

**24.11.2020 г. Группа 305С**

**Лекционное занятие № 3**

**ОП.08 Общественное здоровье и здравоохранение**

**Тема занятия:** Организация лечебно-профилактической помощи городскому населению.

**Задание 1.**

Запишите в лекционную тетрадь дату, тему, формируемые компетенции, цель занятия.

Формируемые компетенции:

Общие компетенции: ОК 1 – 13.

Профессиональные компетенции (ПК):

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения;

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое просвещение населения;

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактических инфекционных и неинфекционных заболеваний. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств;

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса;

ПК 2.3. Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

Оказание доврачебной медицинской помощи при неотложных и экстремальных состояниях.

ПК 3.2. Участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях;

ПК 3.3. Взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными помощниками в условиях чрезвычайных ситуаций.

Цель занятия:

*Студент должен уметь:*

- организовать рабочее место;
- внедрять новые формы работы

*Студент должен знать:*

- основные нормативные и правовые документы, регламентирующие профессиональную деятельность;
- функциональные обязанности работника структурного подразделения;
- основы организации лечебно-профилактической помощи населению.

**Задание 2.**

Повторить теоретический материал по теме Заболеваемость населения (учебник В.А.Медик, В.К.Юрьев «Общественное здоровье и здравоохранение» стр.30-45).

### **Задание 3.**

Изучите лекционный материал новой темы.

### **Задание 4.**

Ответьте на контрольные вопросы:

1. Что такое медицинская помощь и ее виды.
2. Первичная медико-санитарная помощь.
3. Принципы организации медицинской помощи, описать их.
4. Организация деятельности поликлиники, задачи поликлиники.
5. Организация деятельности кабинета доврачебной помощи.
6. Организация деятельности отделения медицинской профилактики, функции.
7. Организация деятельности отделения неотложной медицинской помощи.
8. Организация деятельности дневного стационара, функции.
9. Организация деятельности центра здоровья.

## **Информационный блок**

### **. Организация медико-профилактической помощи городскому населению**

Медицинская помощь - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

К видам медицинской помощи относятся:

- 1) первичная медико-санитарная помощь;
- 2) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- 3) скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- 4) паллиативная медицинская помощь.

### **Первичная медико-санитарная помощь**

1. *Первичная медико-санитарная помощь* является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

2. Организация оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам в целях приближения к их месту жительства, месту работы или обучения осуществляется по территориально-участковому принципу, предусматривающему формирование групп обслуживаемого населения по месту жительства, месту работы или учебы в определенных организациях.

3. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь оказывается фельдшерами, акушерами и другими медицинскими работниками со средним медицинским образованием.

4. Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачами-терапевтами, врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами, врачами-педиатрами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами).

5. Первичная специализированная медико-санитарная помощь оказывается врачами-специалистами, включая врачей-специалистов медицинских организаций, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную, медицинскую помощь.

6. Первичная медико-санитарная помощь оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

7. В целях оказания гражданам первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи, в структуре медицинских организаций могут создаваться подразделения медицинской помощи, оказывающие указанную помощь в *неотложной форме*.

Организация медицинской помощи базируется на принципах:

1. Доступность и бесплатность гарантированного объема медицинской помощи.
2. Преемственность учреждений здравоохранения
3. Участковый принцип
4. Профилактическая направленность (диспансеризация)
5. Преимущество в оказании МП работающим.
6. Нерывность лечебного дела и профилактики

### **1. Доступность и бесплатность**

Доступность медицинской помощи *обеспечивается*:

- 1) организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
- 2) наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
- 3) возможностью выбора медицинской организации и врача в соответствии с настоящим Федеральным законом;
- 4) применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
- 5) предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
- 6) установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;
- 7) транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
- 8) возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью.

**2. Преемственность медицинских организаций.** Для организации качественной медицинской помощи осуществляется преемственность между скорой помощью, поликлиникой, стационаром, роддомом, женской консультацией. Преемственность достигается путем обмена информацией между врачами медицинских организаций, проведения совместных клинических конференций, консультаций – это позволяет повысить квалификацию медицинского персонала, исключить дублирование диагностических исследований, лечения больного.

Преимущество медицинских организаций обеспечивает комплексность в профилактике, диагностике, лечении и реабилитации больных. Одно из направлений достижения этого принципа – внедрение *электронного паспорта больного*.

**3. Участковый принцип** – это прикрепление к участковому врачу определенного контингента населения

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 15 мая 2012 г. № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь организуются по территориально-участковому принципу.

В медицинских организациях могут быть организованы участки:

- фельдшерский;
- терапевтический (в том числе цеховой);
- врача общей практики (семейного врача);
- комплексный (участок формируется из населения участка медицинской организации с недостаточной численностью прикрепленного населения (малокомплектный участок) или населения, обслуживаемого врачом-терапевтом врачебной амбулатории, и населения, обслуживаемого фельдшерско-акушерскими пунктами (фельдшерскими здравпунктами);
- акушерский;
- приписной.

Рекомендуемая численность прикрепленного населения на врачебных участках в соответствии с нормативной штатной численностью медицинского персонала составляет:

- на фельдшерском участке - 1300 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на терапевтическом участке - 1700 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше (для терапевтического участка, расположенного в сельской местности, - 1300 человек взрослого населения);
- на участке врача общей практики - 1200 человек взрослого населения в возрасте 18 лет и старше;
- на участке семейного врача - 1500 человек взрослого и детского населения;
- на комплексном участке - 2000 и более человек взрослого и детского населения.

**Врач общей практики** (семейный врач) (ВОП) осуществляет свою деятельность в соответствии с Приказом МЗ и СР РФ № 84 от 17 января 2005 г. «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»

Врач общей практики (семейный врач) осуществляет свою деятельность в медицинских организациях преимущественно муниципальной системы здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению:

- центрах общей врачебной (семейной) практики;
- амбулаториях и участковых больницах муниципальной системы здравоохранения;
- отделениях общей врачебной (семейной) практики амбулаторно-поликлинических учреждений;
- и других медицинских организациях.

ВОП оказывает многопрофильную помощь по следующим специальностям: оториноларингология, офтальмология, неврология, амбулаторная хирургия, при специальном обучении – эндокринология.

#### **4. Профилактическая направленность (диспансеризация)**

*Диспансеризация* представляет собой комплекс мероприятий, в том числе медицинский осмотр врачами нескольких специальностей и применение необходимых методов обследования, осуществляемых в отношении определенных групп населения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

*Диспансерное наблюдение* представляет собой динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, за состоянием здоровья лиц, *страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями*, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц, проводимое в порядке, установленном уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

Диспансеризация взрослого населения проводится согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 декабря 2012 г., № 1006н «Порядок проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

Диспансеризация проводится 1 раз в 3 года в определенные возрастные периоды (в 2013г. подлежат диспансеризации лица следующего возраста 21, 24, 27 и т.д. лет)

Диспансеризация проводится в *два этапа*

*\*Первый этап диспансеризации* (скрининг) проводится с целью выявления у граждан признаков хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития, потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, а также определения *медицинских показаний к выполнению дополнительных обследований и осмотров врачами-специалистами* для уточнения диагноза заболевания (состояния) на втором этапе диспансеризации.

Первый этап диспансеризации может проводиться *мобильными медицинскими бригадами*.

Граждане, нуждающиеся по результатам первого этапа диспансеризации в дополнительном обследовании, индивидуальном углубленном профилактическом консультировании или групповом профилактическом консультировании (школа пациента), направляются врачом-терапевтом на второй этап диспансеризации

*\*Второй этап диспансеризации* проводится с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза заболевания (состояния), проведения углубленного профилактического консультирования и включает в себя.

По результатам диспансеризации определяют *группы состояния здоровья* гражданина

*I группа состояния здоровья* - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам проводится краткое *профилактическое консультирование, коррекция факторов риска* развития хронических неинфекционных заболеваний

врачом-терапевтом, медицинским работником отделения (кабинета) медицинской профилактики или центра здоровья.

*II группа состояния здоровья* - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, имеются факторы риска развития таких заболеваний при *высоком или очень высоком суммарном сердечно-сосудистом риске* и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в отделении (кабинете) медицинской профилактики или центре здоровья, при наличии *медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты* для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска. Эти *граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики.*

*III группа состояния здоровья* - граждане, имеющие заболевания (состояния), требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании (По результатам дополнительного обследования группа состояния здоровья гражданина может быть изменена)

Такие граждане подлежат *диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.*

Результаты осмотров врачами и исследований, проведенных во время диспансеризации, вносятся в маршрутную карту.

Основными критериями эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

1) охват диспансеризацией населения, находящегося на медицинском обслуживании в медицинской организации;

Первый этап диспансеризации считается законченным в случае выполнения не менее 85 % от объема обследования, установленного для данного возраста и пола гражданина, с учетом отказов граждан от прохождения отдельных осмотров и исследований

2) уменьшение частоты выявления и регистрации факторов риска хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;

3) уменьшение числа граждан с первично выявленными заболеваниями на поздних стадиях их развития;

4) снижение инвалидности и смертности от хронических неинфекционных заболеваний среди граждан, проходящих диспансеризацию;

5) увеличение числа граждан, относящихся к I группе здоровья, и уменьшение числа граждан, относящихся ко II и III группам здоровья

#### **Список используемой литературы:**

Основные источники:

1. Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебное пособие – Ростов-на-Дону: Феникс, 2014. – 125 с.

2. Зенина Л.А., Шешунов И.В., Чертухина О.Б Экономика и управление в здравоохранении: Учебное пособие – М.: Академия , 2014. – 208 с.
3. Тлепцерищев Р.А., Трушкин А.Г., Демьянова Л.М., Малахова Н.Г. Экономика и управление здравоохранением – Ростов н/Д: Феникс, 2014. – 623 с.

Дополнительные источники:

1. Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М.: ОАО Издательство «Медицина», 2014. 528 стр.
2. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: Издательство «Медкнига.», 2014. 224 стр...
3. Медик В.А., Лисицин В.И., Прохорова А.В. Общественное здоровье и здравоохранение: практикум для медицинских училищ колледжей. М.: Издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2014. 144 стр.

**Выполненные задания скинуть старосте группы до 18 00 24.11.2020г.**

**Староста формирует архив и скидывает мне на электронную почту [marryseven@mail.ru](mailto:marryseven@mail.ru)**