

## **Организация медицинской помощи городскому и сельскому населению**

1. Принципы организации медицинской помощи населению в РФ
2. Преимущество оказания медицинской помощи работающим
3. Диспансерный метод
4. Принцип специализации медицинской помощи
5. Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению

### **Введение**

Организация лечебно-профилактической помощи населению оказывается как в городе, так и на селе. Организация лечебно-профилактической помощи городскому населению складывается из 3 этапов:

1. первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) осуществляется амбулаторно-поликлиническими учреждениями стационарами, службой скорой медицинской помощи, фельдшерско-акушерскими пунктами, здравпунктами.
2. стационарная медицинская помощь проводится в условиях стационара.
3. восстановительное лечение - в условиях стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений.

Первичная медико-санитарная помощь - основная, доступная и бесплатная для каждого гражданина вид медицинского обслуживания включающая в себя: лечение наиболее распространенных болезней, а также травм, отравлений и других неотложных состояний; медицинскую профилактику важнейших заболеваний; санитарно-гигиеническое образование; проведение других мероприятий связанных с оказанием медико-санитарной помощи гражданам по месту жительства.

### **Оказание лечебно-профилактической помощи строится в соответствии с определенными принципами:**

- 1) доступность и бесплатность гарантированный объем бесплатной медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий. В программе определены виды, объемы, порядок и условия оказания бесплатной медицинской помощи населению. Программа государственных гарантий ежегодно пересматривается;
- 2) неразрывность лечебного дела и профилактики;
- 3) преемственность учреждений здравоохранения;
- 4) преимущество в оказании МП работающим;
- 5) участковость;
- 6) диспансерный метод.

## **1. Принципы организации медицинской помощи населению в РФ**

Для организации качественной медицинской помощи осуществляется преемственность между скорой помощью, поликлиникой, стационаром. Преемственность достигается путем обмена информацией между врачами лечебно-профилактических учреждений, проведения совместных клинических конференций, консультаций - это позволяет повысить квалификацию медицинского персонала, снизить дублирование лечения больного.

- 1) договор поликлиники со стационаром на госпитализацию пациента;
- 2) выписной эпикриз передается в поликлинику;
- 3) организация в поликлиники отделения восстановительного лечения (долечивание)
- 4) врачи поликлиники должны поочередно работать в стационаре.

## **2. Преимущество оказания медицинской помощи работающим**

Медицинское обеспечение работающих осуществляется в специализированных учреждениях - медико-санитарных частях (МСЧ), врачебных или фельдшерских здравпунктах. МСЧ могут быть как открытого типа - обслуживают работающих предприятия, их родственников и население прилегающей территории. В настоящее время таковыми являются все МСЧ, так и закрытого типа (только работников этого предприятия). Здравпункты врачебные и фельдшерские работают по графику работы предприятия. Фельдшерские здравпункты могут быть передвижными.

Работа цеховой службы оценивается, прежде всего, по форме №16 - по результатам анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Важным разделом является работа цехового врача с часто длительно болеющими (по 1 заболеванию 4 случая и 40 дней временной нетрудоспособности в год). Цеховой врач составляет списки часто длительно болеющих. Лечение проводится по согласованию с узкими специалистами. На предприятиях имеются санатории-профилактории. Медико-санитарные части могут функционировать в виде:

1. АПУ
2. Объединенной больницы.

Медицинская помощь работающим оказывается также общей сетью лечебно-профилактических учреждений, прежде всего, в случаях, когда предприятия не имеют медико-санитарную часть и численность работающих ниже установленных нормативами. (Витаминный завод прикреплен к 5-й поликлинике. Кабельный завод - к 1-й поликлинике). В регистратуре предусмотрено отдельное окно для обслуживания работающих.

Участковый принцип - это прикрепление к участковому врачу определенного контингента населения.

### **3. Диспансерный метод**

Диспансеризация - активное наблюдение за состоянием здоровья определенных контингентов населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учет с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения и комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению их условий труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности 3.

**В организационном процессе диспансеризации выделяются следующие этапы:**

1. отбор контингентов путем активного выявления, их регистрации.
2. проведение комплекса лечебных и социально-профилактических мероприятий, т.е. осуществление собственно диспансерного наблюдения, оценка результатов эффективности диспансеризации.

Выявление лиц, подлежащих диспансеризации, производится, как правило, при приеме больных врачом в поликлинике или их на дому и в результате различных профилактических осмотров, где выявляются наиболее ранние стадии заболеваний. медицинский диспансерный лечение

Динамическое наблюдение I группы (здоровые) осуществляется путем ежегодных профилактических медицинских осмотров. Для этой группы диспансерного наблюдения составляется общий план лечебно-оздоровительных профилактических и социальных мероприятий, который включает мероприятия по улучшению условий труда и быта, по санитарно-гигиеническому образованию и пропаганду здорового образа жизни.

Динамическое наблюдение II группы имеет своей целью устранение или уменьшение влияния факторов риска, повышение резистентности и компенсаторных возможностей организма.

В настоящее время метод применяется в работе с определенным контингентом населения:

1. - дети до 18 лет;
2. - беременные женщины;
3. - учащиеся и студенты очного отделения;
4. - инвалиды Войн;
5. - спортсмены;
6. - отдельные группы населения в соответствии с базовой ПГГ;
7. - больные, подлежащие диспансерному наблюдению.

В поликлинике выделяются диспансерные дни для работы с диспансерными больными. Диспансеризация проводится в 2 этапа.

**Показатели 1 этапа:**

1. Полнота охвата медицинскими осмотрами;
2. Контингент, подвергаемый обязательному медицинскому осмотру. Примерно 80% населения охвачено диспансерным наблюдением. Кроме того

проводится дополнительная диспансеризация в рамках Национального проекта "Здоровье". По итогам диспансеризации врач-терапевт участковый, ВОП распределяет граждан, прошедших диспансеризацию, по 5 группам состояния здоровья:

I - "практически здоров",

II - "с высоким риском развития заболевания, нуждающиеся в профилактических мероприятиях",

III - "нуждающиеся в дообследовании и лечении в амбулаторных условиях",

IV - "нуждающиеся в дообследовании и лечении в стационарных условиях",

V - "нуждающиеся в высокотехнологичных видах медицинской помощи".

#### **Граждане, отнесенные:**

к I группе - не нуждаются в диспансерном наблюдении, с ними проводится профилактическая беседа по здоровому образу жизни;

к II-й группе - составляется программа профилактических мероприятий, осуществляемых в данном АПУ;

к III группе - назначаются дополнительные обследования и при необходимости - лечение в амбулаторных условиях;

к IV группе - назначаются дополнительные обследования и при необходимости - лечение в стационарных условиях;

к V группе - направляются в Комиссию органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации по отбору нуждающихся в высокотехнологичной медицинской помощи.

#### **Стандарт диспансеризации включает в себя обследование следующими специалистами:**

1. флюорография, маммография (для женского населения в возрасте старше 40 лет) или ультразвуковое исследование молочной железы, ЭКГ (электрокардиограмма), ОАМ (общий анализ мочи), ОАК (общий анализ крови), общий холестерин и липидный профиль, сахар, онкомаркеры (40 лет и старше)

2. осмотры специалистов: врач-терапевт участковый или врач общей практики, акушер-гинеколог (для женского населения), уролог (для мужского населения), невролог, хирург, офтальмолог, эндокринолог.

Качество дополнительной диспансеризации: отсутствие впервые выявленных, заболеваний на поздних стадиях, в том числе - онкологических, туберкулеза, тяжелых форм сахарного диабета, инсульта, инфаркта, и прочих заболеваний, ведущих к длительной и стойкой утрате трудоспособности (через три месяца после завершения диспансеризации)<sup>4</sup>.

#### **4. Принцип специализации медицинской помощи**

Для отдельной категории больных организована специализированная медицинская помощь, оказываемая:

-специализированной бригадой скорой медицинской помощи,

-узкими специалистами амбулаторно-поликлинических учреждений,

- в отделениях многопрофильных стационаров.
- в диспансерах.

**Диспансеры** - это специализированные лечебно-профилактические учреждения для активного выявления больных, лечения, реабилитации и профилактики. Все диспансеры республиканского значения и финансируются из бюджета РБ

**Типы:** кардиологический, врачебно-физкультурный, кожно-венерический и др. Диспансеры включают поликлинику и стационар. Важный раздел работы - это консультативная помощь общей сети лечебно-профилактических учреждений.

Качество оказания медицинской помощи в специализированных стационарах выше, чем в стационаре общего профиля. Например, кардиодиспансер - кардиологическое отделение стационара или терапевтическое отделение. Однако это дорогостоящий вид медицинской помощи.

## **5. Организация лечебно-профилактической помощи сельскому населению**

Строится на тех же организационных принципах, что и городскому населению. Главными из них являются участковый и диспансерный. Различия в организации медицинской помощи определяются рядом факторов: малая плотность расселения сельских жителей; удаленность места жительства от районных центров; слабое обеспечение средствами связи; специфика условий труда и быта - сезонный характер сельскохозяйственных работ 5. Контакт с животными, химическими удобрениями и пр.

### **Особенности оказания медицинской помощи:**

1. до 40% объема медицинской помощи оказывают средние медработники - (фельдшерско-акушерские пункты);
2. большой радиус обслуживания;
3. более низкая обеспеченность материально - техническими и кадровыми ресурсами (лечебно- диагностической аппаратурой, врачами, койками);
4. преимущественное медицинское обеспечение лиц занятых сельскохозяйственным трудом.

I этап оказания медицинской помощи сельскому населению это сельский врачебный участок (СВУ). Оказывается квалифицированная доврачебная и врачебная медицинская помощь. Радиус участка- 5-7 (до 20) км. В составе сельского врачебного участка работают: сельская участковая больница (СУБ), сельская врачебная амбулатория (СВА), ФАП (фельдшерско-акушерский пункт), детские ясли, фельдшерские здравпункты на предприятиях, профилактории.

Медицинская помощь, оказывается, по 6 - 8 специальностям: терапия, педиатрия, стоматология, хирургия, акушерство и гинекология. Сельский врачебный участок, находящийся в районе центральной районной больницы,

считается приписным и его население обращается непосредственно в нее. На комплексном терапевтическом участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения.

II этап - квалифицированная специализированная медицинская помощь в районных медицинских учреждениях, в составе центральной районной больницы, центральная районная аптека, районные больницы, межрайонные диспансеры (по 10-20 специальностям).

III этап - высококвалифицированная узкоспециализированная помощь практически по всем специальностям оказывается в республиканских учреждениях, стоматологических поликлиниках, консультативных поликлиниках, центрах, в том числе Центры СПИД, медицинской профилактики и т.д.

**I этап оказания медицинской помощи сельскому населению** - сельская участковая больница (СУБ). В РБ (2006) - 53. Четыре категории в зависимости от общего числа коек, от 25 до 100 коек. В СУБ могут быть развернуты стационары дневного пребывания. В СУБ оказывается амбулаторно-стационарная медицинская помощь: терапевтическим, стоматологическим, инфекционным больным, помощь в родах при срочных случаях, неотложная хирургическая и травматологическая помощь, помощь детям.

Основные функции сельской участковой больницы: оказание квалифицированной врачебной помощи; профилактика заболеваемости и травматизма; организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью фельдшерско-акушерских пунктов и других учреждений 1-го этапа, плановые выезды врачей в подчиненные учреждения 1-го этапа.

1. приближение медицинской помощи к работникам сельского хозяйства в период массовых полевых работ.

2. текущий санитарный надзор за учреждениями и объектами, водоснабжением, очисткой населенных пунктов.

Выделяют следующие особенности в организации амбулаторной и стационарной помощи в СУБ:

1. нет четкого ограничения времени амбулаторного приема;

2. часы приема больных должны назначаться в более удобное для населения время с учетом сезонности сельскохозяйственных работ;

3. возможность приема пациентов фельдшером при отсутствии врача;

4. вызовы на дом обслуживаются врачом лишь в пунктовой селе, где расположена СУБ, вызовы на дом в других населенных пунктах сельского врачебного участка обслуживаются фельдшером;

5. дежурство в стационаре с правом пребывания дома и обязательной информацией персонала о своем местонахождении, на случай необходимости оказания неотложной помощи;

6. выделение у врача одного профилактического дня в неделю для объезда участка.

**При выездах на ФАП участковый врач оказывает методическую помощь в работе ФАП и должен осуществить следующие основные мероприятия на местах:**

- a. проверять правильность и достоверность записей по приему больных, по проводимым прививкам, диспансерному наблюдению за беременными женщинами, детьми и тяжелобольными;
- b. консультировать обратившихся в ФАП пациентов самостоятельно или приглашенных врачом и фельдшером;
- c. посещать и консультировать на дому беременных женщин, детей до 2 лет, тяжелобольных;

В сельской врачебной амбулатории (СВА) оказывается амбулаторно-поликлиническая помощь. Функции те же, что и для сельской участковой больницы, однако нет круглосуточного стационара

*По нормативам фельдшерско-акушерский пункт организуются с числом жителей от 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения от 2 до 4 км., с населением 300-700 - 4-6 км, менее 300 человек свыше 6 км.*

На фельдшерско-акушерском пункте могут работать фельдшер; фельдшер и акушерка; фельдшер, акушерка и патронажная сестра. Подчиняется по общим вопросам администрации сельского поселения, а по специальным - главному врачу участковой больницы.

**Функции фельдшерско-акушерского пункта:**

1. оказание доврачебной медицинской помощи,
2. выполнение назначений врача,
3. патронаж детей и беременных женщин, наблюдение за здоровьем инвалидов и специалистов сельского хозяйства,
4. проведение под руководством врача профилактических, противоэпидемических, санитарно-гигиенических мероприятий, иммунизация,
5. диспансеризация здоровых и больных,
6. санитарно-гигиеническое обучение и воспитание населения,
7. реализация лекарственных средств через аптечные пункты 2 категории,
8. учет и отчетность, анализ показателей. Ежемесячно - отчеты в оргметодкабинет центральной районной больницы,
9. участие в экспертизе нетрудоспособности по разрешению главного врача района.

**II этап оказания медицинской помощи сельскому населению** - центральная районная больница (ЦРБ). По мощности делится на 6 категорий от 100 до 400 коек. Структура центральной районной больницы:

1. стационар с отделениями по основным специальностям (терапевтическое, хирургическое, педиатрическое, акушерское, гинекологическое, инфекционное),
2. поликлиника,
3. отделение скорой и неотложной медицинской помощи,
4. патологоанатомическое отделение,
5. организационно - методический кабинет и вспомогательные подразделения.

Главный врач ЦРБ (главный врач района) подчиняется: по общим вопросам - администрации муниципального района, по специальным вопросам - министерству здравоохранения РБ. Опирается в своей работе на своих заместителей:

1. по медицинскому обслуживанию населения МОН - заведующий организационно-методическим кабинетом;
2. по детству и родовспоможению (при численности населения свыше 70 000);
3. по медицинской части (отвечает за работу стационара);
4. по поликлинике (заведующий поликлиникой);
5. по клинко-экспертной работе (КЭР) - по экспертизе временной нетрудоспособности,
6. по административно - хозяйственной части (АХЧ) и др.

Для оперативного руководства в центральной районной больнице функционирует медицинский совет. В его состав входят заместители главного врача, главный санитарный врач района, заведующий поликлиникой, районной аптекой, председатель райкома профсоюзов, медицинских работников, общества Красного Креста, главные специалисты района б.

Организационно-методическое руководство здравоохранением района обеспечивают: районные внештатные специалисты района и оргметодкабинет ЦРБ (ОМК); старший фельдшер и акушерка района; районный медицинский статистик

#### **Функции организационно-методического кабинета:**

1. Разработка мероприятий по повышению качества оказания медицинской помощи населению района. Выездная работа. Различные виды передвижной помощи - выездные врачебные бригады, передвижные амбулатории, стоматологические кабинеты, зубопротезные лаборатории.
2. Методическое руководство лечебно-профилактическими учреждениями района;
3. Анализ показателей работы, составление годовых отчетов;
4. Повышение квалификации медицинских работников.



**III этап оказания медицинской помощи сельскому населению** - республиканские медицинские учреждения. Центр организационно-методического руководства лечебно-профилактическими учреждениями республики, база специализации и повышения квалификации врачей.

По мощности республиканские клинические больницы подразделяются на 5 категорий. Приоритетным направлением в развитии здравоохранения на селе является укрепление и совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи, охраны здоровья матери и ребенка

С начала 90-х годов двадцатого века в здравоохранении на селе происходят реформы. Организуются новые приписные терапевтические и педиатрические участки, происходит реорганизация сельских участковых больниц во врачебные амбулатории, СВА в ФАП, освободившиеся койки иногда концентрируются в ЦРБ. За последние годы все шире развиваются различные виды передвижной медицинской помощи. В частности, организуются выездные врачебные бригады, клиничко-диагностические лаборатории, флюорографические установки, передвижные стоматологические кабинеты и зубопротезные лаборатории и др.

#### **Основные функции республиканской клинической больницы:**

1. оказание высококвалифицированной специализированной консультативно-диагностической и лечебной помощи населению республики в поликлинике и стационарных условиях с применением высокоэффективных медицинских технологий;
2. оказание консультативной и организационно-методической помощи специалистам других лечебно-профилактических учреждениях республики, в первую очередь сельского звена;
3. организация и оказание квалифицированной экстренной и плановой консультативной медицинской помощи с использованием средств санитарной авиации и наземного транспорта;
4. осуществление экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в медицинских учреждениях республики;
5. осуществление иных экспертных функций на договорной основе с Министерством здравоохранения РБ (МЗ РБ), республиканский фонд обязательного медицинского страхования (РФОМС) и филиалами ОМС и др;
6. выполнение по договору с МЗ РБ и разработка мер по реализации целевых программ развития медицинской помощи;
7. внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений республики современных технологий, экономических методов управления и принципов медицинского страхования;
8. участие в подготовке, переподготовке и повышении квалификации медицинских работников;
9. обеспечение эффективности профилактических мероприятий, повышения уровня санитарно-гигиенической культуры и активная пропаганда здорового образа жизни.

Таким образом, республиканская (краевая, областная) больница является лечебным, научно-организационным, методическим и учебным центром здравоохранения.

**Существует 5 категорий республиканских (краевых, областных) больниц,** от 300 до 800 и более коек, наиболее целесообразны больницы на 700-1000 коек со всеми специализированными отделениями. Однако в каждой республиканской (краевой, областной) больнице независимо от её мощности должны быть следующие структурные подразделения: управление (администрация, бухгалтерия, канцелярия, архив, библиотека и пр.), организационно-экономический отдел, консультативная поликлиника, стационар с приемным отделением, диагностический отдел, отделение экстренной планово-консультативной медицинской помощи (ОЭПКМП), отдел АСУ, патолого-анатомическое отделение, АХЧ (пищеблок, гараж, прачечная, котельная, складские помещения и другие подразделения), пансионат для больных на период обследования, общежитие для медицинских работников.

#### **Задачи поликлиники республиканской клинической больницы:**

1. оказывает консультативную помощь больным;
2. проводит выездные консультации специалистов;
3. анализ качества амбулаторной помощи, (конъюнктурные обзоры, информационные письма с оценкой уровня лечебно-профилактической помощи в районах).

Для планирования работы поликлиники в районы рассылаются путевки на консультацию. В республиканской клинической больнице имеется организационно-экономический отдел (ОЭО), выполняющий функцию оргметодотдела, который является структурной частью республиканской больницы и непосредственно подчиняется главному врачу. В структуру отдела входят:

1. организационно-экономическое отделение;
2. клинико-экспертное отделение;
3. информационно-статистическое отделение.

**Основными задачами организационно-экономического отдела являются** внедрение в практику современных медицинских и информационных технологий, экономических методов управления, принципов медицинского страхования, подготовка и переподготовка медицинских кадров.

Внештатные главные районные специалисты - организаторы соответствующей специализированной помощи в сельском районе, назначается высококвалифицированный врач-специалист, заведующий отделением центральной районной больницы, имеющий категорию. Назначение и освобождение главного районного специалиста осуществляется главным врачом центральной районной больницы.

Основные задачи главного районного специалиста: разработка и проведение мероприятий по профилактике заболеваний, внедрение в практику лечебно-профилактических учреждений новейших методов профилактики, диагностики и лечения больных, в целях укрепления здоровья населения, снижения заболеваемости, в том числе с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности. Следует подчеркнуть значение тесной связи сельских учреждений здравоохранения с территориальными административными органами и общественными организациями в деле дальнейшего совершенствования медицинской помощи сельскому населению.

В лечебно-профилактических учреждениях функционирует оперативный отдел и отделы управления качеством, ответственные за внутриведомственный контроль качества, за соблюдением стандартов оказания медицинской помощи.

### **Заключение**

Законодательное определение и реализация прав граждан на бесплатную общедоступную медицинскую помощь является наиважнейшей социальной ценностью государства.

Совершенствование организации медицинской помощи на догоспитальном и госпитальном этапах привело к значительным изменениям в структуре амбулаторно-поликлинического и стационарного этапов оказания медицинской помощи населению. Реформа управления и финансирования здравоохранения Российской Федерации, внедрение медицинского страхования граждан предъявили новые требования к врачу, оказывающему первичную медицинскую помощь на догоспитальном этапе лечения, вне зависимости от формы собственности, территориальной подчиненности и ведомственной принадлежности.

На современном этапе развития здравоохранения особую роль приобретает организационно-методическая и лечебно-консультативная роль главных специалистов, состоящих в штате Министерства здравоохранения (терапевт, хирург, педиатр, акушер-гинеколог).