независимо от того, лечится ли он у одного или нескольких врачей. Карты ведутся во всех учреждениях, ведущих амбулаторный прием, общих и специализированных, городских и сельских, включая фельдшерско-акушерские пункты (далее – ФАП), врачебные и фельдшерские здравпункты, карты находятся в регистратуре по участковому принципу, Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой «Л».

Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинского учреждения при первом обращении пациента за медицинской помощью (консультацией).

На титульном листе Карты проставляется полное наименование медицинского учреждения, в соответствии с документом регистрационного учета и код ОГРН.

Вносится номер Карты – индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинским учреждением.

В строке 1 «Страховая медицинская организация» указывается наименование страховой компании, выдавшей страховой медицинский полис ОМС.

В строку 2 вписывается номер страхового медицинского полиса ОМС в соответствии с бланком представленного полиса. В строке 3 проставляется код льготы.

В строке 4 проставляется страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации, который формируется в Федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг (Федеральный закон от 17.07.1999 №178-ФЗ «О государственной социальной помощи», Собрание законодательства Российской Федерации от 30 августа 2004 года №35, ст. 3607).

Фамилия, имя, отчество гражданина, его пол, дата рождения, адрес постоянного места жительства в Российской Федерации заполняются в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

При отсутствии у гражданина постоянного места жительства в Российской Федерации указывается адрес регистрации по месту пребывания.

Номера телефонов, домашнего и рабочего записываются со слов пациента.

В строках 13 «Документ, удостоверяющий право на льготное обеспечение (наименование, номер, серия, дата, кем выдан)» и 13 «Группа инвалидности» проставляется запись по представленному документу.

В строку 14 вписывается группа инвалидности, имеющаяся у пациента.

В строке 15 производится отметка о месте работы, должности. В случае изменения адреса или места работы заполняется пункт 16.

Далее Карта заполняется медицинским работником (участковым врачом, врачом-специалистом, фельдшером на ФАПе, врачом общей практики), осуществляющим наблюдения за больным.

В таблице пункта 17 «Заболевания, подлежащие диспансерному наблюдению» указываются заболевания, которые подлежат диспансерному наблюдению в данном медицинском учреждении, с указанием даты постановки и снятия с учета, должности и подписи врача, осуществляющего диспансерное наблюдение за больным.

Записи в данной таблице делаются на основании «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (учетной формы №030/у-04).

Строка 18 заполняется в соответствии с результатами лабораторных исследований.

Строка 19 заполняется по сведениям медицинской документации о выявленной лекарственной непереносимости, или со слов больного.

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 производится запись о дате и причине смерти.

Медицинские карты умерших изымаются из действующей картотеки и передаются в архив лечебного учреждения, где хранятся 25 лет.

Больной может состоять под наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких специалистов (например, по поводу язвенной болезни, хронического холецистита у терапевта и хирурга), в таблице пункта 17 такое заболевание записывается один раз специалистом, первым взявшим его под диспансерное наблюдение. Если больной наблюдается по поводу нескольких, этиологически не связанных заболеваний у одного или нескольких специалистов, то каждое из них выносится на титульный лист.

Если у больного изменяется характер заболевания (например, к гипертонической болезни присоединяется ишемическая болезнь сердца), то в таблицу на титульный лист выносятся новый диагноз без даты взятия на учет, а старая запись зачеркивается.

Особое внимание должно уделяться записям на листе заключительных (уточненных) диагнозов, куда заносятся врачами всех специальностей диагнозы, установленные при первом обращении в поликлинику и по помощи на дому в данном календарном году, независимо от того, когда был поставлен диагноз: при первом или последующих посещениях или в предыдущие годы.

В случаях, когда врач не может поставить точный диагноз при первом посещении 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». В случае перехода болезни из одной стадии в другую (при гипертонической болезни и др.) записанный диагноз вновь повторяется с указанием новой стадии.

Если при обращении больного обнаруживается заболевание, по поводу которого больной раньше ни в какое лечебное учреждение не обращался, то такое заболевание считается впервые выявленным и отмечается на «листе» знаком «+» (плюс).

Заболевания, которые могут возникнуть у одного человека заново несколько раз (ангина, острое воспаление верхних дыхательных путей, абсцессы, травмы и т. д.), всякий раз при новом возникновении считаются впервые выявленными и отмечаются на «листе» знаком «+» (плюс).

Все остальные записи в медицинской карте производятся лечащими врачами в установленном порядке, в порядке текущих наблюдений.

Здесь же записываются консультации специалистов, врачебных комиссий и т. д.

Медицинские карты амбулаторного больного, истории развития ребенка хранятся в регистратуре: в поликлиниках – по участкам и в пределах участков по улицам, домам, квартирам; в центральных районных больницах и сельских амбулаториях - по населенным пунктам и алфавиту.

Инструкция по заполнению учетной формы №025-12/у «Талон амбулаторного пациента»

«Талон амбулаторного пациента» (далее Талон) заполняется во всех лечебно-профилактических учреждениях (подразделениях), ведущих амбулаторный прием, при каждом обращении пациента. Талон на граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируется литерой «Л». В Талоне регистрируются данные о пациенте, работе врача и среднего медицинского персонала, заболевании, травме, диспансерном учете, случае временной нетрудоспособности, льготном рецепте.

Данные о пациенте (п.п. 1 - 11) заполняются в регистратуре при соответствующей организации работы лечебного учреждения, либо с помощью программного средства, либо путем обведения в кружок соответствующей позиции.

Прочие данные (п.п. 12 - 30) заполняются медицинским работником в лечебно-диагностическом подразделении также путем обведения в кружок соответствующей позиции.

Врач кабинета медицинской статистики (либо лицо, на которое возложена функция контроля кодирования диагнозов, данных о травме, диспансерном учете) контролирует правильность заполнения Талона, кодирования диагнозов, данных диспансерного учета и т. д.

Порядок заполнения.

В заголовке Талона фиксируется номер медицинской карты амбулаторного больного (учетная форма №025/у-04) или истории развития ребенка (учетная форма №112/у) и указывается число, месяц, год приема пациента шестизначным числом.

Например: запись даты 11 октября 2004 года должна иметь вид 11.10.04.

В пункте 1 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, утвержденными Федеральным законом Российской Федерации от 22.08.2004 №122-ФЗ «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации», Собрание законодательства Российской Федерации от 30 августа 2004 года №35, ст. 3607.

В клетках кода до первой значащей цифры проставляются нули.

Например: если гражданин имеет 2 категорию льгот – «участник Великой Отечественной войны», запись должна иметь следующий вид | 0 | 0 | 2 |

В пункт 2 вписывается номер страхового полиса ОМС, в пункт 3 - страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации, который формируется в Федеральном регистре лиц, имеющих право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, утвержденным Федеральным законом Российской Федерации от 22.08.2004г. №122-ФЗ. Пункт 4. «Пациент: код» указывается идентификационный номер пациента, принятый в лечебно-профилактическом учреждении (далее – ЛПУ). Фамилия, имя, отчество пациента записываются полностью, без сокращений.

Пункт 5. Пол пациента отмечается в соответствующей позиции. Пункт 6. Указывается дата рождения пациента в формате «число, месяц, год» (год рождения - полностью). Например, запись даты рождения «5 мая 2001 года» должна иметь вид 05.05.2001.

Пункт 7. Регистрируются данные документа, удостоверяющего личность пациента (для детей - документ родителя, опекуна). Заполняется при первом посещении пациента по данному случаю или разовом обращении пациента в ЛПУ.

Пункт 8. Вписывается адрес регистрации места жительства по данным паспорта. Заполняется при первом или разовом обращении пациента в ЛПУ.

Пункт 9. Признак «житель города, села» отмечается в соответствующей позиции в соответствии с административным делением территории субъекта Российской Федерации. Заполняется при первом или разовом обращении пациента в ЛПУ.

Пункт 10. Социальный статус отмечается в соответствующей позиции.

Пункт 11. Отмечается наличие инвалидности у пациента. Причем если инвалидность установлена впервые в жизни, то отмечается и пункт 6, если снята - то и пункт 7. В пункте 5 - проставляется степень инвалидности.

Пункт 12. «Специалист: код» - указывается код врача, к которому обратился пациент. В случае если врач ведет прием вместе со средним медицинским работником, указывается только код врача. Код, фамилия, имя и отчество врача записываются полностью без сокращений.

Пункт 13. Заполняется в случае, если в ЛПУ ведется учет медицинской помощи, оказанной средним медицинским персоналом. Код, фамилия, имя, отчество среднего медицинского работника записываются полностью, без сокращений.

Пункт 14. Вид оплаты данного случая оказания медицинской помощи отмечается в соответствующей позиции.

Пункт 15. Отмечается в соответствующей позиции место обслуживания пациента, указывается только один из предлагаемых кодов.

Пункт 16. Цель посещения пациента отмечается в соответствующей позиции. Указывается только один из предлагаемых кодов.

Позиция «заболевание» (код 1) отмечается при посещениях в поликлинику по поводу заболевания и диагностического обследования, консультации, а также при проведении диспансерного приема. Позиция «профосмотр» (код 2), патронаж (код 3) отмечается при посещениях, не связанных с заболеванием. «Профосмотр» при оказании помощи на дому включает посещения, например, с целью проведения плановой иммунизации и наблюдения за пациентом, находившимся в контакте с инфекционным больным.

Пункт 17. Результат обращения (обращение - включает в себя число посещений пациента, в результате которых повод обращения завершен) отмечается в соответствующих позициях только при последнем посещении больного по данному поводу. Необходимо учесть, что кодом «7» отмечается случай направления пациента на консультацию к специалистам этого же ЛПУ.

Пункт 18. Записывается наименование и код основного диагноза, послужившего причиной обращения в ЛПУ, в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра.

Пункт 19. Записывается код медицинской услуги. Если учет оказания медицинской помощи ведется по стандартам медицинской помощи (СМП), утвержденным в соответствующем порядке, то записывается код стандарта, если учет ведется по посещениям - код посещения. Талон содержит несколько позиций для кода обозначения медицинской помощи. Поля заполняются последовательно, без пропусков. Если оказывается медицинская помощь по поводу разных заболеваний, то коды медицинской помощи записываются в соответствующие фрагменты (пункты), относящиеся к разным диагнозам.

Каждая седьмая ячейка в позиции кода медицинской услуги (выделена жирным шрифтом) предназначена для обозначения кратности выполненной услуги, если услуга оказана более одного раза.

Пункт 20. «Характер заболевания» - на основании этого пункта заполняется лист заключительных (уточненных) диагнозов Медицинской карты амбулаторного больного (учетная форма №025/у-04) в случае вынесения диагноза. Отмечается только один из предлагаемых кодов. Если у пациента диагностировано острое или впервые в жизни выявленное хроническое заболевание, то отмечается пункт 1 (+), в остальных случаях - пункт 2 (-).

Пункт 21. Заполняется для пациентов, состоящих на диспансерном учете. Отмечается соответствующая позиция. Если пациент снят с диспансерного учета (код 3), то в 4 позиции отметить причину снятия с диспансерного учета –«выздоровление».

Пункт 22. Заполняется для пациентов, получивших травму. Отмечается один код в одной из трех строк, определяющих вид травмы: в верхней строке в пунктах 2 - 5 - производственная, в средней строке в пунктах 6 - 12 - непроизводственная, в нижней строке в пункте 13 - полученная в результате террористических действий.

Пункт 27. Заполняется в случае корректировки диагноза, вынесенного (записанного) ранее на лист заключительных (уточненных) диагнозов медицинской карты амбулаторного больного.

Здесь указывается диагноз, который следует заменить, ниже на строке следует отметить дату регистрации изменяемого диагноза.

Заключительный диагноз по данному случаю вписывается в строку 18 «Диагноз» в основной блок.

Блок, содержащий позиции 23-26, заполняется в случае, если у больного регистрируются сопутствующие заболевания. Все строки этого блока заполняются по правилам, описанным в строках 18-21 настоящей инструкции.

Пункт 28. Заполняется в случае выдачи (закрытия) документа временной нетрудоспособности следующим образом:

- отмечается позиция «открыт» (код 1) при выдаче документа (листка, справки) временной нетрудоспособности;

- отмечается позиция «закрыт» (код 2) при закрытии листка временной нетрудоспособности либо справки. Если закрывается документ временной нетрудоспособности, открытый в другом лечебном учреждении, то одновременно отметить позицию «открыт» (код 1), рядом записать дату открытия документа временной нетрудоспособности.

Пункт 29. Указывается причина выдачи документа временной нетрудоспособности.

Пункт 29.1. Заполняется в случае закрытия листка временной нетрудоспособности по уходу за больным. Отмечаются данные лица осуществлявшего уход за пациентом (получавшего листок временной нетрудоспособности по уходу).

Пункт 30. Заполняется при выписке пациенту рецептов на льготное лекарственное обеспечение.

Учреждениям, имеющим запасы Талонов – форма №025-11/у, возможно использование этого Талона до полного израсходования при условии введения в него позиций, предусмотренных Талоном №025-12/у.

В то же время при обращении в амбулаторно-поликлиническое учреждение граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, в обязательном порядке на каждое посещение заводится Талон амбулаторного пациента форма №025-12/у.

**«Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений
дошкольного, начального общего, основного общего, среднего (полного)
общего образования, учреждений начального и среднего
профессионального образования, детских домов и школ-интернатов»
(учетная форма № 026/у-2000)**

ИНСТРУКЦИЯ

**о порядке ведения учетной формы № 026/у-2000 «Медицинская карта ребенка для
образовательных учреждений дошкольного, начального общего, основного общего,
среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего
профессионального образования, детских домов и школ-интернатов»
(с изменениями и дополнениями по состоянию на 25.07.06.)**

«Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений дошкольного, начального, основного общего, среднего (полного) общего образования, учреждений начального и среднего профессионального образования, детских домов и школ-интернатов» предназначена для детей и подростков в возрасте до 18 лет, обучающихся, воспитывающихся в образовательных учреждениях независимо от организационно-правовой формы и формы собственности.

«Медицинская карта ребенка для образовательных учреждений» заполняется медицинскими работниками (врач, средний медицинский работник) образовательного учреждения. В части скрининг-программы в пределах компетенции педагогического персонала (педагоги, психологи) заполняется медицинскими работниками.

Структура «Медицинской карты ребенка для образовательных учреждений»

В форме предусмотрено выделение следующих разделов:

Общие сведения о ребенке (на обложке);

1. Неблагоприятные профессионально-производственные факторы;

2. Уточненные сведения;

3. Сведения о диспансерном наблюдении;

4. Обязательные лечебно-профилактические мероприятия;

5. Иммунопрофилактические мероприятия;

6. Данные плановых профилактических медицинских осмотров (в соответствии с приказом Минздрава России и Минобразования России № 186/272 от 30.06.92г. «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях», приказом Минздрава России № 60 от 14.03.95 г. «Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов», приказом Минздрава России № 151 от 07.05.98 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям», приказом Минздрава России № 154 от 05.05.99 г. «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста»).

7. Результаты профессиональной врачебной консультации;

8. Рекомендации по занятиям спортом, бальными или спортивными танцами;

9. Сведения о подготовке юношей к военной службе;

10. Скрининг-программа базовая;

11. Данные текущего медицинского наблюдения.

РАЗДЕЛ «ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ» (на обложке)

Раздел содержит следующие таблицы:

- группу здоровья ребенка;

- паспортные данные родителя или опекуна;

- паспортные данные ребенка с 14 лет;
- адресные данные по месту прописки и по месту жительства ребенка;
- сведения об амбулаторно-поликлиническом учреждении, обслуживающем ребенка по месту жительства;
- дату поступления в ДОУ;
- дату поступления в образовательное учреждение;
- номер класса в школе и группы в колледже (ПТУ), курс.

РАЗДЕЛ 1. «НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ФАКТОРЫ»

В разделе указываются:

- п.п.1.1. неблагоприятные профессионально-производственные факторы (шум, пыль, метеоусловия и др.), с которыми сталкивается учащийся учреждений начального и среднего профессионального образования и с какого года подросток контактирует с данными факторами;
- п.п.1.2. должен содержать сведения обо всех аллергических заболеваниях (реакциях), имеющихся у ребенка и вызывающих их аллергенах.

РАЗДЕЛ 2. «ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ»

Раздел содержит:

- п.п.2.1 сведения о родителях;
- п.п.2.2. данные о составе семьи и перенесенных ими заболеваниях;
- п.п.2.3 анамнестические сведения, т.е. сведения о физическом и нервно-психическом развитии до 3-х лет, характеристика отдельных социальных условий, влияющих на формирование здоровья детей на разных этапах развития, наличие у ребенка места для самостоятельных занятий и отдыха.
- 2.4.-2.9. включают сведения о флюорографии, перенесенных острых и хронических заболеваниях, травмах, операциях, госпитализации (указывается название и № учреждения), пропусках занятий по болезни, санаторно-курортном лечении с указанием климатической зоны, где проходило лечение, названия и профиля учреждения.

РАЗДЕЛ 3. «СВЕДЕНИЯ О ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ»

Данный раздел заполняется на детей, состоящих на диспансерном наблюдении в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства. Сведения, заносимые в этот раздел необходимы для осуществления контроля за проведением диспансерного наблюдения они переносятся из амбулаторной карты (ф. 112-у).

Обязательно заполнение всех предусмотренных граф раздела с указанием врача-специалиста, осуществляющего диспансерное наблюдение, дат назначенной и фактической явки для контрольного осмотра и обследования, при снятии с диспансерного наблюдения - дату и причину снятия.

РАЗДЕЛ 4. «ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ»

В данный раздел включаются сведения о проведении в условиях образовательного учреждения и результатах дегельминтизации и санации полости рта (с указанием даты). Частота и кратность проведения мероприятий определяются действующими нормативно-методическими документами: приказ Минобразования России № 186/ 272 от 30.06.92 г. «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях», приказ Минздрава России №60 от 14.03 95 г. «Об утверждении Инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов», приказ Минздрава России №151 от 07.05.98 г. «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям», методические рекомендации «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем

дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы» (утв. Минздравом России, 1993). Кроме того, санация полости рта может проводиться по показаниям при обращении ребенка к стоматологу.

РАЗДЕЛ 5 «ИММУНОПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ»

В данный раздел включаются сведения:

- о результатах медицинского осмотра педиатром до проведения прививок и об определении показаний к их проведению (5.1.);
- о разрешении и непосредственном проведении прививок и других иммунопрофилактических мероприятий;
- о проведении плановых прививок (п.5.5.), в соответствии с «Календарем прививок» (Приказ Минздрава России №375 от 18.12.97 «О календаре профилактических прививок»);
- о проведении прививок по эпидемиологическим показателям (п. 5.6.);
- о введении иммуноглобулина по показаниям (п.5.2);
- о проведении противотуберкулезных мероприятий (п.п. 5.3 и 5.4.).

В таблицах 5.2.- 5.6. в качестве отметки о проведении прививки указывается дата ее проведения, возраст, № серии вакцины, доза, способ введения, срок годности, реакция на введение (немедленного или замедленного типов). Обязательна подпись лица, осуществляющего вакцинацию или другие иммунопрофилактические мероприятия.

РАЗДЕЛ 6. «ДАННЫЕ ПЛАНОВЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ»

В данном разделе содержатся сведения и результаты проведения плановых медосмотров в следующие возрастные периоды:

- 6.1. перед поступлением в учреждения дошкольного образования;
- 6.2. за 1 год до поступления в образовательные учреждения начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования;
- 6.3. непосредственно перед поступлением в образовательные учреждения начального общего, основного общего, среднего (полного) общего образования;
- 6.4. лист профилактического осмотра (3-7 лет);
- 6.5. в возрасте 7 лет (по окончании 1-го класса);
- 6.6. в возрасте 10 лет (при переходе к предметному обучению);
- 6.7. в возрасте 12 лет;
- 6.8. в возрасте 14-15 лет;
- 6.9. в возрасте 16 лет;
- 6.10. в возрасте 17 лет;
- 6.11. лист профилактического осмотра (7-17 лет).

В данных педиатрического осмотра, наряду с обычными сведениями, указывается частота сердечных сокращений за 1 мин. и результаты 3-х кратного измерения АД (с точностью до 2 мм.рт. ст.).

Каждый из участвующих в медицинском осмотре специалистов заносит в соответствующую строку данные по проведенному осмотру, а также диагноз (в соответствии с Международной классификацией болезней 10 пересмотра) или заключение «здоров».

На каждом профилактическом осмотре у детей берутся анализы крови, мочи, кала. Результаты анализов заносятся в «Медицинскую карту» и учитываются при установлении диагноза, назначении коррекционных, лечебных, реабилитационных мероприятий.

В строку «Заключительный диагноз» врачом-педиатром вписывается полный клинический диагноз, учитывающий результаты осмотра врачей всех специальностей. Оценка интегральных показателей (физического и нервно-психического развития, физической подготовленности, отнесение к определенной группе здоровья, медицинской группе для занятий физкультурой) проводится в соответствии с приказом Минздрава России Минобразования России №186/272 от 30.06.92 «О совершенствовании системы

медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях», приказом Минздрава России №60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возраста на основе медико-экономических нормативов» и методическими рекомендациями «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы» (утв. Минздравом России, 1993).

«Медико-педагогическое заключение» выносится совместно педиатром и педагогом на основании анализа динамики состояния здоровья в течение обучения. В «Медицинскую карту» медико-педагогическое заключение вносится только педиатром. В строку «Рекомендации» вписываются рекомендации по оздоровлению и реабилитации ребенка, коррекции нарушений здоровья и развития в условиях образовательного учреждения. Кроме того, в данную строку вносятся советы при переводе ребенка в образовательные учреждения различного типа, а также рекомендации о возможности обучения в образовательных учреждениях с повышенным содержанием образования.

С 10-летнего возраста (п.п.6.6.-6.10.) регистрируется половая формула ребенка (методические рекомендации «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровлением в условиях детского сада, школы», утв. Минздравом России, 1993), у девочек дается характеристика менструальной функции с указанием возраста (годы, число месяцев) наступления менархе и характеристика менструального цикла (длительность, регулярность, количество теряемой крови, болезненность и др.). По данным половой формулы и характеристике менструальной функции проводится интегральная оценка уровня полового развития (методические рекомендации «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы», утв. Минздравом России, 1993). Результаты заносятся в соответствующую строку «Медицинской карты».

В строку «ЭКГ» вносится заключение по результатам проведенного электрокардиографического исследования.

При медицинском осмотре в 14-15 лет и в дальнейшем проводится флюорографическое исследование, результаты которого вносятся в «Медицинскую карту». Кроме того, в 14-15, 16 и 17 лет по результатам медицинского осмотра предусмотрено внесение данных в строки «Ограничение деторождения» и «Репродуктивное поведение» (методические рекомендации «Методика коррекции репродуктивной установки подростков 15-17 лет», утв. Минздравом России, 1996).

В возрасте 17 лет в строку «Рекомендации» вносятся рекомендации по дальнейшему медицинскому наблюдению, в том числе, при передаче медицинского обслуживания в амбулаторно-поликлиническое учреждение, обслуживающее взрослое население.

Лист профилактического осмотра разработан и введен для текущих осмотров педиатрами детей вне декретированных возрастов с 3 до 17 лет:

- ясли-сад 1 раз в квартал;
- детский сад 2 раза в год;
- школа 1 раз в год.

Таким образом, лист профилактического осмотра применяется педиатрами для осмотра детей в 3,5; 4; 4,5 года, в 5; 5,5; 6,5; 8; 9; 11; 13 лет.

РАЗДЕЛ 7. «РЕЗУЛЬТАТЫ ВРАЧЕБНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ»

Сведения, содержащиеся в данном разделе, формируются на основании результатов профилактических медицинских осмотров и данных текущего медицинского наблюдения. В графе «Профессия» отмечаются те профессии или специальности, по которым в дальнейшем будет обучаться или работать ребенок (они могут быть сформулированы самим ребенком на основании собственных профессиональных устремлений или обозначены родителями). В графе «Рекомендации» на основании сопоставления имеющихся у ребенка нарушений

здоровья и развития, состоянии основных функциональных систем организма с действующими перечнями медицинских противопоказаний к профессиональному обучению (начальному, среднему или высшему) и труду дается заключение о возможности обучения или труда по определенным профессиям либо- ограничения или противопоказания к обучению или труду по определенным специальностям. Кроме того, при наличии медицинских противопоказаний или ограничений необходимо определить круг профессий (специальностей), по которым ребенок мог бы проходить обучение или работать, имея данные расстройства здоровья или развития.

РАЗДЕЛ 8. «РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЗАНЯТИЮ СПОРТОМ, БАЛЬНЫМИ И СПОРТИВНЫМИ ТАНЦАМИ»

В данном разделе содержатся результаты оценки состояния здоровья ребенка для вынесения заключения о возможности занятия спортом (в секциях) и приравненных к спортивным занятиям видах деятельности (в т.ч. бальные и спортивные танцы). Оценка возможности занятия различными видами спорта проводится на основании результатов плановых профилактических медицинских осмотров.

В графу «Вид спорта» заносится тот вид, в отношении занятия которым осуществляется оценка состояния здоровья (по желанию ребенка или его родителей). В графе «Рекомендации» должна содержаться информация о возможности заниматься данным видом спорта при имеющихся у ребенка нарушениях здоровья и развития. При отсутствии отклонений в состоянии здоровья, препятствующих спортивным занятиям, делается запись «не противопоказано». При наличии противопоказаний или ограничений делается соответствующая отметка, и даются рекомендации по занятию теми видами спорта, которые не противопоказаны или рекомендуются при имеющихся нарушениях здоровья.

РАЗДЕЛ 9. «СВЕДЕНИЯ О ПОДГОТОВКЕ ЮНОШЕЙ К ВОЕННОЙ СЛУЖБЕ»

Раздел содержит результаты оценки состояния здоровья юношей-подростков на этапах подготовки к первичной постановке на воинский учет и после первичной постановки (с предварительной оценкой годности к военной службе). Оценка уровня здоровья осуществляется амбулаторно-поликлиническим учреждением по месту жительства, а ее результаты вносятся в «Медицинскую карту ребенка для образовательных учреждений». Заключение выносится по результатам экспертизы годности, проведенной по результатам осмотра юноши медицинской комиссией и данным текущего медицинского наблюдения за ребенком.

В графу «Диагноз» вносится полный клинический диагноз ребенка. Заключение о возможности (ограничениях, невозможности) военной службы выносится только по результатам первичной постановки на воинский учет (медицинская комиссия) и переносится в «Медицинскую карту» из истории развития ребенка (ф. №112/у). До первичной постановки в графу «Диагноз» вносится заключение о возможности коррекции и лечения нарушений здоровья и развития, наличие которых у подростков может стать причиной негодности или ограниченной годности к военной службе. Заключение о необходимости проведения коррекционных и лечебно-оздоровительных мероприятий выносится на основании «Расписания болезней» (приказ Министра обороны РФ №200 от 20.08.03 г. редакция от 02.08.04г. «О порядке проведения военно-врачебной экспертизы Вооруженных Сил РФ»).

В графе «Рекомендации» фиксируются те необходимые мероприятия по повышению уровня здоровья, адаптационных и функциональных возможностей юношей, которые должны проводиться в условиях образовательного учреждения.

РАЗДЕЛ 10. «СКРИНИНГ-ПРОГРАММА БАЗОВАЯ» (Дошкольный и школьный этап)

Доврачебное обследование детей по скрининг-программам выполняется медицинской сестрой дошкольного учреждения, учреждения начального общего, основного, среднего (полного) общего образования, учреждения начального и среднего профессионального

образования, детского дома, школы-интерната. Перечень скрининг-тестов для каждого возраста определен приказом Минздрава России №60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов» и приказом Минздрава России №151 от 07.05.98 «О временных отраслевых стандартах объема медицинской помощи детям». Возможные варианты заключений по результатам проведения скрининг-тестов содержатся в методическом пособии «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы» (утвержденном Минздравом России в 1993).

«Скрининг-программа» (базовая и расширенная) представлена в виде таблицы, где по вертикали расположены названия скрининг-тестов, а по горизонтали возраст скрининг-обследования дошкольников и школьников. В нижней части таблицы по вертикали расположены тесты расширенной скрининг-программы, которые также необходимы в проведении комплексной оценки здоровья детей и являются обязательными для выполнения. Скрининг-обследования проводятся ежегодно, однако, в каждом возрасте проводятся не все скрининг-тесты, а только те, варианты заключений которых приведены в таблице (приказ Минздрава России и Минобразования России №186/272 от 30.06.92 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях», приказ Минздрава России №60 от 14.03.95 «Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов»).

В таблицу внесены унифицированные варианты заключений по каждому скрининг-тесту. Медицинская сестра подчеркивает необходимое заключение. В колонках «рост», «масса», «АД», «острота зрения», «Динамометрия», «тест Керна-Иерасика» (ориентировочный тест «школьной зрелости»), «число заболеваний (сумма острых и обострений хронических) за год» указывается цифровое значение показателя. Показатели динамометрии и физической подготовленности определяются педагогом на занятиях физкультурой, а медицинская сестра выносит заключения в лист «скрининг-программа базовая». С целью контроля за функциональным состоянием и при наличии показаний пробы с физической нагрузкой и динамометрия могут проводиться средним медицинским персоналом (приказ Минздрава России и Минобразования России №186/272 от 30.06.92 «О совершенствовании системы медицинского обеспечения детей в образовательных учреждениях», методическое пособие «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы» (утв. Минздравом России в 1993). Соответствующие показатели из таблицы скрининг-обследования переносятся в основную «Медицинскую карту» в подразделы, отражающие результаты проведения профилактических осмотров.

К проведению отдельных скрининг тестов привлекаются педагог, психолог (тест Керна-Иерасика, оценка нервно-психического развития). Методики проведения скрининг-тестов по базовой и расширенной программой определены в методическом пособии «Организация медицинского контроля за развитием и здоровьем дошкольников и школьников на основе массовых скрининг-тестов и их оздоровление в условиях детского сада, школы» (утв. Минздравом России в 1993).

Программа скрининг-тестов для детей дошкольного возраста составлена для ребенка, готовящегося к поступлению в образовательное учреждение начального общего образования с 7 лет. Если ребенок поступает в образовательное учреждение с 6 лет, то в 5 лет (за год до поступления) он будет обследоваться по скрининг-программе 6-летнего ребенка, а в 6 лет (непосредственно перед поступлением) по программе 7-летнего.

РАЗДЕЛ 11. «ДАННЫЕ ТЕКУЩЕГО МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ»

В данном разделе регистрируются обращения ребенка с жалобами (при острых, обострениях хронических заболеваний) к медицинскому персоналу. Обязательно

фиксируются жалобы, дата обращения, данные объективного осмотра, установленный диагноз и данные назначений и рекомендаций. В случае направления ребенка в территориальное амбулаторно-поликлиническое учреждение, обращения за скорой или неотложной медицинской помощью, делается соответствующая запись и обязательно указывается, кем оказана помощь (врач или средний медицинский работник).

В данный раздел вносятся сведения:

- о причинах и сроках медотводов от плановых профилактических прививок;
- об осмотре ребенка при принятии его в детский сад;
- о карантине при переводе его в другое образовательное учреждение;
- о проведении в образовательном учреждении лечебно-оздоровительных мероприятий (витаминизации блюд, закаливающих процедур, фитотерапии, сезонной профилактики простудных заболеваний);
- о назначениях лекарственной терапии, ЛФК, массажа.