1. **ОБЩЕЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНИЦЕ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.**

Основными принципами медицинского обслуживания населения являются:

1. Доступность медицинской помощи и фармацевтического обеспечения

2. Профилактическая направленность здравоохранения.

3. Приоритетное медицинское и лекарственное обеспечение детей и матерей

4. Подконтрольность профессиональной деятельности медицинских работников

5. Ответственность государственных органов власти, управления и нанимателей за

состояние здоровья граждан.

6. Равные возможности развития предприятий, учреждений и организаций здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

7. Экономическая заинтересованность физических и юридических лиц в сохранении и укреплении здоровья граждан.

8. Участие общественности и граждан в охране здоровья.

# Основные приказы, регламентирующие деятельность больницы

1)Приказ Министерства здравоохранения СССР № 770 от 30.05.1986 г. «О порядке диспансеризации населения».

3)Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 13 от 25.01.1990 г. «О создании системы реабилитации больных и ин­валидов в Республике Беларусь».

4)Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 447 от 14.12.1990 г. «О диспансеризации больных с факторами риска».

5)Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 487 от 14.12.1990 г. «Об изменении обязательного характера дис­пансеризации в рекомендательный».

6) Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 143 от 28.02.1991 г. «О состоянии противотуберкулезной помощи населению и мерах по ее усовершенствованию.

7) Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 104 от 03.06.1992 г. «О диспансеризации населения, подвергшегося радиационному воздействию в результате катастрофы на ЧАЭС».

8)Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 129 от 07.07.1992 г. « О повышении роли гигиенического обучения и воспитания, формирования здорового образа жизни».

9) Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 801 от 31.12.1992 г. «О медико-реабилитационных экспертных комисси­ях».

10).Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 47 от 24.03.1993 г. «О мерах по совершенствованию кардиологиче­ской помощи населению Республики Беларусь».

12). Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 80 от 12.05.1993 г. «Об оказании травматолого-ортопедической по­мощи населению Республики Беларусь».

13).Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь -№ 132 от 14.07.1993 г. «О совершенствовании медико-санитарного обеспечения подростков, учащейся молодежи и призывников в Республике Беларусь».

14.Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 23.11.1993 г.

15.Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 13 от 25.12.1993 г. «О создании отделений медицинской реабилита­ции».

16.Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 10 от 10.01.1994 г. «Об обязательных медицинских осмотрах рабо­тающих, занятых во вредных условиях труда».

17.Закон Республики Беларусь № 3317-Х11 от 17.10.1994 г. «О преду­преждении инвалидности и реабилитации инвалидов».

19.Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 159 от 20.11.1995 г. «О разработке программ синтезированной профилактики и совершенствования метода диспансеризации насе­ления».

20.Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 192 от 29.07.1997 г. «О добровольном медицинском страховании в Республике Беларусь».

21. Постановление Министерства здравоохранения и Министерства труда и социальной зашиты Республики Беларусь «Об утвержде­нии Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности и Инструкции по запол­нению листков нетрудоспособности и справок о временной нетру­доспособности» № 52/97 от 09.07.2002 г.

22. «Инструкция по определению группы инвалидности»: Утвержден­ная постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 61 от 12.08.2002 г.

23.Инструкция по определению причины инвалидности»: Утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Бела­русь №61 от 12.08.2002 г.

В структуру городской больницы входят следующие подразделения.

1. Стационар с приемным отделением (отделения гастроэнтерологии, аллергологии, кардиологии, инфарктное, нефрологии, травматологии, нейрохирургии, отделение реанимации и анестезиологии и, лапароскопическое отделение, урологическое, лор-отделение, офтальмологическое .).

2. Поликлиника.

3. Лечебно-диагностические отделения, кабинеты и лаборатории, (процедурный, инъекционный, ЭКГ, ФКГ, спирографический, ЛФК, физиопроцедурный, R-графический кабинет).

4. Патологоанатомическое отделение.

5. Прочие структурные подразделения: аптека, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, библиотека, пищеблок, склад .

Госпитализация больных производится в стационаре заведующим отделения через бюро госпитализации. Прежде всего госпитализируются больные с острым заболеванием, работающие, стоящие на диспансерном учете. Всего в больнице 1000 коек. Из них в терапевтическом отделении 60, в эндокринологическом 40, инфарктном 60, кардиологии 50, неврологии 40, нейрохирургии 60, в 1 ХО 60, лапароскопическое отделение 10, офтальмологическое 50, гинекологическое 40, РАО 18, 1 род 40, 2 род 30. В больнице работают 208 врачей, среднего персонала 655, младшего 433, стажеров – 28.

Структура, документация и функции приемного отделения (покоя):

Находится на первом этаже пятиэтажного корпуса. Штаты: занято 10 врачебных должностей, куда входят ставки дежурных врачей и терапевтического отделения. Занято 3,5 ставок. Врачебных 1 ст. зав. Отделением 1,5ст. врача терапевта 1,5ст. 1 ст. врача кардиологии.

В структуру приемного покоя входят следующие помещения: вес­тибюль, комната медперсонала, кабинет для осмотра больных, перевя­зочная, кабинет санитарной обработки, выписная.

К документации приемного покоя относятся: журнал регистрации госпитализируемых больных; история болезни; врачебное свидетельство

о смерти.

Прием больных днем осущест­вляется зав. отделением, ночью - врач.

В приемном отделении осуществляется

1. Учет движения больных по стационару.
2. Перевод больных из одного отделения (или больницы) в другое.
3. Прием больных.

4. Установление диагноза больным при поступлении.

5. Заполнение медицинской документации.

6. Распределение больных по отделениям.

7. Санитарная обработка больных.

8. Регистрация и учет принимаемых и выписываемых больных.

9. Прием вещей и выдача их.

10. Прием передач для больных.

11. Встреча больных с родственниками.

12. Оказание неотложной помощи.

13. Выдача справок о состоянии больного.

Различают следующие виды поступлений в стационар: плановые (по направлению поликлиники); экстренные (доставка машиной скорой помощи) и поступление самотеком. В стационаре составляется график плановых мест по дням недели. Ведется журнал предварительной записи на госпитализацию плановых больных.

К основным отделениям терапевтического профиля относятся:

-терапевтическое отделение организовано на 50 коек,

-кардиологическое отделение на 40 коек,

-эндокринологическое на 40 коек,

-приемное.

Характеристика эндокринологического отделения.

По штатному расписанию выделено:

Врачебных должностей-3,75

Занято-3,75

Физических лиц-3

Средний медицинский персонал:

Штатных-10,75

Занято-10,75

Физических лиц-7

Младший медицинский персонал

Штатных-10,25

Занято-10,25

Физических лиц-7

С апреля 2002 года в отделении организована Школа диабета.

Заведующий отделением Юшкина И.И. имеет 1 квалификационную категорию. Врач-ординатор Старовойтова. Врач школы диабета Струкович А.А.

Функции старшей и палатной медицинских сестер отделения.

Старшая медицинская сестра осуществляет руководство работой среднего и младшего персонала; контроль организации за больными; контроль за санитарно-гигиеническим состоянием отделения; поддержание персоналом, больными и посетителями правил внутреннего распорядка; выписывание и доставка медикаментов из аптеки; контроль за хранением медикаментов; составление графика работы среднего и младшего медицинского персонала.

Палатная медицинская сестра осуществляет выполнение врачеб­ных назначений; уход за больными, обеспечение гигиенического режи­ма, кормление тяжелобольных; наблюдение за санитарным состоянием палаты; организация связи с родными больных и забота о культурном времяпрепровождении больных; проведение санитарно-просветительской работы с больными; помощь врачу и старшей медсестре в ведении медицинской документации связи со вспомогательными отделениями;

контроль за работой санитарок; измерение температуры (утром и вече­ром), наблюдение за пульсом и дыханием, измерение по назначению врача суточного диуреза, сбор мочи, кала для лабораторных исследова­ний; обеспечение лечебно-охранительного режима отделения; ознаком­ление вновь поступивших с правилами внутреннего распорядка.

График дежурств медсестер

График работы медицинских сестер в стационаре строится по принципу трехсменной работы. При трехсменной ра­боте, в течении суток отделение обслуживается сестрами в три смены - с 9°° до 1530 часов (утренняя смена), с 15°° до 2130 часов (дневная смена) и с 21 до 9:30 часов утра (ночная смена). Меди­цинская сестра утренней смены приходит в отделение в 830 часов утра и в течении получаса принимает дежурство у ночной сестры. Последняя пе­редает ей сведения о состоянии тяжелобольных в отделении и той помо­щи, которая была им оказана. Затем сестра принимает по описи белье, предметы ухода, инструментарий, медикаменты.

Для контроля за работой среднего и младшего персонала осущест­вляются: пятиминутки, обход, выполнение врачебных назначений, кон­троль санитарного состояния отделения, посещения родственников больных, лечебно-охранительный режим, дежурства, уход за больными,

правила внутреннего распорядка, хранение медикаментов, график работы.

Организация лечебного питания (диетотерапия)

Существует 15 диет а также их разновидности. Ежедневно палатные медсестры сообщают старшей медсестре отделения сведения о наличии больных с указанием назначенных им диет (столов лечебного питания) по состоянию на определенный час. После этого старшая мед­сестра каждого отделения заполняет порционное требование на питание ,находящихся в отделении больных на следующий день. Порционник подписывается завотделением и старшей медсестрой и представляется диетсестре медучреждения. На основании полученных порционников диетсестра составляет сводный порционник на всех больных.

На каждое наименование блюда должна быть заранее составлена постоянная карточка-раскладка, в которой приводится перечень продук­тов питания, нормы их закладки, химический состав, калорийность, а также вес (выход) готового блюда. На основании сводного порционного требования и картотеки-раскладки диетсестра при участии шеф-повара, работника бухгалтерии составляет под руководством врача-диетолога

меню-раскладку.

Диетсестра заполняет первые 5 граф меню-раскладки, а в после­дующих графах проставляют количество соответствующих продуктов, необходимых для приготовления одной порции каждого блюда. Это ко­личество пишется в числителе, знаменателем же дроби работник бухгал­терии показывает количество продуктов, необходимых для приготовле­ния всех порций данного блюда. При составлении меню-раскладки ра­ботник бухгалтерии производит подсчет дневной стоимости питания, ко­торая не должна отличаться от предусмотренной по смете. В случае уве­личения потребности в продуктах питания выписывается дополнитель­ное требование. В случае же уменьшения потребности в продуктах избы­ток, остающийся в кухне, засчитывается при выписке требований на сле­дующий день.

Закладка продуктов в котел проводится на кухне в присутствии ди­етсестры. Продукты взвешиваются. Проверяются также вес порций при­готовленных блюд. Продукты питания хранятся в специально приспо­собленных, помещениях - продуктовых складах, кладовых, овощехранилищах. Материальная ответственность за приемку, хранение и остаток продуктов питания возлагается на завскладом (кладовщика). Отпуск продуктов из кладовой учреждения на кухню производится через шеф-повара на основании специальных требований, по которым составляется накладная. Отпуск продуктов, предназначенных для выдачи больным в виде сухого пайка, производится лицам, на которых возложена раздача этих продуктов больным (буфетчицы, раздатчицы).

Пробу готовой пищи на пищеблоке снимают дежурный врач, дан­ные записывает в бракеражный журнал, после чего пища выдается в от­деление. Доставка: на машине (автокаре) в термосах. Выдача приготовленной пищи из кухни производится по разда­точной ведомости.

Пищеблок децентрализованный (с пищеблока пища поступает в отделение, где доводится до готовности). При числе коек свыше 300 - 0,5 ставки диетврача, а при числе свы­ше 500 - 1 ставка диетврача. На каждые 100 коек выделяется 0,5 ставки диетсестры.

Лечебно-охранительный и санитарно-эпидемиологический режимы. Компоненты профилактики внутрибольничных инфекций (ВБИ)

Лечебно-охранительный режим включает в себя: устранение нега­тивно действующих раздражителей; продление физиологического сна;

устранение отрицательных психологических переживаний, связанных со способами лечения, проведения операций; устранение болезненных ощущений, связанных с лечебными манипуляциями; сочетание режима покоя и физической активности; поднятие общего нервно-психического тонуса больных; вкусно приготовленная и своевременно поданная пища;

соблюдение медицинской этики и деонтологии.

Под санитарно-эпидемиологическим режимом подразумевается:

влажная уборка помещения; генеральная уборка с помощью дезсредств;

обеспечение спецодеждой и бельем; соблюдение правил личной гигие­ны; врачебный контроль за здоровьем персонала; уход за больными; кон­троль санитарного состояния палат; соблюдение правил внутреннего распорядка.

К основным составляющим профилактики ВБИ относятся: выде­ление диагностической палаты в приемном отделении для температуря­щих больных (для уточнения диагноза); выделение изоляторов или бок­сов в детских и инфекционных больницах; проведение санобработки;

порядок хранения вещей и выдачи больничной одежды, организация системы ухода за больными, система обработки шприцев и медицинско­го инструментария. Регламентирующим документом является: Закон Республики Беларусь «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 23.11.1993 г.

Формы учетной и отчетной документации МГБ СМП:

* история болезни,
* журнал приемов больных и отказов в госпитализации,
* журнал для записи оперативных вмешательств,
* листок ежедневного учета больных и коечного фонда в отделении,
* карта выбывшего из стационара,
* книга патологоанатомических вскрытий,
* лист назначений,
* температурный лист,

-порционное требования.

Дневной стационар эндокринологического отделения МГБ СМП закрыт с 2002 года.

Функции заведующего отделением и ординатора стационара больницы

Заведующий отделением осуществляет руководство отделением и врачами; составляет график работы; следит за правильной диагностикой и лечением; решает вопросы о выписке, производстве операций, экспер­тизы трудоспособности; консультирует врачей; устраивает консилиумы;

делает обходы больных с присутствием ординаторов и старшей меди­цинской сестры отделения; осматривает вновь принятых на стационар­ное лечение больных в день их поступления; систематически осматрива­ет тяжелобольных; проводит пятиминутки; внедряет в работу важнейшие достижения науки и практики; участвует в патологоанатомическом ис­следовании умерших больных; проводит врачебные клинические и пато-логоанатомические конференции; осуществляет специализацию врачей-интернов; совершенствует качество медицинской помощи в отделении.

Ординатор ведет установленное число больных; применяет необ­ходимые диагностические исследования; проводит лечение больных; ве­дет истории болезни; контролирует своевременность и правильность вы­полнения средним медицинским персоналом врачебных назначений;

участвует в обходе больных заведующим отделением; несет дежурство по больнице; представляет больных в ВКК и МРЭК.

Положение об экспертизе временной нетрудоспособности и организации реабилитации в МГБ СМП.

Экспертиза временной нетрудоспособности (ЭВН) осуществляется в соответствии с "Положением об экспертизе временной нетрудоспособ­ности и организации реабилитации в лечебно-профилактических учреж­дениях". Это положение утверждено приказом Минздрава Беларуси № 13 от 25.01.93 г. "О создании системы реабилитации больных и инва­лидов в Республике Беларусь". ЭВН граждан осуществляется в ЛПУ, ко­торым Министерство здравоохранения и Совет Федерации профсоюзов разрешили выдачу листков нетрудоспособности (ЛН).

Задачи экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ

1. Комплексное решение вопросов лечебно-диагностического про­цесса, ЭВН и реабилитации в амбулаторно-поликлинических учрежде­ниях и стационарах.

2. Ориентация медицинской помощи на сокращение трудопотерь по временной нетрудоспособности и инвалидности.

3. Определение временной нетрудоспособности и ее сроков.

4. Дача рекомендаций о характере и условиях труда, показанных по состоянию здоровья лицам с ограничением трудоспособности, не яв­ляющимся инвалидами.

4. Выявление больных, нуждающихся в реабилитации, и ее прове­дение до направления на МРЭК.

5. Выявление лиц ЧДБ и проведение мероприятий по снижению их заболеваемости и профилактике инвалидности.

6. Выявление признаков инвалидности и направление больных на освидетельствование во МРЭК.

7. Изучение причин ЗВУТ и инвалидности и проведение мероприя­тий по их профилактике.

Документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность и порядок их выдачи

Имеются следующие формы документации: «Листок нетрудоспо­собности», «Книга регистрации листков нетрудоспособности», «Журнал записи заключений ВКК», «Направление на МРЭК», «Санаторно-курортная ката».

Кроме справок установленного образца, в ряде случаев выдаются справки произвольной формы: при обращении в здравпункт, в ночное время, когда дежурит только средний медицинский персонал при обсле­довании в поликлинических условиях или в условиях стационара в рабо­чее время при ,отсутствии у обследуемых признаков временной нетрудо­способности; при стационарном, диспансерном, поликлиническом об­следовании лиц по направлению военкомата в период их призыва на во­енную службу; при временной нетрудоспособности лиц, уволенных с ра­боты; лицам, перенесшим инфекционное заболевание, на период их бак­териологического обследования»,трудоспособным лицам, контактирую­щим с больными венерическими болезнями, на период их обследования и профилактического лечения в амбулаторных условиях на период про­ведения судебно-медицинской экспертизы и принудительного лечения по определению нарсуда или органов МВД.

Выдача, продление и закрытие листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности проводится медицинскими уч­реждениями по месту жительства или по месту работы гражданина в ус­тановленном порядке. При наступлении временной нетрудоспособности вне места постоянного жительства листок нетрудоспособности выдается только за подписью главного врача, скрепленной печатью лечебного уч­реждения.

Листки нетрудоспособности и справки о временной нетрудоспо­собности выдаются только лечащим врачом и в специальных случаях ВКК. Продление их сверх сроков единоличной выдачи листка нетрудо­способности и справки о временной нетрудоспособности (свыше 6 дней) проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии - с заместителем главного врача по медицинской реаби­литации и экспертизе или главным врачом.

Порядок выдачи листков нетрудоспособности и справок о ВН оп­ределен специальной инструкцией, утвержденной приказом Министра здравоохранения Беларуси JS'^31 от 01.02.94 г.

Обязанности лечащего врача заведующего отделением и замести­теля главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе

Лечащий врач обязан.

1. На основании данных всестороннего медицинского освидетель­ствования больного, исходя из степени выраженности функциональных нарушений, характера и течения патологического процесса, выполняе­мой работы, условий труда решать вопрос о временной нетрудоспособ­ности в случаях заболеваний и травм, необходимости ухода за ребенком в возрасте до 3-х лет в случае болезни матери, а также получения отпус­ка по беременности и родам.

2. Выдавать листок нетрудоспособности (справки о временной не­трудоспособности), в пределах б дней единовременно или по частям. Продление листков нетрудоспособности (справок) сверх этого срока проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением, а при его отсутствии с заместителем главного врача по медицинской реабили­тации и экспертизе трудоспособности или по медицинским вопросам или по амбулаторно-поликлинической помощи, либо с главным врачом

3. Устанавливать дату явки на прием.

4. Представлять больного в любой срок временной нетрудоспособ­ности на консультацию заведующему отделением или заместителю глав­ного врача по медицинской реабилитации и экспертизе нетрудоспособ­ности на ВКК в неясных и конфликтных случаях.

5. Представлять совместно с заведующим отделением длительно болеющих на ВКК через один, два и три с половиной месяца от начала ВН и больных, имеющих признаки стойкой утраты трудоспособности независимо от продолжительности болезни, для решения вопроса о на­правлении их на освидетельствование в МРЭК.

6. Направлять совместно с заведующим отделением больных на МРЭК после проведения всего комплекса диагностических, лечебных и медико-реабилитационных мероприятий и заключения ВКК о необходи­мости такого направления в любой период от начала временной нетрудо­способности.

7. Изучать временную нетрудоспособность за последние 12 меся­цев по данному или родственным заболеваниям.

8. Фиксировать в дневниках медицинской карты амбулаторного больного объективные данные, послужившие основанием для выдачи листка нетрудоспособности (справки), назначенные диагностические, лечебные и оздоровительные мероприятия, рекомендуемый режим, но­мер листка нетрудоспособности (справки), отметки о его продлении или закрытии. В листке учета временной нетрудоспособности медицинской карты отмечать дату выдачи листка нетрудоспособности, первичный ди­агноз, а при закрытии - окончательный диагноз и срок временной нет­рудоспособности.

9. Организовывать контроль за соблюдением больным предписан­ного режима не позднее первых 3 дней с момента освобождения от рабо­ты (с привлечением участковой сестры, страхделегатов). Делать отметки в листке нетрудоспособности при нарушении больным режима, предпи­санного врачом.

10. Своевременно выявлять больных, нуждающихся в проведении реабилитации, и направлять их на ВКК.

11. Давать рекомендации о нуждаемости в санаторно-курортном лечении, лечении в санатории-профилактории и диетическом питании.

12. Проводить ежедневный учет количества выдаваемых листков нетрудоспособности и анализировать сроки временной нетрудоспособ­ности при основных заболеваниях, а также структуру (причины) времен­ной нетрудоспособности на своем участке.

13. Анализировать первичный выход на инвалидность и причины наступления стойкой утраты трудоспособности у больных участка.

14. Проводить шифровку закрытых листков нетрудоспособности.

15. Анализировать ЗВУТ и инвалидность в прикрепленных пред­приятиях и совместно с хозяйственными и профсоюзными органами принимать участие в разработке мероприятий по профилактике и сниже­нию заболеваемости и инвалидности.

Заведующий отделением обязан.

1. Осуществлять организационно-методическое руководство и контроль за работой лечащих врачей по экспертизе трудоспособности, реабилитации, профилактике заболеваемости и инвалидности. Разраба­тывать мероприятия по снижению заболеваемости и инвалидности.

2. Осуществлять консультации больных в сложных в отношении определения трудоспособности случаях в первые дни заболевания.

3. Проводить ежедневный контроль за обоснованностью выдачи листков нетрудоспособности (справок) в первые 6 дней от начала ВН, соблюдением правил их оформления и выдачи.

4. Проводить совместно с лечащим врачом после личного осмотра больного продление временной нетрудоспособности свыше 6 дней, но не более ',10 дней; при длительной временной нетрудоспособности прово­дить регулярные осмотры в зависимости от тяжести заболевания, но не реже 1 раза в 10 дней.

5. Выдавать совместно с лечащим врачом листок нетрудоспособ­ности (справки) больным, находящихся в стационаре, в пределах уста­новленных сроков, матери по уходу за больным ребенком в стационаре, отцу или другому члену семьи, при госпитализации матери, осуществ­ляющей уход за ребенком до 3-х лет в установленном порядке.

6. Своевременно выявлять и направлять на ВКК больных, нуж­дающихся в медицинской реабилитации, организовывать и контролиро­вать ее проведение.

7. При длительной временной нетрудоспособности совместно с лечащим врачом направлять амбулаторных и стационарных больных на ВКК через один, два и три с половиной месяца от начала временной нетрудоспособности, а также осуществлять направление на МРЭК, в т.ч. из стационара не позднее установленных сроков.

8. Своевременно выявлять признаки инвалидности и направлять • амбулаторных и стационарных больных на ВКК с целью последующего направления на МРЭК сразу после выявления признаков инвалидности.

9. Проводить анализ качества работы врачей отделения по экспер­тизе трудоспособности с определением количества случаев и дней вре­менной нетрудоспособности, средней длительности случая при различных заболеваниях (травмах).

10. Проводить экспертную оценку качества лечебно-диагностического процесса и реабилитации у всех больных, направлен­ных на МРЭК для продления лечения.

11.Проводить систематический контроль и разбор наиболее часто встречающихся ошибок в выдаче, продлении и оформлении листков не­трудоспособности (справок), сроков временной нетрудоспособности, своевременности направления на МРЭК, обоснованности продления временной нетрудоспособности с санкции МРЭК.

12.В МСЧ организовывать проведение анализа ЗВУТ и инвалидно­сти у различных цеховых врачей и разрабатывать мероприятия по их снижению.

13.Совместно с лечащим врачом решать вопросы о необходимости санаторно-курортного лечения и выдачи санаторно-курортной карты.

14.Проводить мероприятия по повышению квалификации врачей отделения по вопросам экспертизы ВН и реабилитации.

Заместитель главного врача по медицинской реабилитации и экс­пертизе трудоспособности обязан.

1. Организовать выдачу листков нетрудоспособности (справок) во всех медицинских подразделениях учреждения, в том числе в приемных покоях больниц, пунктах неотложной помощи, травматологических пунктах и др. в соответствии с Инструкцией о порядке выдачи листков нетрудоспособности.

2. Консультировать сложных в отношении определения трудоспо­собности больных, решать все вопросы экспертизы трудоспособности с лечащим врачом, не имеющим заведующего отделением.

3. Консультировать обоснованность выдачи, продления, закрытия листков нетрудоспособности, сроков временной нетрудоспособности, используя разные формы контроля, в том числе учет ежедневно выда­ваемых листков нетрудоспособности по врачам и отделениям, регулярный просмотр медицинских дел амбулаторных и стационарных больных, личный осмотр больного, планово-контрольные ВКК, проверка выпол­нения режима на дому.

4. Контролировать в стационаре обоснованность госпитализации с учетом состояния трудоспособности, своевременность госпитализации, активность сроков временной нетрудоспособности по госпитализации, своевременность направления длительно болеющих на ВКК стационара, в отделение реабилитации и на МРЭК, своевременность выписки боль­ных из стационара, вынесения экспертной рекомендации выписанным больным.

5. Организовывать работу ВКК в амбулаторно-поликлинических учреждениях и стационарах, являясь ее представителем, составлять гра­фик ее работы, обеспечивающий участие лечащего врача в представле­нии больного на ВКК.

6. Обеспечивать своевременное направление длительно болеющих в поликлинике и стационаре на ВКК и МРЭК и устанавливать сроки.

7. Курировать работу отделения реабилитации и своевременное выявление больных и инвалидов, нуждающихся в ее проведении, кон­тролировать в процессе реабилитации сроки временной нетрудоспособ­ности и их обоснованность, частоту и тяжесть инвалидности, эффектив­ность реабилитационных мероприятий.

8. Организовать сбор оперативной информации о временной не­трудоспособности в амбулаторных учреждениях и стационаре с расчетом сроков временной нетрудоспособности у отдельных врачей, по специ­альности, при разных нозологических формах; определять должные зна­чения показателей и их отклонения, намечать меры по устранению от­клонений.

9. Организовать работу врачей и заведующих отделениями по изу­чению причин инвалидности у разных специалистов, проводить совме­стно с заведующими отделениями экспертную оценку медицинских дел всех больных, первично признанных инвалидами и направленных на МРЭК для продления.

10. Организовать работу врачей по изучению причин заболеваемо­сти и инвалидности по предприятиям, совхозам, колхозам и совместно с руководителями указанных предприятий, профсоюзными организация­ми, санитарно-эпидемиологическими станциями, намечать меры по про­филактике и снижению заболеваемости и инвалидности.

11. Обеспечивать постоянный контакт с МРЭК, участвовать в засе­даниях по освидетельствованию больных в прикрепленной МРЭК в со­ответствии с графиком (не реже 3 раз в месяц) и выработке индивиду­альной программы реабилитации инвалида.

12. Организовывать врачебные конференции (не реже 1 раза в квартал, в том числе совместно с МРЭК не реже 2 раз в год) по вопросам состояния заболеваемости с временной нетрудоспособностью и первичной инвалидности, с разбором ошибок и дефектов в вопросах ЭВН и реабилитации, расхождений в решениях ВКК и МРЭК.

13. Организовывать мероприятия по обучению врачей амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров вопросам экспертизы нетрудоспособности и медицинской реабилитации, планировать повы­шение квалификации заведующих отделениями, обеспечивать своевре­менное изучение всеми врачами лечебно-профилактического учрежде­ния действующих положений, инструкций, приказов, распоряжений по вопросам экспертизы трудоспособности, выдачи листков нетрудоспо­собности (справок) и реабилитации.

Организация работы и функции врачебно-консультационной комиссии (ВКК) по вопросам медицинской реабилитации и экспертизы трудоспособности

ВКК организуется в лечебно-профилактических учреждениях (больницах, поликлиниках, диспансерах, женских консультациях, кли­никах научно-исследовательских институтов и др.). Состав: председатель - заместитель главного врача по медицинской реабилитации и экспертизе трудоспособности, а при его отсутствии заместитель главного врача по поликлинике, по медицинской части или главный врач; члены - заве­дующий соответствующего отделения и лечащий врач. При необходимо­сти на заседании ВКК могут привлекаться врачи-специалисты данного или других лечебных учреждений, сотрудники кафедр медицинских ву­зов.

Основные функции ВКК.

1. Консультации больных в сложных и конфликтных случаях экс­пертизы нетрудоспособности. ВКК принимает решения только после ос­мотра больного, изучения медицинской карты амбулаторного или ста­ционарного больного, данных обследования, условий и характера труда, профессии. ВКК высказывает мнение об обоснованности диагноза, лече­ния, своевременности использования реабилитационных средств и о возможности восстановления здоровья и работоспособности. При необ­ходимости ВКК направляет больных на дообследование в диагностиче­ские центры, на консультацию и лечение в специализированные учреж­дения или в реабилитационные отделения.

2. Контроль за обоснованностью выдачи и продления листков не­трудоспособности в ранние сроки (одномоментно - контрольные ВКК, выборочное освидетельствование и др.).

3. Обязательные плановые освидетельствования длительно бо­леющих в сроки один, два и три с половиной месяца от начала времен­ной нетрудоспособности с целью контроля обоснованности диагноза, лечения, своевременного использования реабилитационных средств, так­тики ведения больного, сроков временной нетрудоспособности, опреде­ление трудового прогноза, показаний к проведению дальнейшей реаби­литации или направлению на МРЭК.

4. Своевременное выявление лиц, нуждающихся в реабилитации и направление больных и инвалидов для проведения реабилитационных мероприятий.

5. Формирование индивидуальной программы оздоровления боль­ных, не являющихся инвалидами: лицам с частичной временной нетру­доспособностью; лицам с незначительной стойкой утратой трудоспособ­ности, не нуждающимся в направлении на МРЭК; длительно и часто бо­леющим.

6. Выдача и продление листка нетрудоспособности: для специаль­ного лечения в другом городе; для отпуска на санаторно-курортное ле­чение; доплатного листка нетрудоспособности при частичной временной нетрудоспособности вследствие туберкулеза или профессионального за­болевания; продление листка нетрудоспособности при амбулаторном ле­чении по уходу за больным ребенком свыше 10 дней и в исключитель­ных случаях за взрослым свыше 3-х дней; обмен в установленном поряд­ке справок и заключений о ВН после предварительного рассмотрения каждого случая и выявлении оснований для обмена.

7. Направление на освидетельствование на МРЭК в следующих случаях:

7.1. Длительно болеющих - не позднее 4 месяцев со дня наступ­ления непрерывной нетрудоспособности или не позднее 5 месяцев не­трудоспособности в общей сложности за последние 12 месяцев по пово­ду родственных заболеваний, а при туберкулезе не позднее 6 месяцев при непрерывной временной нетрудоспособности и не позднее 8 месяцев в общей сложности в течение последних 12 месяцев при повторном за­болевании туберкулезом.

7.2. Работающих лиц с признаками инвалидности (неблагоприят­ный клинический и трудовой прогноз).

7.3.Больных с детства и лиц пенсионного возраста при наличии признаков инвалидности.

7.4.Инвалидов для очередного переосвидетельствования.

7.5. Больных и инвалидов для определения степени утраты про­фессиональной трудоспособности (в процентах) вследствие увечья, свя­занного с работой.

7.6.Инвалидов для определения медицинских показаний для обеспечения спец. и автотранспортом.

*7.7.Лиц,* потерявших профессиональную трудоспособность из-за трудовых увечий и профессиональных заболеваний при необходимости возмещения ущерба.

7.8. Для изменения причины инвалидности при наличии соот­ветствующих документов.

8. Выдача заключений ВКК о необходимости предоставления ака­демического отпуска или перевода на другой факультет по состоянию здоровья студентам высших и средних учебных заведений, ПТУ; об ос­вобождении от выпускных экзаменов учеников общеобразовательных школ, гимназий и лицеев (приказ Министерства образования и Мини­стерства здравоохранения Республики Беларусь от 10.04.92 № 90/69); о наличии права на представление дополнительной или отдельной площа­ди (приказ Министерства здравоохранения БССР и Министерства жилищно-коммунального хозяйства БССР № 118/105 от 24.07.79 г., приказ Министерства здравоохранения БССР № 60 от 26.03.1984 г.) и других за­ключений по запросам органов исполнительной власти, общественных организаций и др.

Данные освидетельствования больного и решение ВКК записыва­ются в первичных медицинских документах, а также в книге записей за­ключений ВКК (уч. ф. № 035/у) и подписываются председателем и чле­нами ВКК.

Медико-социальная экспертиза стойкой утраты работоспособности и реабилитация больных и инвалидов производится на основе « Положения о медико-реабилитационных экспертных комиссиях» от 31.12.1992(№801).

Направление на МРЭК производится ВКК по месту жительства или лечения больного.

Лечебное учреждение заполняет "Направление на МРЭК" (ф. № 088/у) установленной формы и пересылает его во МРЭК. "Направ­ление на МРЭК" подписывается ВКК, т.е. лечащим врачом, заведующим соответствующего отделения и заместителем главного врача по медико-социальной экспертизе и реабилитации (или главным врачом).

В случае, если для определения степени утраты трудоспособности медицинских данных недостаточно, МРЭК направляет больного на кон­сультацию в специальное ЛПУ или помещает в стационар для уточнения диагноза.

После вынесения решения МРЭК отрывной корешок "Направле­ния" с заключением отсылается в территориальное амбулаторно-поликлиническое учреждение по месту жительства больного.

Осмотр осуществляется, как правило, по месту жительства, т.е. территориально. Проводятся также выездные заседания. Данные экс­пертизы и решение комиссии заносятся в протокол заседания и акт ос­мотра МРЭК. Датой установления инвалидности считается день поступ­ления документов во МРЭК. Справки с решением МРЭК о группе, при­чине инвалидности, сроке повторного осмотра направляются в отделы пенсионного обеспечения, областной военкомат, УВД, УГБ, а также по месту работы.

В настоящее время пенсионный возраст по старости установлен для рабочих, служащих и колхозников: мужчины -60 лет, женщины - 55 лет. Рабочие и служащие, занятые на подземных работах, в горячих це­хах, а также на других работах с тяжелыми условиями труда, получают пенсию на 5-10 лет раньше. Снижение пенсионного возраста распро­страняется также и на другие группы населения.

Основные критерии установления инвалидности, сроки повторного осмотра и порядок обжалования решений комиссии.

I группа инвалидности - нетрудоспособен и нуждается в посто­роннем уходе.

II группа инвалидности - нетрудоспособен, но не нуждается в по­стороннем уходе.

III группа инвалидности - нетрудоспособен по своей профессии, но работает по другой специальности, более низко оплачиваемой.

Инвалиды I группы осматриваются один раз в 2 года, инвалиды 11 и III групп - один раз в год. Инвалидность устанавливается до первого числа месяца, следующего за тем месяцем, на который намечен очеред­ной повторный осмотр.

Без указания срока переосвидетельствования группы инвалидности устанавливаются инвалидам: инвалидам с необратимыми хроническими заболеваниями и анатомическими дефектами, предусмотренные перечнем заболеваний, мужчинам по достижении 55 пет и женщинам по дос­тижении 50 лет и более. В последних случаях экспертиза может быть проведена по заявлению этих лиц. Без указания срока повторного осмот­ра группа инвалидности устанавливается также при устойчивых необра­тимых морфологических изменениях, невозможности улучшения со­стояния здоровья и социальной адаптации.

При обжаловании решений нижестоящих МРЭК областная комис­сия осуществляет повторный осмотр в течение одного месяца.

*Учетная и отчетная документация, используемая для изучения разных видов* *заболеваемости.*

«Экстренное извещение об инфекционным заболевании, пищевом, остром профессиональным отравлении, необычной реакцией на прививку.»

« Журнал учета инфекционных заболеваний»

«Журнал учета инфекционных заболеваний»

«Листок нетрудоспособности»

« Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, вен. Болезни, рака и т,.д.

« Карта выбывшего из стационара»

« Врачебное свидетельство о смерти»

*Оценка качества медицинской помощи*

Для оценки работы больниц и поликлиник за отчетный период (ка­лендарный год) обычно используют наборы определенных показателей. Они характеризуют деятельность медицинских учреждений. Можно вы­делить несколько групп показателей.

1. Показатели, характеризующие обеспеченность населения амбулаторно-поликлинической и стационарной помощью.

2. Нагрузка медицинского персонала.

3. Показатели, характеризующие материально-техническую, клинико-диагностическую и медицинскую оснащенность.

4. Использование коечного и других фондов.

5. Показатели, характеризующие организацию и качество амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, ее эффективность.

Заметим, также, что всегда было заманчиво интересно разработать интегральные показатели, которые бы могли бы четко охарактеризовать весь процесс в целом. В настоящее время такая попытка сделана. Изло­жим ее механизм.

Оценка медицинского труда по конечному (конкретному) резуль­тату предполагает динамику показателей здоровья и здравоохранения;

выполнение стандартов качества диагностики и лечения, а также уровня качества (У К); разработку клинико-статистических групп; организацию контроля качества медицинской помощи; расчет и оценку коэффициента достижения результатов по модели конечных результатов.

Для оценки же состояния здоровья насе­ления также используются определенные группы показателей. С соци­ально-гигиенической точки зрения принято считать, что здоровье насе­ления характеризуется следующими основными показателями:

1. Медико-демографические показатели. Здоровье населения обу­словлено состоянием и динамикой демографических процессов. Демо­графия включает данные о статике и динамике населения. Статика - чис­ленность, состав населения по полу, возрасту, месту жительства и др. Динамика - рождаемость, смертность, младенческая (детская) смерт­ность, естественный прирост и др.

2. Показатели заболеваемости. Здоровье людей обусловлено уров­нем и характером заболеваемости населения, а также инвалидностью, травматизмом.

3. Показатели физического развития. Физическое развитие населе­ния может быть определено с помощью антропометрических, физиомет-рических и соматикоскопических данных.

Изучение и сравнение этих данных в различных общественно-экономических условиях позволяет не только судить об уровне общест­венного здоровья населения, но и вскрыть социальные условия и причи­ны, оказывающие влияние на него.

Для системы контроля и в какой-то мере обеспечения качества ме­дицинской помощи разрабатываются стандарты качества и модели ко­нечных результатов.

Стандарты качества (СК)

Стандарты качества разрабатываются для получения эффективных конечных результатов и удовлетворения потребностей населения в ме­дицинской помощи. СК регламентируют качество диагностики и лечения (по законченным случаям) в амбулаторно-поликлинических учреждени­ях и стационарах, а также качество диспансерного наблюдения. Таким образом, они отражают адекватность выбранной врачом медицинской технологии, степень ее соблюдения, объем диагностических и лечебных мероприятий.

Стандарты качества разрабатываются для больных, состоящих на диспансерном учете; для стационарной клинико-статистической группы;

для каждого заболевания при лечении в поликлинике; для больных ост­рыми и хроническими заболеваниями. При нарушении стандартов каче­ства к исполнителю применяются штрафные экономические санкции.

Стандарты качества включают три компонента: стандарт обследо­вания, стандарт лечения и стандарт состояния больного, закончившего лечение.

Методика оценки выполнения стандартов качества в ЛПУ основа­на на вычислении уровня качества. Он определяется путем оценки от­клонений от СК. Это дает возможность непосредственно увязать УК с размером материального стимулирования. Заметим, что оценка уровня качества выполнения стандартов входит в число показателей результа­тивности (ПР) модели конечных результатов. Методика включает опре­деление показателей качества работы врачей: уровня качества лечения (УКЛ) и уровня качества диспансеризации (УКД).

Экспертным путем (на первой ступени контроля - заведующим от­делением) производится оценка набора мероприятий (OHM), т.е. объема обследования и лечения пациентов с учетом установленных требований. Отдельно дается экспертная оценка качества (ОК), в ходе которой опре­деляется состояние больного при выписке из стационара или при прове­дении (завершении этапа) диспансеризации в поликлинике.

Общая оценка уровня качества и лечения, и диспансеризации вы­числяется по формуле:

*ОНМ+ОК*

*У К* = ————————

2

Схема организации контроля качества медицинской помощи пред­полагает определение ступени контроля, решение вопроса, при какой структуре ЛПУ или органе управления создается. Это будет один экс­перт или комиссия. Определяется периодичность работы, объем контро­ля (источник информации), объем выборки для контроля, параметры оценки.

Методика контроля качества оказания медицинской помощи пред­полагает определение уровней медицинской помощи (врач-больной, структурное подразделение учреждения (отделение), ЛПУ, территори­альное медицинское объединение (ТМО)), а также ступеней контроля (1-я - зав. структурным подразделением, 11-ая - зам. главного врача ЛПУ по лечебным вопросам, 111-я - экспертная комиссия ЛПУ, IV-я - эксперт­ная комиссия при городском управлении здравоохранения или при ТМО, V-я - экспертная комиссия при управлении здравоохранения).

Основной целью медико-гигиенического воспитания населения яв­ляется формирование знаний и умений самостоятельно принимать реше­ния по вопросам сохранения и укрепления здоровья.

Социально-гигиеническое воспитание - часть государственной сис­темы здравоохранения, включающая распространение медицинских и гигиенических знаний, формирование здорового образа жизни и приви­тие населению гигиенических навыков с целью сохранения и укрепления здоровья, повышения работоспособности и активного долголетия.

Имеется разрыв между гигиеническими знаниями и поведением людей. Поэтому назрела необходимость превращения знаний в навыки, чтобы обеспечить в труде и быту выполнение санитарных и гигиениче­ских норм и правил совершенствования и укрепления индивидуального и общественного здоровья.

Определяя направление этой работы, мы говорим не о санитарном просвещении, а о гигиеническом обучении и воспитании. Обучение оз­начает выработку умений, навыков как предпосылок правильного гигиенического поведения. Воспитание же - это выработка убеждений, взглядов, свойств характера как действующей силы этого поведения.

Конечными целями медико-гигиенического обучения и воспитания населения является улучшение здоровья населения, повышение с тарно-эпидемиологического благополучия региона, коррекция основ факторов риска заболевания.

Основными задачами медико-гигиенического обучения и воспитания населения являются: гигиеническое воспитание населения, популяризация достижений медицинской науки, пропаганда здорового образа, жизни.

Принципы медико-гигиенического обучения и воспитания населения: общедоступность, массовость, научность, воспитательный характер.

К основным направлениям формирования медико-гигиенической культуры населения относится формирование навыков ЗОЖ у подрастающего поколения, углубление и закрепление гигиенических знаний, убеждений, формирование ЗОЖ у населения, развитие санитарно-гигиенической активности и самодеятельности в помощь органам здравоохранения.

Можно назвать три пути совершенствования медико-гигиенического воспитания населения: пропаганда и внедрение ЗОЖ, индивидуализация медико-гигиенического воспитания, методическое обеспечение медико-гигиенического обучения, лекторского мастерства, подбор и подготовка врачей-валеологов.

1. **ПОКАЗАТЕЛИ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ И ДЕФЕКТОВ , ХАРАКТЕРИЗУЮЩИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ЗА 2 ГОДА.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателей и методики их расчета | Годы | | | |
| 2002 | | 2003 | |
| 1 | 2 | | 3 | |
| Показатели результативности |  | |  | |
| 1. Среднее число дней работы койки в году.   Число койко-дней, фактически проведенных больными за год  Число среднегодовых коек | 14735/40=368,375 | | 15722/40=393,05 | |
| 1. Летальность (по отделению) (в %)   Число умерших в отделении за год  \*100  Число выбывших из отделения (выписанных+умерших) за год | 0/1162+0=0 | | 1/1270+1=0,08 | |
| 1. Средняя длительность пребывания больного на койке всего.   Число койко- дней, проведенных больными за год(всего)  Число выбывших больных всего | 14735/1162=12,68 | | 15722/1271=12,37 | |
| 1. Оборот(функция койки)   Число пользованных больных  (полусумма поступивших, выписанных и умерших)  Среднегодовое число коек | (1146+1162+0)/2/40=  =28,85 | | (1293+1270+1)/2/40=  =32,05 | |
| 1. Распределение выбывших больных по результатам лечения    * С выздоровлением    * С улучшением    * Без перемен    * С ухудшением.   Число больных, выписанных с выздоровлением (за год) \*100  Число пролеченных больных из отделения за год | В МГБ СМП  произ | | данный расчет не  водится | |
| 1. Уровень качества лечения (в %) | Расчет уровня определяется | | качества не | |
| **Показатели дефектов** | | | | |
| 1. Обоснованные жалобы населения(на 10 тыс. населения)   -деонтологические  -на низкое качество диагностики и лечения - по поводу смерти больного.  Число обоснованных жалоб  Средняя численность населения \*10000 | | 0 | | 0 |
| 1. Расхождение диагнозов клинического и патологоанатомического.(в %)   Число расхождений клинических и патанатомических диагнозов за год  \*100  Число патанатомических вскрытий умерших в отделении | | - | | 0/1=0 |
| 1. Осложнения, наступившие в процессе лечения по вине врача(шок, кровотечение, постинъекционные абсцессы) ( в %)   Число осложнений \*100  Число выбывших больных в отделении | | 0/1162=0 | | 0/1271=0 |
| 1. Повторная госпитализация в связи с осложнением, преждевременной выпиской(в % к госпитализированных за год)   Число больных, госпитализированных повторно в связи с осложнением (за год) \*100  Число всех госпитализированных за год | | 0/1146=0 | | 0/1293=0 |
| 1. Несвоевременное направление на МРЭК (в %)   Число больных, направленных на МРЭК  несвоевременно  \*100  Число всех больных, подлежащих освидетельствованию (за год) | | 0 | | 0 |

1. **ОЦЕНКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ МОДЕЛИ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.**