МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ
Областное государственное бюджетное профессионального

образовательное учреждение

«Иркутский базовый медицинский колледж»

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

практического занятия

по теме:

 Организация и структура системы первичной медико-санитарной помощи

ПМ.01. Проведение профилактических мероприятий

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

для студентов

Иркутск 2022

|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотрено ЦМК ОПДпротокол № 3 от «23» ноября 2022 г. Председатель ЦМК Н.В. Конькова  | УтверждаюДиректор Е. В. Рехова Приказ № 15-аот «30» января 2023 г. |

Разработал: Б.С. Соктуев, преподаватель высшейквалификационной

категории ОГБПОУ ИБМК,к.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Пояснительная записка | 4 |
| Введение | 4 |
| Основная часть | 5 |
| 3.1. Вопросы3.2. Ситуационные задачи3.3. Тестовые заданияЗаключениеСписок использованных источников | 2223252930 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Методические рекомендации предназначены для студентов специальности 34.02.01 Сестринское дело для практического занятия с целью формирования умений и знаний по теме: Организация и структура системы первичной медико-санитарной помощи.

**2. ВВЕДЕНИЕ**

**В результате изучения темы студент должен**

**знать:**

- основные принципы оказания первичной медико-санитарной помощи населению РФ;

- систему организации медицинской помощи взрослому городскому населению;

- учетно-отчетную документацию лечебно-профилактических учреждений;

- показатели деятельности учреждений здравоохранения

**уметь:**

- работать с нормативно-правовыми документами, регламентирующими здравоохранение РФ;

- рассчитывать основные показатели деятельности городской поликлиники.

**Освоить следующие практические умения и навыки:** методикой расчета показателей деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению.

**Критерии оценок различных видов работ на занятии**

**Устный опрос:**

«5» - грамотный логичный полный ответ в соответствии с учебным материалом, умение увязывать знания теории с практикой.

«4» - грамотно изложенный ответ на основе усвоенного материала с характеристикой основных понятий, но с отдельными неточностями в содержании.

«3» - в ответе прослеживается знание основных разделов материала, но изложение неполное, непоследовательное с неточностями в определении понятий.

«2» - ответ неуверенный, неполный, беспорядочно излагается, не выделяется главное, допускаются ошибки в определении понятий.

**Решения проблемно-ситуационной задачи по специальности:**

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение оказать неотложную помощь.

**Тестового задания:**

 91-100% правильных ответов - "отлично";

 81-90% правильных ответов - "хорошо";

 71-80% правильных ответов - "удовлетворительно";

 70% и менее правильных ответов - "неудовлетворительно

**3. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ЗАДАНИЕ №1**Используя теоретический материал и по учебнику Двойникова, С.И. Проведение профилактических мероприятий / Под ред. С.И. Двойникова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – с. 131 – 161, повторить и ответить на предложенные вопросы:1. С чем связано, что медицинская помощь, оказываемая в амбулаторно-поликлинических условиях, относится к ведущей в системе оказания медицинской помощи населению?2. Какие принципы лежат в основе организации медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях?3. В чем сущность участкового принципа организации медицинская помощи населению? | 45 минут |
|  | **ЗАДАНИЕ № 2** Используя теоретический материал и по учебнику Двойникова, С.И. Проведение профилактических мероприятий / Под ред. С.И. Двойникова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – с. 131 – 161, решить ситуационные задачи. | 55 минут |
|  | **ЗАДАНИЕ № 3**Ответить на тестовые задания. | 35 минут |

**Для студента:**

Основные принципы отечественного здравоохранения:

Право граждан на охрану здоровья закреплено основными принципами отечественного здравоохранения(Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан – 1993 г.).

*К ним относятся:*

* соблюдение прав человека и гражданина в области охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий;
* приоритет профилактических мер в области охраны здоровья граждан;
* доступность медико-социальной помощи;
* социальная защищенность граждан в случае утраты здоровья;
* ответственность органов государственной власти и управления, предприятий, учреждений и организаций независимо от формы собственности, должностных лиц за обеспечение граждан в области охраны здоровья.

Чаще всего человек впервые сталкивается с системой здравоохранения на уровне первичной медико-санитарной помощи. ПМСП – это первичный элемент многогранной структуры охраны здоровья населения, которая максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства и построена по принципу «от периферии к центру». Опыт земской и советской медицины в организации ПМСП был одобрен ВОЗ и взят за основу при разработке концепции ПМСП для всех стран, что нашло отражение в Алма-Атинской декларации ВОЗ (1978). В ней, в частности, указывается что ПМСП является неотъемлемой частью системы здравоохранения каждой страны, ее основной функцией и целью, существенной составляющей общего социального и экономического развития общества.

ПМСП должна удовлетворять основные потребности населения в области здравоохранения:

* укрепления здоровья;
* лечение;
* реабилитация и поддержка
* содействие в само-и взаимопомощи.

Целесообразно выделить два основных стратегических элемента ПМСП:

* необходимость ориентации услуг в области здравоохранения таким образом, чтобы ПМСП являлась ядром системы здравоохранения, в то время как вторичная и третичная медицинская помощь выступали в качестве вспомогательных консультационных элементов;
* разработка современных медико-организационных технологий для эффективного использования ресурсов и их перераспределение из больниц в сектор ПМСП;

таким образом, ПМСП должна включать в себя следующие составляющие:

* санитарное просвещение по актуальным проблемам охраны здоровья и способам их решения, включая профилактику;
* обеспечение достаточным количеством продуктов питания и содействие рациональному питанию;
* снабжение достаточным количеством чистой питьевой воды;
* проведение основных санитарно-гигиенических мероприятий;
* охрана здоровья матери и ребенка, включая планирование семьи
* вакцинация против основных инфекционных болезней;
* лечение распространенных заболеваний и травм;
* обеспечение основными лекарственными средствами.

В России концепция ПМСП ориентирована преимущественно на оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях .

Амбулаторно-поликлиническая помощь – самый массовый вид медицинской помощи; в амбулаторно-поликлинических учреждениях осуществляется высококвалифицированное обслуживание около 80% всех больных; ежегодно в среднем житель страны 9 раз посещает поликлинику или вызывает врача на дом.

Основными принципами амбулаторно-поликлинической помощи являются:

* участковость;
* доступность
* профилактическая направленность
* преемственность и этапность лечения.

Рассмотрим более подробно эти принципы.

Большинство амбулаторно-поликлинических учреждений работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены определенные территории, которые в свою очередь разделены на территориальные участки. Участки формируются в зависимости от численности населения. За каждым участком закреплены участковый врач (терапевт) и участковая медсестра. Терапевтические участки формируются из расчета 1700 жителей в возрасте 18 лет и старше.

В связи с переходом на подушевой принцип финансирования здравоохранения важно точно знать численность населения участков. Для этого силами участковых медсестер периодически проводятся переписи населения. При формировании их для обеспечения равных условий работы участковых врачей следует учитывать не только численность населения, но и протяженность участка, тип застройки, удаленность от поликлиники, наличие автотранспорта и другие факторы.

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. Доступность амбулаторно-поликлинической помощи обеспечивается и её бесплатностью 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 подразумевает активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных контингентов населения. Диспансерный метод применяется в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, военнослужащие, спортсмены и т.д.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению при использовании диспансерного метода работы осуществляется взятие этих контингентов на учет с целью раннего выявления заболеваний, диспансерного наблюдения, комплексного лечения, проведение мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, предупреждению развития и распространения болезней, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

С развитием экономических аспектов деятельности поликлиники (многоканальность финансирования, внедрение системы ОМС и платной медицины) профилактическая работа поликлиники осуществляется преимущественно по следующим направлениям:

– проведение профилактических медицинских осмотров декретированных контингентов (по списку) в соответствии с договорами;

– проведение профилактических осмотров контингентов с факторами риска (группы риска) с использованием скрининговых 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.

В практическом здравоохранении лечащие врачи прежде всего осуществляют отбор контингента для постановки на диспансерный учет. Существует ряд инструктивно-методических и нормативно-правовых актов, определяющих порядок постановки на учет больных в зависимости от нозологической формы.

Функциями лечащих врачей по отбору контингента для диспансерного наблюдения являются:

– оценка состояния здоровья пациента путем сбора объективных (обследование) и субъективных (жалобы) данных;

– обоснование и определение группы диспансерного наблюдения;

– разработка мероприятий по предупреждению рецидивов, инвалидизации и смертности;

– оформление необходимой документации.

Преемственность и этапность лечения. Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единой цепочки лечебно-профилактического процесса: *поликлиника – стационар – учреждения восстановительного лечения*.

Кроме того, и в самой поликлинике может быть несколько этапов лечения. Обычно пациент вначале обращается к участковому врачу. В случае необходимости больной может быть направлен в консультативную поликлинику, в консультативно-диагностический центр, в диспансер по профилю заболевания. Между всеми звеньями амбулаторно-поликлинической 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 Территориальным Управлением (ТУ) Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также с филиалами ТУ.

**Классификация амбулаторно-поликлинических учреждений.**

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 г. № 529н «Об утверждении номенклату­ры медицинских организаций»амбулаторно-поликлинические учреждения включают сле­дующие наименования:

1.3.1. Амбулатория.

1.3.2. Поликлиники, в том числе:

* городская, в том числе детская;
* центральная районная;
* стоматологическая, в том числе детская;
* консультативно-диагностическая, в том числе для детей;
* психотерапевтическая;
* физиотерапевтическая.

Вышеперечисленные учреждения оказывают преимущественно амбулаторно-поликлинический вид медицинской помощи, который характеризуется следующими особенностями:

А. Большая часть амбулаторно-поликлинических учреждений (амбулатория, городская, детская городская, детская стоматологиче­ская, центральная районная) оказывают первичную медико-социальную помощь и обеспечивают медицинскую помощь преиму­щественно по месту жительства с учетом интересов застрахованных граждан.

Б. Решение проблем здоровья населения (лечение, профилактика и др.) осуществляется на базе своих учреждений либо оказывается помощь на дому.

В. Это наиболее дешевый вид медицинской помощи по сравне­нию с другими (стационарным, санаторно-курортным).

Г. Амбулаторно-поликлинический вид помощи гарантирован конституцией и законами и многими законодательными актами (За­кон «О медицинском страховании граждан».Основы законодательст­ва об охране здоровья населения РФ и др.).

Д. Это самый доступный и массовый вид медицинской помощи. Из всех обратившихся 80% начинает и заканчивает лечение в амбулаторно-поликлинических учреждениях, а лишь 20% госпитализируется в стационарные учреждения.

Мощность поликлиники определяется плановыми возможностями посещений в смену. Существуют группировки поликлиник по категориям:

|  |  |
| --- | --- |
| 1-я группа (категория) | Свыше 1200 врачебных посещений в смену, обслуживает более 80 000 населения |
| 2-я группа (категория) | 751 – 1200 посещений в смену, обслуживает 50 – 79 тыс. населения |
| 3-я группа (категория) | 501 – 750 посещений в смену, обслуживает 33 – 44 тыс. населения |
| 4-я группа (категория) | 251 – 500 посещений в смену, обслуживает 17 – 32 тыс. населения |
| 5-я группа (категория) | 250 посещений в смену, обслуживает до 17 тыс. населения |

**Организация работы городской поликлиники**

Основными задачами современной городской поликлиники явля­ются:

1. Оказание первичной медико-социальной помощи:

а) лечение острых заболеваний и травм, обострений хронических заболеваний;

б) предупреждение рецидивов (обострений) хронических заболеваний;

в) проведение комплекса восстановительного лечения.

2. Оказание некоторых видов специализированной медицинской помощи.

3. Сбор информации о состоянии здоровья населения (заболевае­мости, инвалидности, смертности).

4. Участие в разработке и осуществлении профилактических ме­роприятий в соответствии с территориальными программами профи­лактики, в том числе комплекс противоэпидемических мероприятий. Гигиеническое воспитание населения.

5. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности и экс­пертизы медико-социальных проблем.

**Схема 1. *Примерная организационная структура городской поликлиники***

Регистратура

2

Руководство (администрация)

1

Административно-хозяйственная часть

7

Отделение профилак-тики

3

Лечебно-профилактические подразделения

4

Вспомогательные диагностические отделения

5

Кабинет медицин-ской статистики (информации)

6

1. В состав руководства (администрации) поликлиники входят:

главный врач и его заместители по лечебной работе, по клинико-экспертной работе, административно-хозяйственной деятельности и экономике, а также главная медицинская сестра.

1. В составе регистратуры, кроме основного подразделения, мо­гут быть выделены; кабинет регистрации справок, листков нетрудо­способности и оформления других документов; справочно-информационная служба: кабинет (стол) приема вызовов на дом.

Как указывает Вишняков Н.И., в настоящее время существует 3 способа организации записи посетителей на прием к врачу: *талонная система, самозапись, комбинированный метод*.

При талонной системе поток первично обратившихся больных проходит через участковых регистраторов. Посетители предварительно получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием.

При самозаписи на прием к врачу посетители сами вписывают в специальные листы свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приема. Для этого в холле поликлиники оборудуются столики с папками листов самозаписи на несколько дней вперед. Дежурный регистратор дает необходимые устные справки, в отдельных случаях помогает посетителям записаться на прием к врачу. Заполненные листы самозаписи в конце дня должны быть переданы работникам картохранилища, которые по ним подбирают медицинские карты амбулаторных больных. Перед приемом медсестра кабинета берет из картохранилища подобранные медицинские карты и лист самозаписи. По окончании приема она возвращает карты в регистратуру, а лист самозаписи – в кабинет медицинской статистики. При необходимости срочного приема больного регистратор направляет его к соответствующему специалисту или в кабинет доврачебного приема. Одновременно он заказывает в картохранилище нужную карту, которую сразу же доставляют в кабинет врача.

При комбинированном методе в лист самозаписи записывают только первичных больных. За 15-20 мин. До начала приема пациент получает в регистратуре заранее заготовленный талон и идет к кабинету врача, где должен быть принять в соответствии с указанным в талоне временем. При такой системе регистратор всегда знает, сколько человек не явилось на прием к врачу и имеет право по истечении определенного времени выдать талоны другим больным, желающим попасть на прием в это время. Повторным больным врач выдает специальную «фишку» с указанием даты и времени приема, которая подлежит обмену в регистратуре на талон. Если врач при посещении больного на дому установил необходимость повторного осмотра в поликлинике, он сразу же выдает больному талон с указанием даты, времени приема и номера очереди.

Внедрение комбинированного метода записи позволяет решить следующие задачи:

* разделить поток первичных и повторных больных;
* точно учитывать и контролировать нагрузку врача;
* использовать талоны не явившихся больных для выдачи пациентам, нуждающимся в приеме врача в день обращения;
* уменьшить время ожидания больными приема врача.

Вызов врача на дом может осуществляться очно либо по телефону. Принимаемые вызовы заносятся в «Книгу записей вызовов врача на дом», в которой указываются не только Ф.И.О. и адрес больного, но и основные жалобы. Эти книги ведутся как по каждому терапевтическому участку, так и по каждому из врачей узких специальностей. В некоторых поликлиниках существует «самозапись» вызовов на дом. Вызывающий врача заполняет специальный бланк, в котором указывает Ф.И.О., адрес больного, основные жалобы, температуру тела и опускает бланк в ящик вызовов. Поступившие заявки медицинский регистратор вносит в книгу.

В оптимизации работы регистратуры важное место занимает рациональное устройство рабочего места регистратора, где должны быть размещены номер отделения, перечислены названия улиц и номера домов, которые им обслуживаются, указаны фамилии участковых врачей и работающих вместе с ними специалистов.

Скорость обслуживания больных зависит от рационального размещения в регистратуре амбулаторных карт. Оптимальной считается система расстановки карт в барабанах по участкам, а внутри них – по улицам, домам и квартирам. Значительно облегчает работу медицинского регистратора система маркировки амбулаторных карт. Когда каждый терапевтический участок имеет свою цветовую маркировку. Хорошо зарекомендовала себя номерная система, при которой резко сокращается время поиска амбулаторных карт. Для этого каждому участку определяется количество номеров соответственно числу лиц, проживающих на данной территории. В последнее время распространилась практика хранения медицинские карты на руках у пациента. Это облегчает получение информации в других МО, однако в случае утери карты создаются серьезные затруднения.

Разумеется, в перспективе работа регистратуры может быть переведена на безбумажное, электронное хранение информации. Для этого необходимо создание локальной компьютерной сети в масштабе всей МО с терминалами во всех врачебных кабинетах и лечебно-диагностических подразделениях. Помимо недостатка компьютерной техники и компьютерной грамотности сотрудников объективным препятствием для такого перехода является трудность формализации медицинской информации и связанное с этим отсутствие удачных формализованных образцов медицинских карт амбулаторного больного.

Важное место в работе регистратуры занимает оформление мед. Документации: справок, направлений и др. работники регистратуры наряду с лицами, выдавшими документ, несут ответственность за правильность его оформления. Особого внимания требует оформление листков нетрудоспособности. Бланки выданных врачами больничных листков регистрируются в «Книге регистрации листков нетрудоспособности» с указанием номеров.

1. В состав отделения профилактики могут входить следующие структуры:

— кабинет доврачебного приема;

— смотровой кабинет;

— кабинет организации и контроля за диспансеризацией населе­ния;

— кабинет санитарного просвещения (гигиенического воспита­ния).

1. В состав лечебно-профилактических подразделений могут быть включены лечебные (клинические) отделения и кабинеты: от 6 до 20 по основным специальностям в зависимости от мощности учреждения:

— терапевтическое отделение;

— кабинет для оказания медицинской помощи подросткам (подростковый);

— цеховое терапевтическое отделение (кабинет);

— хирургическое отделение (кабинет);

— травматологическое отделение (травмпункт);

— урологический кабинет;

— стоматологическое отделение, в состав которого могут вхо­дить кабинет терапевтической, хирургической стоматологии и зубопротезное отделение;

— офтальмологическое отделение (кабинет);

— отоларингологическое отделение (кабинет);

— неврологическое отделение (кабинет);

—кардиологический кабинет;

— ревматологический кабинет;

— эндокринологический кабинет;

— кабинет инфекционных заболеваний;

— физиотерапевтическое отделение, в составе которого кабинет лечебной физкультуры, механотерапии;

— кабинет логопедии и психологии;

— процедурный кабинет;

— отделение неотложной помощи;

— отделение реабилитации.

Терапевтическое отделение

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

В состав терапевтического отделения могут входить от шести до десяти участков; возглавляет отделение заведующий.

Основными задачами участкового врача-терапевта являются:

— оказание населению участка квалифицированной терапевтической помощи на приеме в поликлинике и при обслуживании на дому;

 — организация и непосредственное проведение профилактических мероприятий;

 — проведение мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения.

Функции:

— активное выявление заболеваний на ранних стадиях;

— систематическое динамическое диспансерное наблюдение и комплексное лечение больных;

— организация консультаций больных по вопросам диагностики, лечения и реабилитации внутри поликлиники;

— своевременное направление больных для консультаций в соответствующие службы, клинико-диагностические центры, специализированные отделения;

— проведение отбора и направление больных на госпитализацию (оформление необходимой документации и предварительное обследование);

— осуществление экспертизы временной нетрудоспособности; работа с длительно и часто болеющими; своевременное оформление документов и необходимая подготовка больных для клинико-экспертной комиссии;

 — выявление признаков нарушений жизнедеятельности, подготовка больных для проведения медико-социальной экспертизы;

 — оценка и анализ заболеваемости прикрепленного населения

— проведение мероприятий по предупреждению и лечению инфекционных заболеваний: раннее выявление и лечение инфекционных больных, учет, оценка и анализ заболеваемости, организация профилактических прививок, работа с лицами, контактировавшими с заболевшим и бациллоносителям;

— организация и проведение гигиенического воспитания прикрепленного населения, включая работу по формированию здорового образа жизни;

— оценка и анализ своей лечебно-профилактической деятельности;;

— повышение квалификации по вопросам профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, освоение новых методик и их внедрение в практику.

В последние годы в связи с реализацией реформ первичной меди­ко-социальной помощи в состав поликлиники может входить такое отделение, как «дневной стационар», а при отделении неотложной помощи — кабинет обслуживания по типу «стационар на дому».

Дневной стационар поликлиники.

Одним из положительных аспектов реформирования поликлини­ки является развитие стационарозамещающей помощи. Лечение больного в условиях стационара в несколько раз дороже, чем в поли­клинике. При сравнении общих затрат на лечение одного больного в стационаре и в условиях дневного пребывания в поликлинике выяв­лено, что экономия средств на одного больного составляет 50 – 70%. Обычно в городских поликлиниках развернуто от 4 до 30 коек. Опре­деляются перечень заболеваний соответственно медико-экономиче­ским стандартам и тарифы на лечение. В дневном стационаре чаще всего работают врач-терапевт и медицинская сестра. Тарифы на лече­ние больного по терапевтическому профилю в дневном стационаре выше на 17 – 35%, по неврологическому профилю — на 25 – 40%, чем при амбулаторном лечении. Таким образом, доходы поликлиники при лечении в дневном стационаре за один месяц увеличиваются на 10 – 13%. Больные получают необходимый объем медицинской по­мощи: лабораторно-диагностическое обследование, медикаментозное лечение, внутривенные инъекции, физиотерапевтическое лечение.

Оценка и анализ работы дневного стационара городской поли­клиники должны осуществляться по следующим направлениям: про­исходит ли изменение (улучшение или ухудшение) доступности ста­ционарной помощи, сроки (длительность) лечения, объем оператив­ной деятельности.

5. Вспомогательные диагностические отделения:

— рентгеновское отделение (кабинет);

— лаборатория;

— отделение функциональной диагностики;

— центральная операционная.

6. Кабинет медицинской статистики (информационно–статистическая служба, отделение), который осуществляет:

— организацию статистического учета и документооборота учреждения здравоохранения либо его подразделений в соответствии с приказами и инструктивно-методическими указаниями Минздрава РФ;

 — сбор, систематизацию и статистическую обработку учетно-отчетных данных; организацию хранения, поиска и использования информации с применением компьютерных технологий для составления отчетов и решения производственных задач;

— участие в шифровке информации в соответствии с Междуна­родной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

— контроль за правильностью ведения и заполнения статистиче­ской документации, достоверностью данных годового отчета подразделений;

 — расчет статистических показателей оценки деятельности учреждения, участие в проведении оценки и анализа результатов деятельности с использованием основных статистических методов;

 — составление годового статистического отчета учреждения;

 — участие в организации и проведении инструктивно-методических семинаров по медицинской статистике в структурных
подразделениях учреждения.

7. Административная часть.

Структура городской поликлиники может зависеть от:

а) численности и особенностей состава населения (по полу, воз­расту, профессиям);

б) состояния здоровья обслуживаемого контингента (заболевае­мости);

г) экономических возможностей территории субъекта РФ (фи­нансирование, материально-технические кадры);

д) сложившихся на территории особенностей организации и уп­равления лечебно-профилактической помощью.

Задание: запишите в тетради задачи и функции регистратуры(20 минут).

**Задачи, функции и содержание работы поликлиники**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование****подразделения** | **Задачи** | **Функции** |
| Регистратура | 1. распределение потоков обратившихся для приема в кабинетах поликлиники и для обслуживания на дому;
2. хранение медицинской документации и медицинской инфор­мации об обслуживаемых контингентах;
3. оформление правовых документов (листков нетрудоспособно­сти и справок);
4. информирование населения о графике работы врачей, наличии и объеме предоставляемых услуг.
 | * 1. запись обратившихся контингентов на прием к врачу. Запись и выдача единых талонов амбулаторного пациента (ф. 025у-8 или 025 у-10) первичным больным (впервые обратившимся);
	2. прием вызовов врача для оказания медицинской помощи паци­ентам на дому;
	3. подбор и передача медицинской документации врачам (для приема в поликлинике и помощи на дому);
	4. справочно-информационные функции: информация о приеме врачей, объявления о работе каждого подразделения поликли­ники, сведения обо всех изменениях в работе поликлиники и др.;
	5. оформление правовых документов (листков нетрудоспособно­сти и справок)
 |
| Терапевтическое отделение (входит 6-10 кабинетов участковых врачей-терапевтов) | 1. оказание населению участка квалифицированной терапевтиче­ской помощи на приеме в поликлинике и при обслуживании на дому;
2. организация и непосредственное проведение профилактиче­ских мероприятий;
3. проведение мероприятий по снижению заболеваемости и смертности населения.
 | * 1. активное выявление заболеваний на ранних стадиях;
	2. систематическое динамическое диспансерное наблюдение и комплексное лечение больных;
	3. организация консультаций больных по вопросам диагностики, лечения и реабилитации внутри поликлиники;
	4. своевременное направление больных для консультаций в соот­ветствующие службы, клинико-диагностические центры, ста­ционары, специализированные отделения;
	5. проведение отбора и направление больных на госпитализацию (оформление необходимой документации и предварительное обследование);
	6. осуществление экспертизы временной нетрудоспособности; работа с длительно и часто болеющими; своевременное оформление документов и необходимая подготовка больных для клинико-экспертной комиссии;
	7. выявление признаков нарушений жизнедеятельности, подго­товка больных для проведения медико-социальной экспер­тизы;
	8. оценка и анализ заболеваемости прикрепленного населения;
	9. проведение мероприятий по предупреждению и лечению ин­фекционных заболеваний: раннее выявление и лечение инфек­ционных больных, учет, оценка и анализ заболеваемости, ор­ганизация профилактических прививок, работа с лицами, кон­тактировавшими с заболевшим и бациллоносителями;
	10. организация и проведение гигиенического воспитания прикре­пленного населения, включая работу по формированию здоро­вого образа жизни;
	11. оценка и анализ своей лечебно-профилактической деятельно­сти.
 |
| Кабинет медицинской статистики | 1. организацию статистического учета и документооборота уч­реждения здравоохранения;
2. сбор, систематизацию и статистическую обработку учетно-отчетных данных; организацию хранения, поиска и использо­вания информации
 | 1. расчет статистических показателей оценки деятельности учре­ждения, участие в проведении оценки и анализа результатов деятельности с использованием основных статистических ме­тодов;
2. составление годового статистического отчета учреждения;
3. участие в организации и проведении инструктивно-методиче­ских семинаров по медицинской статистике в структурных подразделениях учреждения.
 |

**Учетно-отчетная документация.**

**Анализ деятельности поликлиники**

Задание: Прочитать учетно-отчетную документацию городской поликлиники. Переписать в тетрадь (20 минут).

В соответствии с приказом Минздрава №1030 от 4 октября 1980г. «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от № 834н от 15.12.2014 г. утверждены унифицированные формы медицинской документации, используемые в медицинских организациях:

1. Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (ф. 025/у).

2. Та­лон амбулаторного пациента (ф. 025-10/у-97).

3. Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у).

4. Книга записей вызова врача на дом (ф. 031/у).

5. Журнал учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у).

6. Талон на прием к врачу (ф. 025-4/у-88).

7. Врачебное свидетельство о смерти (ф. 106/у).

8. Направление на МСЭК (ф. 088/у).

9. Журнал для записей консультаций КЭК (ф. 035/у).

10. Книга регистрации листков нетрудоспособности, ф. 036/у;

11. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку, ф. 058/у;

12. Журнал учета инфекционных заболеваний, ф. 060/у;

13. Карта профилактических прививок, ф. 063/у;

14. Журнал учета профилактических прививок, ф. 064/у;

15. Журнал регистрации амбулаторных больных, ф. 074/у;

16. Журнал регистрации больных, назначенных на госпитализа­цию (ф. 036/у).

Основным отчетным документом медицинского учреждения яв­ляется годовой отчет «Сведения о лечебно-профилактическом учреж­дении за \_\_\_\_\_ год» (ф. 30).

Годовой отчет поликлиники и сведения о ЛПУ за год (ф.30) дополняют специальные вкладыши и другие отчеты:

- «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учрежде­ния» (ф. 12);

* «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» (ф. 16-ВН);
* «Сведения о медицинских кадрах» (ф. 17).

Структура годового отчета (ф.30.) включает:

Введение.

1. Раздел I. Штаты учреждения на конец года.

2. Раздел II. Деятельность поликлиники (амбулатории, диспан­сера, консультации).

3. Раздел III. Деятельность стационара.

4. Раздел IV. Работа лечебных вспомогательных отделений (ка­бинетов).

5. Раздел V. Работа диагностических отделений.

6. Раздел VI. Антирабическая деятельность.

7. Раздел VII. Оснащенность электронно-вычислительной тех­никой.

8. Раздел VIII. Техническое состояние здания.

«Форма 30» является обязательной формой отчетности для всех типов лечебно-профилактических учреждений независимо от их размеще­ния, специализации и подчиненности.

* 1. **Задание 1:**

**Прочитайте вопросы дайте на него аргументированный ответы устно:**

1. С чем связано, что медицинская помощь, оказываемая в амбулаторно-поликлинических условиях, относится к ведущей в системе оказания медицинской помощи населению?
2. Какие принципы лежат в основе организации медицинской помощи населению в амбулаторно-поликлинических условиях?
3. В чем сущность участкового принципа организации медицинская помощи населению?
4. Какие врачи-специалисты строят свою работу по участково-территориальному принципу медицинского обслуживания населения?
5. Какая организация является основной при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях взрослому городскому населению?
6. Перечислите основные задачи городской поликлиники?
7. Какие структурные подразделения входят в состав городской поликлиники?
8. Перечислите функции участкового терапевта.
9. Каковы размеры терапевтического участка?
10. Дайте определение медицинской документации.
11. На какие группы можно условно разделить медицинскую документацию медицинских организаций?
12. Какие документы относятся к оперативным медицинским документам?
13. Какие документы относятся к оперативно-учетным медицинским документам?
14. Дайте определение понятию диспансеризации населения.
15. Перечислите цели диспансеризации населения.
16. Что включает в себя этапы проведения диспансеризации?
17. Перечислите критерии групп здоровья населения по результатам диспансеризации.
18. Назовите порядок проведения диспансеризации населения.
19. Перечислите критерии эффективности диспансеризации населения по контингентам?
20. Что включает понятие профилактическое консультирование?
21. Перечислите варианты и содержания профилактического консультирования населения.
22. Какие виды медицинских осмотров регламентированы Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»?
23. На основании какого документа осуществляется анализ деятельности медицинской организации?
24. Для каких целей используются данные анализа деятельности медицинских организаций?
25. Какие показатели используются для оценки деятельности медицинских организаций?
26. Перечислите показатели, используемые для оценки деятельности медицинских организаций.
27. Какие показатели деятельности поликлиники можно вычислить на основании данных, представленных в разделе «Штаты организации» годового отчета медицинской организации?
28. Приведите формулу расчета показателя укомплектованности врачами.
29. Как оценивается показатель укомплектованности штатов?
30. Какие сведения необходимы для вычисления коэффициент укомплектованности участковыми врачами?
31. На основании каких сведений годового отчета деятельности медицинских организаций вычисляется показатель охвата населения профилактическими осмотрами?
32. Как оценивается показатель охвата населения профилактическими осмотрами?
	1. **Задание 2:**

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

1. В городе А численность населения в 2020 г. составляла 68000 человек, среднегодовая численность населения, прикрепленного к поликлинике составила 51000 человек. В отчетном году число посещений врачей участковых терапевтов составило 295217, число посещений врачами на дому 8342; число посещений по поводу заболеваний – 125493. Рассчитайте показатель числа посещений на одного жителя в год, показатель удельного веса посещений по поводу заболеваний, показатель удельного веса профилактических посещений.
2. В поликлинике за отчетный год было выполнено 1862 операций, в т.ч. операции на органе уха, горла, носа – 193, операции на женских половых органах – 1001, операции на молочной железе – 12, операции на коже и подкожной клетчатке - 656, оперировано больных 1857. Число посещений врачей поликлиники составило 280210, число занятых должностей хирургического профиля составило 5,5. Рассчитать показатель число проведенных операций на 1000 посещений поликлиники, показатель числа операций на 1 оперированного больного, показатель числа операций в поликлинике на 1 занятую должность врача хирургического профиля, показатель структуры операций в поликлинике.
3. В отчетном году в поликлинику №1 города А с численностью обслуживаемого населения 51 тыс. чел. суммарное количество посещений к участковым врачам-терапевтам составило 303096, среднегодовое число участковых врачей-терапевтов – 29, число отработанных дней за год составило 251 день, количество отработанных часов за год 1807,2 ч. Рассчитайте показатель среднегодовой нагрузки участкового врача-терапевта (функция врачебной должности), среднегодовой нагрузки врача в день, среднегодовой нагрузки врача в час.
4. Численность населения в г. N в 2020 г. – 100000 чел. Число посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения – 800000. число врачей в г.N – 300. Число врачей на 10000 населения в предыдущие годы 1960 – 10,1, 1970 – 12,0, 1980 – 14,0. Вычислите показатель числа посещений на 1 жителя в год, показатель обеспеченности населения врачами, показатель наглядности (за 1996-1998гг.).
5. Численность населения района А в 2020 г. – 100000 чел. Зарегистрировано случаев обращения по поводу заболевания за медицинской помощью жителями района в поликлинику объединенной больницы – 121900, в т.ч. с лечебной целью – 85800, с консультативной – 27120, с профилактической – 8980. Заболеваемость по обращаемости в районе А за предыдущие годы: 2015 – 13200/00, 2016 - 14000/00, 2017 - 12200/00. Вычислите показатель заболеваемости по данным обращаемости населения за медицинской помощью в 2018 году, сравните с предыдущими годами, показатель структуры обращений за медицинской помощью.
6. В таблице приведены данные о численности населения в городе N по возрастным группам и о числе обращений в поликлинику по возрастным группам. Рассчитайте повозрастные показатели заболеваемости по данным обращаемости и показатель наглядности.

Таблица

Численность населения и число обращений в поликлинику лиц

разных возрастных групп в город N (в абс. числах)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст в годах | Численность населения | Число обращений |
| 15-19 | 5000 | 3000 |
| 20-59 | 25000 | 30000 |
| 60-69 | 10000 | 21000 |
| 70 и ст. | 10000 | 6000 |
| Всего | 50000 | 60000 |

1. Население района А 21000 человек. В 2020 г. зарегистрировано статистических талонов со знаком (+) 18756 случаев заболеваний, со знаком (-) 21130 случаев. Вычислить показатель первичной заболеваемости и распространенности заболеваний.
2. Определить структуру ошибочных диагнозов за 2020 г. в многопрофильной объединенной больнице, если после выписки из стационара оказалось, что в 91 случаях имеется расхождение поликлинического и клинического диагноза, в том числе при инфаркте миокарда в 36 случаях, при язвенной болезни желудка и 12-ти-перстной кишки – 22 случаях, пневмонии – 18 случаях, раке легкого – 15 случаях.
3. Главному врачу провести разбор жалобы. Проанализируйте жалобу и выявите показатель де­фекта в работе врачей.

Сергеев И.И., участник Великой Отечественной войны, инвалид, 15 октября пришел в районную поликлинику и обратился в регистратуру к Поповой с просьбой записать его к окулисту. В эту больницу он обратился впервые, поэтому карточки не имел. Регистратор Попова сказала, чтобы он зашел к врачу Перминовой, которая, узнав, что Сергеев И. И. до ухода на пенсию работал на железнодорожном транспорте, в категорической форме отказалась его слушать. Кроме этого, она накричала на Сергеева И. И. Сергеев пытался показать удостоверение участника войны, в ответ на это врач Перминова сказала, что лечить его все равно не будет и пригласила очередного пациента. Больной Сер­геев И. И. был вынужден уйти, не получив помощи.

1. Главному врачу провести разбор жалобы. Проанализируйте жалобу и выявите показатель дефекта в работе врачей.

Больная Иванова О.П. 5 ноября 2020 г. обратилась в поликлинику по поводу высокой температуры, насморка, головной боли. В регистратуре ее карточки не оказалось, и больной выписали новую. В июле Иванова лежала в стационаре и прошла полное обследование. Врач на ее участке в этот день не принимал, и ее направили к доктору Семеновой В.Н., которая не стала принимать Иванову из-за отсутствия отметок о флюорографии и осмотре гинеколога. Больная, несмотря на свое тяжело состояние, вынуждена была уйти домой.

* 1. **Задание 3:**

**Тестовые задания**

**Выберите один или несколько правильных ответов.**

**Внесите результаты ответов после оценки преподавателем в «Оценочный лист».**

1. ОСНОВНЫМИ ПУТЯМИ РАЗВИТИЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ В НОВЫХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

1. укрепление и развитие форм и методов восстановительного лечения и реабилитации
2. обеспечение возможности выбора участкового или семейного врача
3. развитие общеврачебных практик
4. создание на базе поликлиник консультативных и реабилитационных центров
5. развитие современных технологий и новых организационных

2. РЕЖИМ И ФОРМЫ РАБОТЫ ПОЛИКЛИНИКИ, НАГРУЗКА ПЕРСОНАЛА ДОЛЖНЫ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ

1. на федеральном уровне
2. на региональном уровне
3. на уровне руководителя учреждения

3. ОСНОВНЫМИ ПУТЯМИ УЛУЧШЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ

1) введение врача общей практики и семейного врача

2) повышение квалификации медицинского персонала

3) совершенствование информационного обеспечения

4) совершенствование преемственности между поликлиникой и стационаром, станцией скорой медицинской помощи

5) повышение эффективности профилактической работы

6) введение обязательной платы за обслуживание в поликлинике из личных средств пациента

7) введение санитарно-гигиенического мониторинга

4. ВХОДИТ В ПРАКТИЧЕСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

1. лечебно-диагностическая работа
2. экспертиза стойкой утраты трудоспособности
3. профилактическая работа, диспансеризация
4. организационно-методическая работа
5. гигиеническое воспитание и обучение населения

5. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОРГАНИЗУЕТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПРИНЦИПАМ

1. территориально-участковому
2. бригадному
3. ведомственному
4. частному

6. В ФУНКЦИИ РЕГИСТРАТУРЫ ПОЛИКЛИНИКИ ВХОДИТ

1. запись посетителей на прием к врачу
2. прием вызовов на посещение больных на дому
3. обеспечение оптимального потока посетителей
4. массовое направление посетителей на исследования

7. ПРИ ОБСЛУЖИВАНИИ БОЛЬНЫХ НА ДОМУ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ДОЛЖЕН

1. обеспечить раннее выявление заболевания
2. своевременно оказывать помощь нуждающимся
3. посещать больных на дому в день вызова
4. ежедневно посещать больных на дому без показаний

8. ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОБЯЗАННОСТЯМИ ЗАВЕДУЮЩЕГО ОТДЕЛЕНИЕМ ПОЛИКЛИНИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. повышение квалификации участковых терапевтов
2. анализ деятельности участковых терапевтов и контроль за их работой
3. текущая организационно-методическая и консультативная работа
4. издание приказов по отделению

9. ОСНОВНЫМИ РАЗДЕЛАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. лечебно-диагностическая работа в поликлинике и на дому
2. консультативная работа в поликлинике и на дому
3. контроль за деятельностью участкового терапевта
4. проведение профилактических мероприятий по своему профилю

10. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИЧЕСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ НЕОБХОДИМА ДЛЯ

1. регистрация изучаемого явления (например, заболеваемости с впервые в жизни диагностируемым заболеванием)
2. оперативного управления медицинской организацией
3. выработки конкретного, обоснованного решения
4. изучения особенностей и закономерностей состояния здоровья населения

11. К ПОКАЗАТЕЛЯМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, ОТНОСЯТСЯ

1. среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении
2. переход из одной группы в другую
3. показатель частоты рецидивов
4. динамика первичного выхода на инвалидность
5. заболеваемость с временной утратой трудоспособности у стоящих на диспансерном наблюдении

12. РАБОТА ПОЛИКЛИНИКИ ОЦЕНИВАЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ

1. структура посещений по специальностям
2. распределение посещений по виду обращений: по месяцам, дням недели, часам дня
3. объем помощи на дому; структура посещений на дому; активность врачей по помощи на дому
4. соотношение первичных и повторных посещений на дому

13. НА УРОВНЕ ВРАЧ ТЕРАПЕВТ-УЧАСТКОВЫЙ (ЦЕХОВОЙ) ЭКСПЕРТНО ОЦЕНИВАЮТСЯ

1. каждый случай смерти на дому
2. каждый случай первичного выхода на инвалидность
3. каждый случай расхождения диагнозов поликлиники и стационара
4. каждый случай выявления больных с запущенными формами злокачественного новообразования туберкулеза

14. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕОБХОДИМЫ

1. для поощрения сотрудников
2. для совершенствования лечебного процесса
3. для определения профессионального уровня
4. для повышения квалификации медицинского персонала
5. для планирования работы медицинской организации

15. ПОЛИКЛИНИКИ, ЯВЛЯЯСЬ УЧРЕЖДЕНИЯМИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ, ВЫПОЛНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФУНКЦИИ

1. оказывают квалифицированную амбулаторно-поликлиническую помощь
2. оказывают узкоспециализированную помощь
3. организуют профилактическую работу среди прикрепленного населения
4. осуществляют санитарно-просветительскую работу среди населения

16. ЦЕЛЯМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИК ЯВЛЯЮТСЯ

1. оказание амбулаторно-поликлинической помощи прикрепленному контингенту
2. обслуживание работников промышленных предприятий
3. проведение экспертизы стойкой утраты трудоспособности
4. профилактическая и диспансерная работа в зоне обслуживания

17. РЕГИСТРАТУРА ПОЛИКЛИНИКИ ВЫПОЛНЯЕТ СЛЕДУЮЩУЮ РАБОТУ

1. запись посетителя на прием к врачу
2. прием вызовов на посещение больных на дому
3. регулирование потока посетителей внутри поликлиники
4. направление посетителей на исследования, назначенные на приеме

18. ПРИ ОБСЛУЖИВАНИИ БОЛЬНЫХ НА ДОМУ УЧАСТКОВЫЙ ВРАЧ ДОЛЖЕН

1. обеспечить раннее выявление заболевания
2. своевременно оказать помощь нуждающимся
3. посетить больного на дому в день вызова
4. ежедневно посещать больного на дому

19. ЗАДАЧАМИ, ТРЕБУЮЩИМИ НАИБОЛЬШЕГО ВНИМАНИЯ ЗАВЕДУЮЩЕГО ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ ПОЛИКЛИНИКИ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. повышение квалификации участковых терапевтов
2. анализ деятельности и контроль за работой участковых терапевтов
3. текущая организационно-методическая и консультативная работа
4. издание приказов по отделению

20. ОСНОВНЫМИ РАЗДЕЛАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ЯВЛЯЮТСЯ

1. лечебно-диагностическая работа в поликлинике и на дому
2. консультативная работа в поликлинике и на дому
3. проведение профилактических мероприятий по своему профилю
4. контроль за деятельностью участкового терапевта

**Заключение:**

Основа профилактической медицины - медицинские организации, оказывающиепервичную медико-санитарную помощь населению (первичная МСП, ПМСП).

ПМСП включает мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течениембеременности, формированию здорового образа жизни, снижению уровняфакторов риска заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению. ПМСПоказывается планово, неотложно, амбулаторно и в стационаре.ПМСП осуществляется в рамках Программы государственных гарантийбесплатного оказания гражданам РФ медицинской помощи за счет средствобязательного медицинского страхования (ОМС) и средств бюджетов разногоуровня (федерального, регионального, муниципального) в соответствии сустановленными порядками оказания отдельных видов (по профилям)медицинской помощи и стандартами медицинской помощи.

**Список использованных источников:**

* 1. Двойников, С.И. Проведение профилактических мероприятий/Под ред. С.И. Двойникова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016. – с. 131 – 161.
	2. Концепция развития здравоохранения до 2020 года [www.zdravo2020.ru](http://www.zdravo2020.ru/).

3. Министерство здравоохранения Иркутской области www.minzdrav-irkutsk.ru.

4. Справочно-информационная система «Гарант».

5. Справочно-информационная система «Консультант +».