

Амбулаторно-поликлиническая помощь населению

Амбулаторно-поликлиническая помощь — самый доступный и массовый вид медицинской помощи. Ее получают ежегодно около 80% всех больных. В среднем в течение года каждый житель страны 9 раз посещает поликлинику или вызывает врача на дом.

Для данного вида медицинской помощи характерны следующие особенности:

- большая часть амбулаторно-поликлинических учреждений оказывает первичную медико-социальную помощь и обеспечивает медицинскую помощь преимущественно по месту жительства с учетом интересов застрахованных граждан;
- проблемы здоровья населения (лечение, профилактика и др.) решаются либо в самих учреждениях, либо оказывается помощь на дому;
- это наиболее дешевый вид медицинской помощи по сравнению с другими (стационарным, санаторно-курортным);
- амбулаторно-поликлиническая помощь гарантирована Конституцией РФ, законами и многими законодательными актами.

Амбулаторно-поликлиническую помощь оказывают все поликлиники, различные виды диспансеров, женские консультации, амбулатории, здравпункты.

В настоящее время типы амбулаторно-поликлинических учреждений определены «Единой номенклатурой государственных и муниципальных учреждений здравоохранения», утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.02.2007 г. № 120.

Поликлиники могут входить в состав объединенной больницы (медико-санитарной части), либо быть самостоятельными учреждениями.

В соответствии с действующей номенклатурой выведены из разряда учреждений здравоохранения и признаны их структурными подразделениями фельдшерско-акушерские

Общие принципы организации работы поликлиники

Основными принципами амбулаторно-поликлинической помощи являются:

- участковый принцип; 1 • доступность;
- профилактическая направленность;
- преемственность и взаимосвязь в лечебно-профилактической деятельности.

пункты (ФАП). Здравпункты (врачебные, фельдшерские) также в настоящее время являются структурными подразделениями учреждений здравоохранения или организаций и предназначены для оказания первой медицинской помощи рабочим, служащим и учащимся. Женские консультации относятся к учреждениям системы охраны материнства и детства.

Общие принципы организации работы поликлиники

Основными принципами амбулаторно-поликлинической помощи являются:

участковый принцип

доступность

профилактика

преемственность и взаимосвязь в лечебно-профилактической деятельности

Участковый принцип на основе свободы выбора врача (врача общей практики, участкового). До введения обязательного медицинского страхования (1991) основным принципом организации лечебно-профилактической амбулаторной помощи населению являлся участково-территориальный принцип.

При реализации этого принципа за амбулаторно-поликлиническими учреждениями закрепляются определенные территории, разделенные в свою очередь на территориальные участки.

г.". В соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от „1^ 04.08.2006 г. № 584 «О порядке организации медицинского обслуживания населения по участковому принципу» участко- • •Чч ' вый принцип, — обеспечивающий доступность и качество ме- .'>■. дицинской помощи, является основной формой организации деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений, , Д.,, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населе- >т нию муниципальных образований.

с Следует при этом обязательно учитывать критерии терри- ^ торияльной (в том числе транспортной) доступности довра- ! \$ '.. чебной, врачебной и скорой медицинской помощи, а также информацию о численности, плотности, возрастном-половом : составе населения, уровне заболеваемости, географических и иных особенностях территории.

В амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликли- нических учреждениях могут быть созданы врачебные участ- ки: терапевтический, педиатрический, врача общей практики, семейного врача, комплексный терапевтический участок.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет• на терапевтическом участке — 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;

- на педиатрическом участке — 800 человек детского насе- тления в возрасте 0—17 лет включительно;
- на участке врача общей практики — 1500 человек взрос- лого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на участке семейного врача — 1200 человек взрослого и детского населения;
- на комплексном терапевтическом участке — 2000 и более человек взрослого и детского населения.

Комплексный терапевтический участок формируют из насе- тления, относящегося к врачебному участку амбулаторно-поли- клинического или

стационарно-поликлинического учреждения с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок), или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами.

В учреждениях системы охраны материнства и детства организуют также акушерско-гинекологические участки (из расчета 1 участок на 6000 взрослого населения или, если на долю женщин в составе населения приходится свыше 55% женщин, из расчета 3300 женщин на участок).

За участком закреплены врач и медицинская сестра, которые в рамках своей компетенции должны осуществлять ведение паспорта врачебного участка и формирование информационной (компьютерной) базы данных о состоянии здоровья обслуживаемого населения.

В медико-санитарных частях рабочих обслуживают по принципу цеховой участковости.

Закрепление определенных территорий за амбулаторно-поликлиническим учреждением (врачом) дает много преимуществ в организации медицинского обслуживания населения, главным из которых является полная осведомленность поликлиники и отдельных врачей о населении, т. е. о демографической ситуации, заболеваемости, условиях жизни, труда и пр.

Н. А. Семашко писал, что участковый принцип дает возможность лечащему врачу лучше знать свой участок, условия труда и быта своего населения, выявлять лиц, которые болеют часто и длительно, знать своих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, лучше бороться с распространением заразных болезней. Участковый врач становится по сути «домашним» врачом. Соблюдение участкового принципа повышает ответственность врача за судьбу больных и в конечном счете определяет эффективность работы поликлиники в целом.

В связи с постарением населения, ростом числа хронических заболеваний, дифференциацией и специализацией медицинской помощи

стало целесообразным распространение участкового принципа также на работу врачей других специальностей. В штат каждого терапевтического отделения вошли врачи-специалисты — хирург, невропатолог, отоларинголог и окулист, а при наличии стоматологического отделения — и врачи-стоматологи. Такой метод получил название бригадного, при этом указанные специалисты стали обслуживать больных определенных терапевтических участков и в поликлинике, и на дому.

В условиях монополярной государственной системы закрепление населения за участковым врачом по территориальному принципу было оправданным, так как позволяло ему работать фактически семейным врачом. Благодаря этому участковый врач мог:

- оценивать динамику здоровья постоянного контингента населения участка (демографический состав, показатели заболеваемости, инвалидности);
- изучать условия жизни, семейные и психологические факторы, влияющие на здоровье;
- организовывать санитарно-противоэпидемические и лечебно-профилактические мероприятия на своем участке;
- иметь доверительный психологический контакт с населением.

Между тем с развитием специализированной помощи участковый врач со временем превратился по существу в участкового терапевта и занимался в основном лечением и профилактикой терапевтической патологии, что привело к снижению его квалификации как врача широкого профиля. Кроме того, высокая текучесть кадров участковых терапевтов, отсутствие у них заинтересованности в совершенствовании своих знаний и умений повлекли за собой снижение качества медицинской помощи и соответственно потерю доверия населения к таким врачам.

Существенным недостатком территориально-участкового принципа было также отсутствие свободы выбора лечащего врача. В настоящее время этот недостаток преодолен, а в статье 30 «Основ законодательства

Российской Федерации об охране здоровья граждан» (1993) закреплено право пациента на выбор врача, в том числе семейного и лечащего, а также лечебно-профилактического учреждения в соответствии с договорами об обязательном медицинском страховании.

Доступность амбулаторно-поликлинической помощи обеспечивается широкой сетью амбулаторно-поликлинических учреждений, действующих на территории России. Любой житель страны фактически не имеет препятствий для обращения в амбулаторно-поликлиническое учреждение как по месту жительства, так и на той территории, где он в настоящее время.

находится. Доступности амбулаторно-поликлинической помощи способствует и ее бесплатность по основным видам в рамках программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Профилактическая направленность амбулаторно-поликлинической помощи выражается прежде всего в диспансерном методе работы многих учреждений, который предусматривает активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных контингентов населения (можно говорить о принципе активного диспансерного наблюдения за здоровьем обслуживаемого населения).

Диспансерный метод применяют в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, военнослужащие, спортсмены и т. д.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. Диспансерный метод позволяет поставить эти контингента на учет с целью раннего выявления заболеваний, а в дальнейшем обеспечить им диспансерное наблюдение, комплексное лечение, проведение мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

В период реформирования всей системы охраны здоровья населения изменились приоритеты в деятельности поликлиники в сторону предупреждения заболеваний, инвалидности и смертности. С развитием экономических аспектов деятельности поликлиники (многоканальность финансирования, внедрение системы ОМС и платной медицины) профилактическая работа поликлиники осуществляется преимущественно по следующим направлениям:

- профилактические медицинские осмотры декретированных контингентов (по списку) в соответствии с договорами;
- профилактические осмотры контингентов, подверженных воздействию факторов риска (групп риска), с использованием скрининг-методов;
- диспансерное наблюдение за больными с хроническими заболеваниями, инвалидами и лицами особого социального статуса (воины-интернационалисты, участники ВОВ, герои РФ и др.) путем активного проведения комплекса профилактических мероприятий.

Важным элементом профилактической деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений является прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки делают по соответствующему календарю прививок, взрослому населению — по показаниям и в зависимости от эпидемиологической ситуации в регионе.

Амбулаторно-поликлинические учреждения играют ведущую роль в гигиеническом обучении и воспитании населения, формировании здорового образа жизни.

Преимуществом и взаимосвязь в лечебно-профилактической деятельности. Этот принцип заключается в единстве подходов к решению медицинских проблем на всех этапах оказания лечебно-профилактической помощи пациентам как внутри конкретного учреждения, так и между различными ЛПУ.

Преемственность и взаимосвязь во внутренней работе поликлиники обеспечивается организационно-функциональными обязанностями врачей различных специальностей (внутренние связи). Так, участковый терапевт при необходимости назначает у больных консультации у узких специалистов: эндокринолога, невролога, офтальмолога и т. д. Часть больных, нуждающихся в постоянном динамическом профилактическом лечении, состоит на диспансерном учете у специалистов, а не у участкового терапевта. В случае необходимости больной может быть направлен в консультативную поликлинику, консультативно-диагностический центр, диспансер по профилю заболевания.

Между всеми звеньями первичной медико-санитарной помощи должна существовать преемственность, позволяющая исключать дублирование обследований и ведения медицинской документации, обеспечивать комплексность лечения и диагностики, объединение усилий в профилактической работе.

В вопросах противоэпидемической деятельности амбулаторно-поликлинические учреждения работают в тесном контакте с органами и учреждениями службы Роспотребнадзора.

На одном из этапов реформирования отечественной амбулаторно-поликлинической помощи этот принцип был реализован путем создания Территориальных медицинских объединений — ТМО, причем наиболее оптимальным считалось объединение поликлиники для взрослых, детской поликлиники и женской консультации с созданием акушерско-терапевтических, педиатрических комплексов (АПТК), в которых семью обслуживали врач-терапевт, педиатр и акушер-гинеколог. ТМО не исключало и другие виды объединений со стоматологическими поликлиниками, кожно-венерологическими диспансерами, стационарами.

В настоящее время данный принцип реализуется и получает развитие в виде преемственности и взаимосвязи работы врачей общей практики, семейных врачей и врачей-специалистов.

Планирование деятельности поликлиники

При планировании деятельности поликлиники следует учитывать потребность населения в поликлинической помощи, которую определяют по обращаемости населения в поли-

Таблица 13.1. Категории поликлиник в зависимости от их мощности

Категория	Число посещений врача в смену	Численность обслуживаемого ^{***} населения
1-я	Свыше 1200	Более 80 тыс.
2-я	751-1200	50-79 тыс.
3-я	501-750	33—44 тыс.
4-я	251-500	17—32 тыс.
5-я	250	До 17 тыс.

клинику, т. е. по числу посещений на 1 жителя в год. Кроме посещений по поводу заболеваний, необходимо учитывать и профилактические посещения, которые составляют приблизительно 30—35 % от общего числа посещений, однако в связи с расширением диспансеризации их число постепенно будет увеличиваться.

Мощность и категория поликлиники определяются плановыми возможностями посещений в смену. Обычно их число колеблется от 250 до 1200 и более, а численность обслуживаемого населения — от 15 до 100—120 тыс. человек (табл. 13.1).

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

При формировании терапевтических участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей следует учитывать протяженность участка, тип его застройки, удаленность от поликлиники, наличие в поликлинике автотранспорта и другие факторы.

В городах поликлиники размещают по принципу ступенчатости с учетом медико-санитарного зонирования.

Рекомендуются три основных уровня зонирования:

◆ **Общегородской уровень** — для оказания узкоспециализированной медицинской помощи населению всего города в поликлинических учреждениях городского уровня (консультативные поликлиники и поликлиники медицинских вузов, научно-исследовательские институты, городские диспансеры).

◆ **Уровень медико-санитарных зон в крупных городах** — для оказания специализированной помощи населению нескольких административных районов (консультативные поликлиники при многопрофильных больницах).

+ **Районный уровень** — для оказания медицинской помощи по основным медицинским специальностям населению одного административного района. На этом уровне должны действовать два типа поликлиник:

- в одном микрорайоне — типовая поликлиника, оказывающая медицинскую помощь по основным специальностям (терапии, хирургии, неврологии, офтальмологии, оториноларингологии, кардиологии, ревматологии);

- в другом микрорайоне — базовая поликлиника, где, помимо приема по основным специальностям, ведут прием и консультации больных по некоторым узким специальностям, не представленным в типовых поликлиниках. В составе таких поликлиник создают специализированные диагностические отделения или кабинеты (электрофизиологические, радиоизотопные, фиброгастроскопии, биохимическое); отделения, кабинеты восстановительного лечения.

В случае необходимости больных можно направлять из базовых поликлиник для консультации в специализированные центры зональных

многопрофильных больниц, в консультативные поликлиники научно-исследовательских институтов и вузов.

• ЭДр • Вместе с тем вся специализированная служба должна быть предназначена прежде всего для помощи врачу общей практики, участковому врачу в их диагностической и лечебной работе.

• Амбулаторно-поликлинические учреждения оказывают лечебно-профилактическую помощь населению как на приеме, так и на дому. Распределение объемов этой помощи зависит как от типа учреждения, так и от специальности врача.

Организация работы городской поликлиники (задачи, структура, содержание и особенности)

Современная поликлиника является крупным многопрофильным, специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным оказывать медицинскую помощь и осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

Основными задачами современной городской поликлиники являются:

- ◆ Первичная медико-социальная помощь:
 - лечение острых заболеваний и травм, обострений хронических заболеваний;
 - предупреждение рецидивов (обострений) хронических заболеваний;
 - проведение комплекса восстановительного лечения.
- ◆ Оказание наиболее распространенных видов специализированной медицинской помощи: хирургической, кардиологической, неврологической, оториноларингологической, офтальмологической и др.
- ◆ Сбор информации о состоянии здоровья населения (заболеваемости, инвалидности, смертности).
- ◆ Участие в разработке и осуществлении профилактических мероприятий в соответствии с территориальными программами

профилактики, в том числе участие в про-тивоэпидемических мероприятиях и гигиеническом вос-питании населения.

◆ Экспертиза временной нетрудоспособности и экспертиза медико-социальных проблем.

Задачи, структура, порядок работы разных амбулаторно-поликлинических учреждений значительно различаются, хотя и имеют много общего.

Структура поликлиники определяется ее мощностью и численностью обслуживаемого населения, при этом она может зависеть от численности и состава населения (по полу, возрасту, профессиям); состояния здоровья обслуживаемого контингента (заболеваемости); экономических возможностей территории субъекта РФ (финансирование, материально-техническая база, кадры); сложившихся на территории особенностей организации и управления лечебно-профилактической помощью. -

Примерная организационная структура городской поликлиники включает руководство (администрацию), регистратуру, отделение профилактики, лечебно-профилактические отделения, вспомогательные диагностические отделения, кабинет медицинской статистики (информации), административно-хозяйственную часть.

В состав поликлиники может входить такое отделение, как дневной стационар, а при отделении неотложной помощи — кабинет обслуживания по типу «стационар на дому»; кроме того, на базе поликлиник могут быть развернуты отделение медико-социальной реабилитации и терапии; службы ухода за больными; центры амбулаторной хирургии; центры медико-социальной помощи и т. д.

Основным структурным подразделением поликлиники является терапевтическое отделение, а ведущей фигурой — участковый терапевт (в настоящее время также врач общей практики).

В состав терапевтического отделения могут входить от 6 до 10 участков; возглавляет отделение заведующий.

Основными задачами участкового врача (врача общей практики) являются:

- ◆ оказание населению участка квалифицированной медицинской помощи на приеме в поликлинике или на дому;

И организация и непосредственное проведение профилактических мероприятий; | в проведение мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения.

И Большое место в деятельности врача — участкового терапевта (врача общей практики) занимает медицинское обслуживание больных на дому. Затраты времени участкового врача при оказании помощи на дому должны составлять в среднем 30— 40 мин. Признаком правильно организованной помощи на дому являются повторные (активные) посещения, предпринимаемые по инициативе лечащего врача.

- На каждую штатную единицу участкового терапевта устанавливается 1,5 штатной единицы участковой медицинской

| •>' сестры. Желательно, чтобы с терапевтом постоянно работала одна и та же медицинская сестра. Цт^ Важную роль в организации лечебно-профилактической " > а помощи населению играют врачи узких специальностей, которые непосредственно подчиняются заведующему отделением, заместителю главного врача по медицинской части или руководителю учреждения.

Лечебно-диагностическим и консультативно-методическим ~"*#|&центром по борьбе с инфекционной заболеваемостью является - кабинет инфекционных заболеваний. Это первое специализированное звено инфекционной "службы в стране. В задачи кабинета инфекционных заболеваний входят своевременное и раннее выявление инфекционных больных; организационно-

- методическая работа и квалифицированная консультативная помощь по диагностике и лечению больных с инфекционными и паразитарными заболеваниями в амбулаторно-поликлиниче-

л.1!X ских учреждениях; изучение и анализ динамики инфекцион- ной заболеваемости и смертности; разработка и осуществление мероприятий по повышению качества и эффективности диа- гностики, лечения и профилактики инфекционных заболева-ть-* ? ний.

. Отделение профилактики. Основными задачами отделения профилактики являются организация диспансеризации насе- ления; организация и проведение предварительных и перио- ■дических осмотров; раннее выявление заболеваний и лиц, подверженных воздействию факторов риска; подготовка и пе- "" редача врачам медицинской документации на выявленных больных и лиц с повышенным риском заболевания для дооб-следования, диспансерного наблюдения и проведения лечеб-но-оздоровительных мероприятий; гигиеническое обучение и - воспитание населения, пропаганда здорового образа жизни.

В составе отделения профилактики действует анамнестиче- ский кабинет, обеспечивающий сбор анамнеза и анкетирова-ние проходящих профилактический осмотр с выявлением.

имеющихся факторов риска и ранней симптоматики заболева-ний по анамнестической карте.

Кабинет централизованного учета диспансеризации созда-ется в составе отделения профилактики и обеспечивает поли- цевой учет населения, обслуживаемого территориальным по-ликлиническим (поликлиническим отделением, амбулатори-ей) учреждением; выявление лиц, подлежащих первичной диспансеризации в конкретных ЛПУ; учет контингентов, за-нятых в народном хозяйстве и прикрепленных к данному тер-риториальному лечебно-профилактическому учреждению для профилактических осмотров.

В состав отделения профилактики входит кабинет функцио-нальных (инструментальных) исследований. Основными задача-ми кабинета являются проведение на доврачебном этапе дис-пансеризации антропометрии, динамометрии, тонометрии (лицам старше 40 лет), оценка

остроты зрения, оценка остроты слуха (речь на расстоянии, шепотная речь), ЭКГ (лицам старше 40 лет), измерение артериального давления.

Существует также кабинет, в котором берут кровь и мочу у проходящих осмотр для экспресс-диагностики, и направляют полученный материал в лабораторию для анализа крови (определение СОЭ, гемоглобина, лейкоцитов) и исследования мочи на сахар и белок.

Смотровой женский кабинет входит в состав отделения профилактики, а там, где оно отсутствует, действует как структурное подразделение поликлиники. Работу в смотровом кабинете выполняет акушерка. Задачами кабинета являются профилактический осмотр женщин с 18 лет с целью раннего выявления гинекологических заболеваний, предопухолевых состояний и рака женских половых органов и других видимых локализаций и доврачебный опрос.

Кабинет пропаганды здорового образа жизни. Основой деятельности кабинета являются организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на санитарно-гигиеническое воспитание и формирование здорового образа жизни населения: групповая и индивидуальная пропаганда здорового образа жизни среди проходящих профилактические осмотры; разъяснение цели и задач диспансеризации населения; пропаганда борьбы с факторами риска различных заболеваний (курение, алкоголь, гиподинамия 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 быту; расширение и углубление санитарно-гигиенических знаний среди проходящих профилактические осмотры. Кабинет организует и контролирует данную работу в амбулаторно-поликлиническом учреждении.