

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра организации здравоохранения с психологией и педагогикой

И.Б. Туаева, Л.Н. Габараева, К.А. Магаев

Организация амбулаторно- поликлинической помощи

Учебно-методическое пособие для обучающихся
на факультете подготовки кадров высшей квалификации
и дополнительного профессионального образования

Владикавказ, 2020

СОСТАВИТЕЛИ:

Туаева И.Б. – зав. кафедрой организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Габараева Л.Н. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Магаев К.А. – к.м.н., доцент кафедры организации здравоохранения с психологией и педагогикой ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Тотров И.Н. – д.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней № 1 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Тотиков В.З. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой хирургических болезней №3 ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

В учебно-методическом пособии отражены основные принципы организации медицинского обслуживания взрослого населения, организация работы городской поликлиники, задачи участковых врачей-терапевтов, анализ деятельности поликлиники.

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным координационным учебно-методическим советом ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

Протокол № 2 от 04.12.2020 г.

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
1. Понятие о первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)	5
2. Амбулаторно-поликлиническая помощь, особенности и принципы ее оказания.....	5
3. Организация работы и структура городской поликлиники.....	8
4. Учетно-отчетная документация. Анализ деятельности поликлиники	14
5. Электронная регистратура	15
Контрольные вопросы	18
Тестовые задания	19
ЛИТЕРАТУРА (основная, дополнительная).....	20

Введение

Амбулаторно-поликлиническая помощь – самый массовый вид медицинской помощи, которую получают около 80% всех больных, обращающихся в организации здравоохранения. К основным типам амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) относятся: поликлиники (для взрослых, детей, стоматологические), диспансеры, центры общей врачебной (семейной) практики, женские консультации и др.

В 2007 г. в России функционировало 11 148 АПУ, в которых медицинская помощь оказана более 50 млн человек.

АПУ призваны играть ведущую роль в формировании здорового образа жизни как комплекса мер, позволяющего сохранять и укреплять здоровье населения, повысить качество жизни.

Дальнейшее развитие амбулаторно-поликлинической помощи направлено на обеспечение доступности этого вида медицинской помощи всем группам населения, проживающим в любых регионах страны; полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной лечебно-профилактической и медико-социальной помощи; усиление профилактической направленности в деятельности АПУ; повышение эффективности их работы; совершенствование управления; повышение культуры и качества медико-социальной помощи.

1. Понятие о первичной медико-санитарной помощи (ПМСП)

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – первичный элемент многогранной структуры охраны здоровья населения, которая максимально приближает медицинскую помощь к месту жительства и построена по принципу «от периферии к центру».

Являясь центральным звеном здравоохранения, ПМСП должна осуществлять главную функцию – улучшение здоровья населения.

ПМСП должна удовлетворять основные потребности населения в области здравоохранения:

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

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.

2. Амбулаторно-поликлиническая помощь, особенности и принципы ее оказания

Амбулаторно-поликлиническая помощь – самый массовый вид медицинской помощи; в них осуществляется высококвалифицированное обслуживание около 80% всех больных.

В соответствии с приказом Минздрава РФ от 7 октября 2005 года №627 амбулаторно-поликлинические учреждения (АПУ) 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;
- восстановительного лечения.

Особенности амбулаторно-поликлинического вида помощи:

1. Большая часть АПУ оказывают первичную медико-социальную помощь и обеспечивают медицинскую помощь преимущественно по месту жительства с учетом интересов застрахованных граждан.

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

3. Это самый доступный и массовый вид медицинской помощи. Из всех обратившихся 80% начинает и заканчивает лечение в АПУ, а лишь 20% госпитализируется в стационарные учреждения.

Основные принципы оказания амбулаторно-поликлинической помощи:

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

Участковость. Большая часть АПУ работают по участковому принципу, т.е. за учреждениями закреплены определенные территории, которые в свою очередь разделены на территориальные участки. За каждым участком закреплен участковый врач (терапевт, педиатр) и участковая медицинская сестра. Терапевтические участки формируют из расчета 1700 жителей в возрасте 18 лет и старше на один участок.

При формировании участков для обеспечения равных условий работы участковых врачей учитывается:

- численность населения;
- протяженность участка;
- тип застройки;
- удаленность от поликлиники;
- транспортную доступность и др.

Доступность обеспечивается:

1. Широкой сетью АПУ, действующих на территории РФ;
2. Бесплатностью амбулаторно-поликлинической помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Любой житель страны не должен иметь препятствий для обращения в АПУ как по месту жительства, так и на территории, где он находится в настоящее время.

Профилактическая направленность реализуется посредством диспансерного метода. *Диспансеризация* – приоритетное направление в деятельности медицинских учреждений, включающее комплекс мер по формированию здорового образа жизни, профилактике и ранней диагностике заболеваний, эффективному лечению больных и их динамическому наблюдению.

Диспансеризация включает:

- ежегодный медицинский осмотр населения декретированных групп с проведением установленного объема врачебных осмотров, лабораторных и инструментальных исследований;
- дообследование нуждающихся с использованием всех современных методов диагностики;
- выявление лиц, имеющих факторы риска, способствующие возникновению и развитию заболеваний;
- выявление заболеваний в ранних стадиях;
- индивидуальную оценку состояния здоровья;
- проведение комплекса необходимых медицинских и социальных мероприятий и динамического наблюдения за состоянием здоровья населения;
- мобилизацию кадровых и материальных ресурсов здравоохранения, их рациональное использование;
- дальнейшее расширение и углубление научных исследований, внедрение автоматизации и создание системы управления диспансеризацией;
- усиление работы по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, повышение уровня пропаганды здорового образа жизни, осознание каждым гражданином того, что охрана здоровья - не только его личное дело, но и общественная необходимость.

В профилактической деятельности АПУ выделяют первичную, вторичную и третичную профилактики.

Первичная профилактика включает следующие мероприятия:

- вакцинация;
- гигиеническое воспитание населения;
- диспансерное наблюдение за здоровыми и лицами с факторами риска;
- санитарно-противоэпидемиологические мероприятия.

Вторичная профилактика включает:

- своевременное определение инфекционных заболеваний и извещение про инфекционного больного СЭС;
- организация изоляции больных, наблюдение за контактными выздоравливающими;
- организация текущей дезинфекции.

Третичная профилактика – комплекс мероприятий, по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Её цель – социальная (формирование уверенности в собственной социальной пригодности), трудовая (возможность восстановления трудовых навыков), психологическая (восстановление поведенческой активности) и медицинская (восстановление функций органов и систем организма) реабилитация.

Диспансерный метод прежде всего используется в работе с определенными группами здоровых людей (дети, беременные, спортсмены, военнослужащие и др.), а также с больными, подлежащими диспансерному наблюдению. В процессе диспансеризации эти контингенты ставят на учет с целью раннего выявления заболеваний,

комплексного лечения, проведения мероприятий по оздоровлению условий труда и быта, восстановлению трудоспособности и продлению периода активной жизнедеятельности.

Важным направлением профилактической работы АПУ является прививочная работа. Детскому населению профилактические прививки проводят в соответствии с Национальным календарем прививок, взрослому населению – по показаниям.

Преимственность и этапность лечения. Амбулаторно-поликлиническая помощь является первым этапом единого процесса оказания медицинской помощи: пациент вначале обращается к участковому врачу поликлиники и в случае необходимости он может быть направлен в консультативно-диагностический центр, диспансер (онкологический, противотуберкулезный, психоневрологический и др.), больничное учреждение, центр медицинской и социальной реабилитации (*этапность*). Между этими звеньями оказания медицинской помощи должна существовать *преимственность*, позволяющая исключать дублирование диагностических исследований, ведения медицинской документации, тем самым обеспечить комплексность в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации больных.

Одним из направлений в достижении этого является внедрение электронной истории болезни (электронный паспорт больного).

Среди АПУ ведущими являются поликлиника и амбулатория, которые составляют более 75% учреждений внебольничного типа, а число врачебных посещений в них – около 85%.

Поликлиника – высокоразвитое специализированное лечебно-профилактическое учреждение, в котором оказывается медицинская помощь проходящим больным, а также больным на дому, осуществляется комплекс лечебно-профилактических мероприятий по лечению и предупреждению развития заболеваний и их осложнений.

Амбулатория – учреждение, которое оказывает помощь больным по одной или нескольким основным врачебным специальностям, в то время как в поликлинике оказывается помощь по многим специальностям.

Таким образом, поликлиника отличается от амбулатории объемом и уровнем лечебно-профилактической помощи.

3. Организация работы и структура городской поликлиники

Городская поликлиника для взрослых – многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, оказывающее амбулаторно-поликлиническую помощь населению в возрасте 18 лет и старше. Поликлиники организуют в составе больничных учреждений (республиканской, областной, краевой, окружной, центральной районной больницы, медико-санитарной части) или могут быть самостоятельными учреждениями.

В зависимости от числа посещений в смену или числа обслуживаемого населения поликлиники делятся на 5 категорий:

I категория – 1200 посещений в смену (обслуживает 100-120 тыс. населения);

II категория – 750-1200 посещений в смену (80-100 тыс. населения);

III категория – 500-750 посещений в смену (50-79 тыс. населения);

IV категория – 250-500 посещений в смену (18-49 тыс. населения);

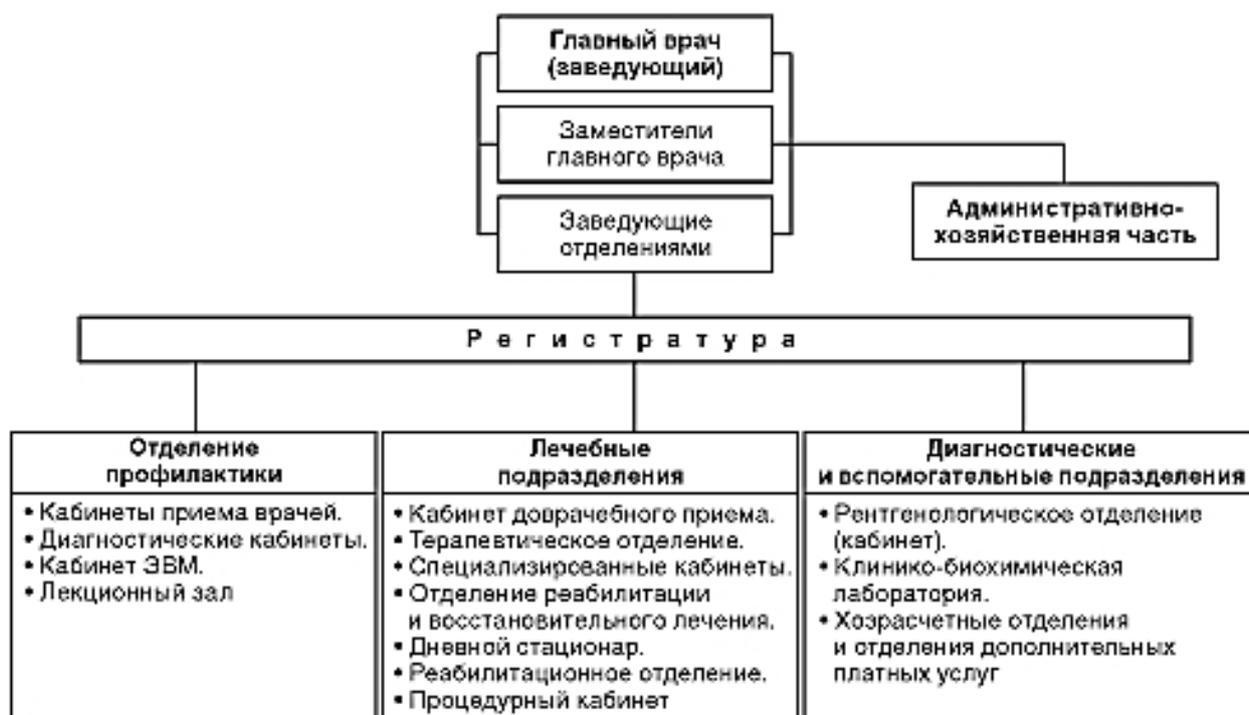
V категория – до 250 посещений в смену (до 17000 обслуживаемого населения).

Основные задачи поликлиники:

- оказание медицинской помощи населению непосредственно в поликлинике и на дому;
- организация и проведение среди прикрепленного населения комплекса профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности;
- диспансеризация населения и, прежде всего, лиц с факторами риска;
- организация и проведение мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, формированию здорового образа жизни.
- сбор информации о состоянии здоровья населения (заболеваемости, инвалидности, смертности);
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и экспертизы медико-социальных проблем.

Структура городской поликлиники может зависеть от:

- численности и особенностей состава населения (по полу, возрасту, профессиям);
- состояния здоровья обслуживаемого контингента (заболеваемости);
- экономических возможностей территории субъекта РФ (финансирование, материально-технические кадры);
- сложившихся на территории особенностей организации и управления лечебно-профилактической помощью.



Примерная организационная структура городской поликлиники для взрослых

Поликлинику возглавляет **главный врач**, который выполняет следующие обязанности:

- осуществляет руководство деятельностью учреждения;
- несет ответственность за качество и культуру лечебно-профилактической помощи;
- несет ответственность за организационную, административно-хозяйственную и финансовую деятельность учреждения;
- разрабатывает план работы учреждения и организует его выполнение;
- проводит подбор кадров медицинского и административно-хозяйственного персонала;
- выносит поощрения хорошо работающим инициативным сотрудникам и привлекает к дисциплинарной ответственности нарушителей трудовой дисциплины;
- осуществляет расстановку кадров;
- организует повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- готовит резерв руководителей подразделений;
- устанавливает распорядок работы учреждения;
- утверждает графики работы персонала и т.д.

Главный врач назначает своих **заместителей**:

1. *Заместитель по лечебной работе*: отвечает за всю профилактическую и лечебно-диагностическую деятельность учреждения, а в период отсутствия главного врача исполняет его обязанности.

2. *Заместитель по клинико-экспертной работе*: организует работу по контролю качества медицинской деятельности ЛПУ, его подразделений и отдельных специалистов, возглавляет клинико-экспертную комиссию и обеспечивает условия для ее эффективной работы, также осуществляет контроль за выполнением медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи, реализацией моделей конечных результатов, проведением экспертизы временной нетрудоспособности.

3. *Заместитель по административно-хозяйственной части*: осуществляет руководство хозяйственной деятельностью организации здравоохранения и контроль за хозяйственным обслуживанием и надлежащим состоянием ЛПУ.

За качество профилактической и лечебно-диагностической работы в поликлинике ответственность несут и **заведующие отделениями**, в обязанности которых входят:

- осуществление руководства и контроля за профилактической и лечебно-диагностической работой врачей;
- консультация больных со сложными формами заболеваний;
- контроль выдачи врачами листков временной нетрудоспособности;
- организация своевременной госпитализации больных, которым необходимо стационарное лечение;
- обеспечение проведения мероприятий по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала;
- контроль лечения больных, нуждающихся в госпитализации, но оставленных по каким-либо причинам на дому.

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.

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».

Регистратура – основное структурное подразделение по организации приема больных в поликлинике и на дому.

Задачи регистратуры:

1. Запись на прием к врачам при непосредственном обращении и по телефону;
2. Распределение потоков обратившихся для приема в кабинетах поликлиники и для обслуживания на дому;
3. Хранение медицинской документации и медицинской информации об обслуживаемых контингентах;
4. Оформление правовых документов (листок нетрудоспособности и справок);
5. Информирование населения о графике работы врачей, наличии и объеме предоставляемых услуг.

Различают 3 способа организации записи пациентов на прием к врачу:

1. Талонная система: первичные пациенты обращаются в регистратуру и получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на прием.

2. Самозапись: посетители сами вписывают в специальные листы свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приема. Для этого в холле поликлиники оборудуют столики с папками листов самозаписи на несколько дней вперед. Дежурный регистратор дает необходимые устные справки, в отдельных случаях помогает посетителям записаться на прием к врачу. Заполненные листы самозаписи в конце дня передают работникам картоохранилища для подбора «Медицинских карт амбулаторного больного» или их оформления для впервые обратившихся пациентов. Перед приемом медицинская сестра кабинета берет из картоохранилища подобранные «Медицинские карты амбулаторного больного» и лист самозаписи.

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

Для получения пациентами необходимой информации в вестибюле поликлиники организуют подробную «немую справку» с расписанием работы врачей всех

специальностей, номеров их кабинетов, врачебных участков с входящими в них улицами и домами, правилами подготовки к исследованиям (рентгеноскопии, рентгенографии, анализов крови) и т.д. «Немая справка» должна содержать также информацию о времени и месте приема населения главным врачом и его заместителями; адреса дежурных поликлиник и стационаров района (города), оказывающих экстренную специализированную помощь на селению в воскресные дни, и др.

Скорость обслуживания больных зависит от рационального размещения в регистратуре «Медицинских карт амбулаторного больного». Оптимальной считается система расстановки карт в барабанах по участкам, а внутри них – по улицам, домам и квартирам. Значительно облегчает работу система маркировки медицинских карт, когда каждый терапевтический участок имеет свою цветовую маркировку. В последнее время распространяется практика хранения медицинских карт амбулаторного больного на руках у пациентов, что облегчает получение пациентом консультаций в других лечебно-профилактических учреждениях, однако в случае утери карты создаются серьезные затруднения.

В непосредственной близости от регистратуры располагается **кабинет доврачебного приема**, где работают наиболее опытные медицинские сестры.

Задачи кабинета доврачебного приема:

1. Распределение пациентов по срочности направления их к врачу;
2. Направление на лабораторные и другие диагностические исследования больных, которые не нуждаются в день обращения во врачебном приеме;
3. Проведение антропометрии, измерение артериального и глазного давления, температуры тела и др.;
4. Заполнение паспортной части «Санаторно-курортной карты» (ф. 072/у-04), «Направления на медико-социальную экспертизу организацией, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» (ф. 088/у-06), а также внесение в них данных лабораторных и других диагностических исследований, оформление справок, выписок и других медицинских документов;
5. Участие в организации и проведении медицинских осмотров.

Основная фигура городской поликлиники для взрослых – **участковый терапевт**, который обеспечивает в поликлинике и на дому квалифицированную терапевтическую помощь населению, проживающему на закрепленном участке. Терапевтические участки формируют из расчета 1700 жителей в возрасте 18 лет и старше на один участок. В своей работе участковый терапевт непосредственно подчиняется заведующему терапевтическим отделением.

Задачи участкового терапевта:

1. Своевременная квалифицированная терапевтическая помощь населению своего участка в поликлинике и на дому;
2. Своевременная госпитализация больных с обязательным предварительным обследованием при плановой госпитализации;

3. Использование в своей работе современных методов профилактики, диагностики и лечения;
4. Экспертиза временной нетрудоспособности больных в соответствии с действующим положением;
5. Проведение комплекса мероприятий по диспансеризации взрослого населения участка, анализ эффективности и качества диспансеризации;
6. Раннее выявление, диагностика, лечение инфекционных заболеваний и направление в Центры гигиены и эпидемиологии;
7. Систематическое повышение своей профессиональной квалификации и уровня медицинских знаний участковой медицинской сестры;
8. Пропаганда среди населения участка здорового образа жизни.

Работа участкового терапевта осуществляется по графику, утверждаемому заведующим отделением или главным врачом поликлиники, в котором предусматриваются фиксированные часы амбулаторного приема, время для оказания помощи на дому, профилактической и другой работы. Распределение времени приема в поликлинике и помощи на дому осуществляется в зависимости от численности и состава населения участка, от сложившейся посещаемости и др.

Вызов врача на дом осуществляется очно либо по телефону. Принимаемые вызовы заносят в «Книгу записей вызова врача на дом» (ф. 031/у), в которой указывают не только фамилию, имя, отчество и адрес больного, но и основные жалобы. Эти книги ведут 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 фамилию, имя, отчество, адрес больного, основные жалобы, температуру и опускает бланк в ящик вызовов. Поступившие заявки медицинский регистратор вносит в книгу.

На средний медперсонал могут быть возложены повторные посещения для проверки соблюдения больным постельного режима, выполнения назначенного лечения. Большая роль принадлежит среднему медперсоналу в осуществлении такой активной формы посещений на дому, как *патронаж*, особенно одиноких престарелых граждан, больных со злокачественными новообразованиями. Эффективность профилактической и лечебной работы во многом определяется взаимоотношениями медперсонала и пациента, умением врача и медсестры найти пути воздействия на образ жизни больного или здорового человека. Поэтому следует шире использовать каждое посещение на дому для проведения профилактической работы в семье, бесед с родственниками пациентов, разъяснения им особенностей психологии больных, ухода за ними, обучения проведению реабилитационных мероприятий на дому.

Помощь на дому в вечернее и ночное время жителям микрорайона, обслуживаемого поликлиникой (или несколькими поликлиниками), оказывает отделение неотложной медицинской помощи, организуемое в одной из поликлиник. Решением местного органа здравоохранения оказание неотложной помощи в вечернее и ночное время может быть полностью возложено на централизованную службу скорой медицинской помощи.

Стационар на дому организуют с целью лечения больных, которые страдают хроническими заболеваниями и в силу социально-бытовых причин отказываются от госпитализации. Лечение проводит врач поликлиники, посещающий больного на дому не реже 3 раз в неделю, его назначения выполняет средний медицинский персонал.

Дневной стационар – прогрессивная и эффективная форма оказания квалифицированной медицинской помощи больным, позволяющая проводить лечение на уровне стационара без госпитализации больного. Дневной стационар может быть организован на 5-25 и более коек, работать как в одну, так и в две-три смены. Он обеспечивает лечение лиц с хронической патологией и некоторыми острыми заболеваниями. В дневных стационарах хирургического профиля могут проводиться операции по поводу удаления доброкачественных опухолей мягких тканей, грыж; ортопедические вмешательства. В условиях дневных стационаров проводят обследование больных: фонокардиография, урография, эндоскопия и т.д. Число работающих врачей, среднего медицинского и другого персонала, перечень необходимого оборудования устанавливает руководитель учреждения. Достаточно эффективно лечение в дневных стационарах больных с заболеваниями сосудов нижних конечностей, хроническими заболеваниями органов дыхания и пищеварения, последствиями перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения и др. Транспортировка больных в дневной стационар может быть организована транспортом поликлиники по медицинским показаниям. Дневными стационарами широко используются физиотерапия, бальнеологическое лечение, грязелечение, массаж, лечебная физкультура и другие виды восстановительного лечения. Средняя длительность пребывания больных в дневном стационаре составляет 10-12 дней.

4. Учетно-отчетная документация.

Анализ деятельности поликлиники

В соответствии с приказом Минздрава №1030 от 4 октября 1980 г., последние изменения в который внесены 31 декабря 2002 года «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения», основными учетными статистическими документами поликлиники являются:

1. Медицинская карта амбулаторного больного (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. 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 дополняют специальные вкладыши и другие отчеты:

1. «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (ф. 12);
2. «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» (ф. 16-ВН);
3. «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. Антибарическая 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.

Оценка и анализ деятельности ЛПУ проводятся для:

1. Разработки мероприятий для текущего, перспективного планирования;
2. Совершенствования управления деятельностью учреждения в целом и его отдельных структурных звеньев;
3. Более углубленного изучения эффективности различных методов диагностики, лечения и профилактики, новых медицинских технологий, различных организационных форм работы;
4. Своевременного внедрения элементов научной организации труда в практику работы учреждения;
5. Осуществления экономико-финансовой деятельности ЛПУ;
6. Оценки всех компонентов структуры, технологии и результатов качества оказания медицинской помощи и совершенствования работы в соответствии со стратегией непрерывного улучшения качества медицинской помощи.

5. Электронная регистратура

Электронная регистратура – это виртуальное приложение, с помощью которого пациенты могут записаться на прием к врачу в медицинские учреждения через Интернет-портал.

Электронная регистратура позволяет:

- узнать расписание приема врачей;
- получить информацию о медицинских учреждениях;
- записаться на прием к специалисту;
- напечатать талон на прием;

- просмотреть историю своих записей на прием.

Обзор системы «Электронная регистратура».

Авторизация пользователя. Авторизация пользователя в системе может производиться двумя способами:

- если пользователь был в медицинском учреждении, подключенном к системе «Электронная регистратура», он выбирает способ авторизации по паролю и вводит данные, полученные от сотрудников учреждения;

- если пользователь не получил логин и пароль, то он может воспользоваться дополнительным способом авторизации по ФИО. При этом функционал системы будет ограничен.

Запись на прием осуществляется в системе поэтапно. На первом шаге пользователь выбирает медицинское учреждение, в которое он хочет записаться, либо через поиск, либо выбирая из списка ранее посещаемых учреждений.

На втором шаге пользователь выбирает специализацию врача, к которому он хочет записаться, из списка отделений выбранного медицинского учреждения.

На третьем шаге пользователь выбирает врача выбранной специализации (отделения), к которому он хочет записаться.

На четвертом шаге отображается расписание приема выбранного врача. Пользователь выбирает день в расписании, на который он хочет записаться на прием.

На пятом шаге пользователь выбирает временной интервал, на который будет назначен прием, из свободных интервалов в расписании выбранного врача.

На шестом шаге отображается информация о созданной записи на прием, а также имеется возможность отказаться от записи, распечатать талон или отправить его на электронную почту пользователя.

В разделе личного кабинета пользователь может просмотреть список своих текущих, либо прошлых записей на прием. В данном разделе также имеется возможность отказаться от созданной записи на прием, либо распечатать талон.

Также в Личном кабинете реализована возможность обратной связи пользователя с администратором портала. С её помощью пользователь может высказать жалобу, внести какое-либо предложение, запросить интересующую его информацию и т.п.

Что дает «Электронная регистратура» организации:

1. Автоматизация процесса записи на прием уменьшает трудозатраты персонала медицинского учреждения;
2. Использование прогрессивных технологий повышает репутацию медицинского учреждения;
3. Упрощение процедуры записи на прием увеличивает число клиентов медицинского учреждения;
4. Возможность быстро и просто записаться на прием к врачу, используя удобный Интернет-портал;
5. Возможность отменить запись на прием, не совершая дополнительных звонков в медицинское учреждение;

6. Возможность ознакомиться с историей своих записей на прием, посещений врачей и текущими записями;
7. Возможность найти нужного специалиста в интересующем учреждении и ознакомиться с его расписанием;
8. Возможность получить актуальную информацию о медицинском учреждении (местоположение, контактная информация и т.п.).

Электронная регистратура
Лечебно-профилактических учреждений Волгоградской области
Региональный портал государственных услуг

* Система предназначена для записи пациентов на прием к врачам медицинских учреждений Волгоградской области.

Личный кабинет | Просмотр расписания | Медицинские учреждения | Личный кабинет ЛПУ

Личный кабинет

Пройти процедуру авторизации по

Паролю ФИО

Уникальный идентификатор пользователя
12345678

Пароль

Согласен(на) на [обработку персональных данных](#)

В настоящее время возможна запись на прием в **135** учреждений

Запись на прием через интернет

Для того, чтобы записаться на прием к врачу, необходимо пройти процедуру авторизации

Если Вы были в медицинском учреждении, подключенном к системе "Электронная регистратура", выберите способ [авторизации по паролю](#) и введите данные, полученные от сотрудников учреждения.

Если Вы не получили логин и пароль, то можете воспользоваться дополнительным способом [авторизации по ФИО](#). При этом функционал системы будет ограничен. Для этого нужно выбрать необходимый способ авторизации и ввести данные.

Запись на прием по телефону

Кроме того, для записи на прием Вы можете воспользоваться Центром Обработки Вызовов по телефону

Контрольные вопросы:

1. Перечислите основные принципы организации лечебно-профилактической деятельности в городской поликлинике.
2. Каковы обязанности главного врача поликлиники и его заместителей?
3. Какие структурные подразделения включает типовая городская поликлиника?
4. Каковы задачи и функции регистратуры?
5. Перечислите задачи кабинета доврачебного приёма.
6. Какие задачи решает участковый врач (врач общей практики)?
7. Перечислите основные функции участкового врача-терапевта.
8. Дайте определение преемственности в деятельности лечебно-профилактических учреждений.
9. Назовите конечную цель преемственности и взаимодействия в организации лечебно-профилактической помощи населению.
10. Какие мероприятия следует осуществлять в работе АПУ и стационаров с целью обеспечения четкой преемственности между ними?

Тестовые задания

001. Основными путями развития поликлинической помощи взрослому населению в новых экономических условиях являются все, кроме

- а. укрепления и развития форм и методов восстановительного лечения и реабилитации;
- б. обеспечения возможности выбора участкового или семейного врача;
- в. развития общеврачебных практик;
- г. создания на базе поликлиник консультативных и реабилитационных центров;
- д. развития современных технологий и новых организационных форм амбулаторно-поликлинической помощи с увеличением количества участковых врачей и разукрупнения участков.

002. Режим и формы работы поликлиники, нагрузка персонала должны определяться:

- а. на федеральном уровне;
- б. на региональном уровне;
- в. на уровне руководителя учреждения.

003. Основными путями улучшения первичной медико-санитарной помощи являются:

- а. введение врача общей практики и семейного врача;
- б. повышение квалификации медицинского персонала;
- в. совершенствование информационного обеспечения;
- г. совершенствование преемственности между поликлиникой и стационаром, станцией скорой медицинской помощи;
- д. повышение эффективности профилактической работы;
- е. введение обязательной платы за обслуживание в поликлинике из личных средств пациента;
- ж. введение санитарно-гигиенического мониторинга.

004. Не входит в практическую деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений:

- а. лечебно-диагностическая работа;
- б. экспертиза стойкой утраты трудоспособности;
- в. профилактическая работа, диспансеризация;
- г. организационно-методическая работа;
- д. гигиеническое воспитание и обучение населения.

005. Амбулаторно-поликлиническая помощь организуется по следующим принципам, кроме:

- а. территориально-участкового;
- б. бригадного;
- в. ведомственного;
- г. частного.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. – М.: Проффессионал, 2009. – 432 с.: ил.
2. Миняев В.А., Вишняков Н.И., Юрьев В.К., Лучкевич В.С. Социальная медицина и организация здравоохранения. В 2 т. – СПб., 1998.
3. Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб. – 2000.
4. Социальная гигиена и организация здравоохранения. Под ред. акад. Ю.П. Лисицына, 1998.

Дополнительная:

1. Гун Г.Е., Дорофеев В.М. Актуальные вопросы статистического обслуживания и анализа в деятельности лечебно-профилактических учреждений – М., 1994.
2. Галанова Г.И. Подходы к оценке качества амбулаторно-поликлинической помощи населению. // Экономика здравоохранения. – №2 (26). – 1996. – с. 43-45.
3. Ползик Е.В. с соавт. К методологии оценки эффективности работы городских поликлиник. // Здравоохранение РФ. – 1993. – №11. – с. 9-12.
4. Кучеренко В.З., Вялков А.И., Денисов И.Н. и др. Организация и анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования (учебное пособие). – М., 2000.