

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

Кафедра « Общественного здоровья, организации и управления  
здравоохранением»

**«Организация работы врача общей практики и его основные  
функции»**

(Методическое пособие для студентов 7 курса медико –  
педагогического и лечебного факультетов)

**Ташкент 2009г.**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Начальник Главного управления  
науки и учебных заведений МЗ. Р.Уз.  
профессор Ш.Э. Атаханов

\_\_\_\_\_ 2009г.  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Кафедра « Общественного здоровья, организации и управления  
здравоохранением »

**«Организация работы врача общей практики и его основные  
функции»**

(Методическое пособие для студентов курса медико – педагогического и  
лечебного факультетов)

**Ташкент 2009г.**

**Составители:**

- профессор кафедры «Общественного здоровья и управления здравоохранением» Рустамова Х.Е.
- старший преподаватель кафедры «Общественного здоровья и управления здравоохранением» Стожарова Н.К
- доцент кафедры «Общественного здоровья и управления здравоохранением» Махсумов М.Д.

**Под редакцией** заведующего кафедрой «Общественного здоровья и управления здравоохранением», доктора медицинских наук профессора Бабаджанова А.С.

**Рецензенты:**

- зав. кафедрой «Общественного здоровья, организации и управления здравоохранением» Таш.ПМИ, профессор, д.м.н. Искандарова Ш.Т.
- доцент кафедры «ВОП с эндокринологией» медико – педагогического факультета ТМА, к.м.н. Нуриллаева Н.М.

**Рассмотрено и рекомендовано к изданию центральной методической комиссией Ташкентской Государственной Медицинской Академии**

Протокол № \_\_\_\_\_ от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2009г.

**Рассмотрено и утверждено Ученым Советом Ташкентской Государственной Медицинской Академии**

от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2009 г.

## Аннотация

Совершенствование учебного процесса в медицинских вузах требует усиления связи обучения с актуальными практическими задачами медицины и здравоохранения. Одна из таких задач — подготовка выпускников лечебных и медико – педагогических факультетов к работе в качестве врачей общей практики.

В настоящее время особое внимание уделяется укреплению, развитию и повышению качества первичной медико-санитарной помощи населению в связи реформированием системы здравоохранения в независимом Узбекистане. Осуществляемые в стране реформы ориентируют здравоохранение на первоочередное развитие первичной медико-санитарной помощи населению, под которой, как сказано в материалах международной конференции по первичной медико-санитарной помощи, состоявшейся в Алма-Ате в сентябре 1978 г., понимают зону первых контактов населения с органами здравоохранения.

В Узбекистане к учреждениям первичной медико-санитарной помощи относятся:

- Амбулаторно – поликлинические учреждения ( амбулатории, поликлиники, городские и сельские врачебные пункты и др.);
- Акушерско – гинекологические комплексы (женские консультации и родильные дома);
- Учреждения экстренной и неотложной медицинской помощи;
- Центры санитарно – эпидемиологического надзора.

К самым массовым видам первичной медико-санитарной помощи относится амбулаторно-поликлиническая помощь, организованная по участковому принципу в рамках института ВОП или семейного врача. Это позволяет говорить о семейных врачах, как о наиболее важной в настоящее время категории медицинских работников — центральной фигуре практического здравоохранения и считать подготовку студентов к работе в качестве ВОП важнейшей задачей медицинских вузов.

Для совершенствования преподавания одного из разделов деятельности ВОП — организации работы на участке и работы с медико-статистической документацией подготовлено и апробировано на кафедре «Общественного здоровья организации и управления здравоохранением» ТМА

методическое пособие для студентов 3 и 7 курса медико – педагогического, лечебного и стоматологического факультетов на тему «Организация работы врача общей практики и его основные функции».

Вопросы, рассматриваемые в данном пособии, не нашли достаточного отражения в учебных пособиях по социальной гигиене и организации здравоохранения. В связи с этим мы решили осветить их в настоящем методическом пособии.

### **Основные вопросы темы:**

1. Основные предпосылки необходимости введения общеврачебной практики и ее особенности в различных странах.
2. Создание института врачей общей практики в Узбекистане.
3. Организация работы и основные задачи ВОП в семейной поликлинике и СВП.
4. Диспансеризация, как ведущий метод работы лечебно-профилактических учреждений.
5. Статистика и учет в деятельности врача общей практики
6. Учётно-отчётная документация и основные показатели деятельности ВОП.

### **Вопросы для контроля исходного уровня знаний студентов:**

1. Что явилось причиной введения института общеврачебной практики?
2. Какие примеры организации общеврачебной практики в различных странах вы знаете?
3. Какие законодательные акты легли в основу реформирования системы первичной медико – санитарной помощи в Узбекистане?
4. Особенности организации общеврачебной практики в Узбекистане?
5. Организация работы и нормы нагрузки ВОП в семейной поликлинике и СВП?
6. Основные права и задачи ВОП в семейной поликлинике и СВП?
7. Какие основные элементы диспансеризации вы знаете?
8. Контингенты и группы диспансеризации?
9. Какое значение имеет статистика и учет в деятельности врача общей практики?
10. Назовите основные формы учетно – оперативной документации, используемые ВОП?
11. Какие показатели характеризуют заболеваемость на территории деятельности семейной поликлиники?
12. Какие показатели характеризуют количественную и качественную сторону диспансеризации?

### **Содержание занятия**

#### **Тема: Организация работы ВОП и его основные функции**

##### **1. Место проведения занятия, оснащение:**

- кафедра (СВП)
- раздаточный материал

##### **2. Продолжительность изучения темы - 6,8 часов**

##### **3. Цель занятия:**

Ознакомить студентов с организацией работы ВОП и учетно-отчетной документацией СВП. Студенты должны понять объективные предпосылки перехода к обще-врачебной практике и ее преимущества.

## **По окончании обучения студент должен знать:**

- Организационные формы первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики.
- Требования, предъявляемые к уровню образования ВОП в разных странах.
- Организацию работы и основные задачи ВОП в семейной поликлинике и СВП.
- Основные элементы диспансеризации, как основного метода работы ВОП.
- Статистика и учет в деятельности врача общей практики
- Учётно-отчётная документация и основные показатели деятельности ВОП.

## **4. Мотивация:**

Будущий врач общей практики должен знать организацию первичного звена здравоохранения, квалификационную характеристику, основные задачи и права ВОП, а также уметь оценить выполнение всех видов работ врачом общей практики и заполнять основные формы учетно - оперативной документации.

## **5. Межпредметные и внутрипредметные связи:**

Преподавание организации здравоохранения базируется на знании студентами основ социальной гигиены, физиологии, валеологии, медицинских и философских наук.

## **6. СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ**

### **6.1. Теоретическая часть**

По образному выражению З.П.Соловьева « Семейный врач должен быть в состоянии брать больного и окружающую среду как объект организационного наблюдения». В конце 20 годов XX века в Италии возник термин «неогипократизм». Термин был предложен историком медицины А. Кастильони, а затем распространилась по Европе и Латинской Америке. Последователи этой теории были обеспокоены технократизмом в медицине, которая привела к машинизации мышления врача и отрывала врача от больного как от личности. Возник кризис отношения врача к больному, который усиливался бурно развивающимися различными узкими отраслями медицины. И врачи стали уходить от лечения больного, как целого организма, его психических и физических черт и сосредоточиваясь на лечении отдельных систем или даже органов. Выход виделся в возвращении к принципам классической медицины Гиппократ, к примеру «врача общей практики» или семейного врача, который служит не только для лечения больного, но и для выполнения роли интегрирующего – связывающего начала в объединении данных о пациенте с условиями его образа жизни.

Центральная фигура общеврачебной практики — врач общей практики (семейный врач). ВОП — это выпускник медицинского вуза, который обеспечивает первичную медицинскую помощь с учетом индивидуальных особенностей каждого члена семьи и имеет лицензию на право заниматься данным видом деятельности.

Врач общей практики:

1. Принимает своих пациентов в амбулатории, на дому, в отдельных случаях — в клинике или стационаре;
2. Своевременно ставит диагноз;
3. Анализирует физические, психологические и социальные факторы, определяющие уровень здоровья семьи, и использует эти данные в своей повседневной работе;
4. Осуществляет постоянное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями и за больными в терминальном состоянии;
5. Устанавливает доверительные отношения с членами обслуживаемых семей;
6. Назначает и проводит лечение, осуществляет профилактические мероприятия и медико-санитарное обучение пациентов (членов семьи).

Исследования проведенные в различных странах показали что в Великобритании из 40 часов рабочей недели врач общей практики затрачивает 14% времени на профилактику заболеваний, 8% времени уделяет вопросам оптимизации среды обитания пациентов, а 21% времени уходит на деятельность по профилактике инфекционных заболеваний (особенно у детей).

В Бельгии врач общей практики обслуживает 725, в Финляндии — 1730, в Германии — 2000 человек населения. Число пациентов, принимаемых в неделю врачом общей практики в Англии, например, колеблется от 25 до 225, в среднем — 100—140 человек. Консультация пациента занимает от 5 до 9 мин. Число визитов врачей на дом также имеет большой разброс — от 3 до 33 в неделю, при этом у некоторых врачей они занимают 2%, а у других — до 25% рабочего времени. В Австрии пациент не прикреплен к какому-либо определенному ВОП. При обращении за медицинской помощью пациент вручает врачу страховой полис, действительный в течение 3 месяцев, с целью представления в страховую компанию для последующей оплаты. В течение 3 месяцев пациент обязан лечиться у данного врача. Дети до 15 лет и пожилые люди имеют право провериться 1 раз в год. Для осуществления перинатальной помощи имеется специальное обслуживание.

В странах Западной Европы существует несколько принципиально разных систем оплаты труда врачей общей практики: фиксированная заработная плата, подушевая оплата (фиксированная сумма за каждого пациента, иногда дифференцированная по возрасту и полу пациента) и оплата за каждую оказанную услугу. Возможны также разные их комбинации.

В настоящее время в мире существует несколько моделей организации работы семейного врача это индивидуальная (частная) практика или

групповая врачебная практика (врачебная амбулатория). Врачебная амбулатория обслуживает до 10000 жителей, что несколько снижает уровень доступности медицинской помощи, но одновременно появляется возможность более оперативного обследования населения, взаимозаменяемости врачей и более высокого технического оснащения. «Центры здоровья» созданные в Скандинавских странах, представляют собой объединение нескольких групповых врачебных практик с дополнением целого ряда новых функций, включая организацию специальных стационаров по уходу за больными, инвалидами и престарелыми. В сельской местности такие центры создаются на 30—35 тыс. жителей, в городах — на 35—40 тыс. человек. В задачи Центры здоровья входят: охрана здоровья матери и ребенка; охрана здоровья работающего населения; забота о здоровье учащихся; охрана здоровья престарелых; оказание стоматологической помощи; оказание первичной медицинской и лечебной помощи (амбулаторная, стационарная); пропаганда здорового образа жизни; транспортировка больных. Минимальная численность населения для организации Центра здоровья составляет 10000 человек. Работа Центров здоровья направляется отделом здравоохранения общины или федерации общин. Эти отделы осуществляют наем персонала, разрабатывают планы и контролируют их выполнение, организуют участие населения в решении вопросов здравоохранения. В большинстве центров работают 3 - 4 врача, В России, некоторых странах Восточной Европы семейный врач работает в поликлинике. ВОП помрагают средние медработники — медсестры (манипуляционная, патронажная и др.), акушерка, в ряде случаев — и медсестра, оказывающая социальную помощь. Эта семейная бригада на прикрепленном участке ведет всю работу — прививочную, просветительную, профилактическую, осуществляет лечение больных, наблюдение за беременными, детьми, инвалидами, пожилыми и т. д. В необходимых случаях ВОП привлекает специалистов для консультации и назначения лечения, но контроль за ходом лечения и наблюдение пациента осуществляет сам.

Это позволило устранить такие крупные недостатки в деятельности семейных поликлиник, как:

- Отсутствие преемственности в обследовании и лечении пациентов, что нередко приводит к назначению взаимоисключающих методов исследования;
- Разобщенность сведений о каждом пациенте;
- Очереди на прием к специалистам;
- Отсутствие систематического наблюдения за прикрепленным контингентом;
- Снижение уровня знаний у участкового терапевта и педиатра, ухудшение качества их работы, превращение их в диспетчеров и в «бюллетенщиков»;
- Перегруженность врачей-специалистов за счет значительного числа ненужных приемов;

- Отсутствие гибкости в работе поликлиник;
- Снижение авторитета и престижа врачей общей практики (семейных врачей) амбулаторно-поликлинической службы;
- Не качественное обследование и лечение больных, что нередко является причиной перехода патологии у них в хроническую форму;
- Незнание участковыми врачами своих пациентов.

### **Создание института врачей общей практики в Узбекистане**

началось в 1998 г. вместе с реформированием всей системы здравоохранения, в соответствии со следующими законодательными актами:

- Постановление Кабинета Министров РУз «О программе развития инфраструктуры села» от 21.05.96г №182
- Указ Президента РУз «О Государственной программе реформирования системы здравоохранения РУз» от 10.11.98г. №2107
- Указ Президента РУз «О мерах по дальнейшему реформированию системы здравоохранения» от 23.02.03г
- Указ Президента РУз «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализации Государственной программы развития здравоохранения» от 19.09.07г.
- Постановление Президента РУз. «О мерах по совершенствованию организации деятельности медицинских учреждений республики» от 2.11.07г.

В Узбекистане для приближения к месту проживания населения квалифицированной медицинской помощи не только была изменена организационная форма работы уже имеющихся амбулаторно-поликлинических учреждений, но и по специально разработанному проекту строятся современные медицинские учреждения СВП – сельские врачебные пункты, оснащенные всем необходимым для полноценной работы ВОП.

Сейчас ВОП работают в основном в государственных медицинских учреждениях амбулаторного типа (семейные и районные поликлиники, городские и сельские врачебные пункты), относительно небольшая их часть работает в негосударственных учреждениях и как частнопрактикующие. В обобщенном виде можно говорить о следующих формах работы ВОП: индивидуальный прием пациентов и групповая практика (отделения или бригады). Обычно в бригаду входят стоматолог, хирург, акушер-гинеколог, реже педиатр.

В качестве ВОП работают в основном участковые терапевты или педиатры, прошедшие специальную подготовку на факультетах усовершенствования врачей или выпускники медицинских вузов с дипломом ВОП. Первичная подготовка ВОП осуществляется сейчас во всех медицинских вузах Узбекистана. Разработана и утверждена МЗ РУз программа подготовки ВОП и медицинских сестер общей практики.

ВОП не только выполняют функции участковых терапевтов и педиатров, но также ведут прием пациентов с неврологическими, офтальмологическими, хирургическими и ЛОР заболеваниями. По мнению экспертов, проанализировавших состав пациентов, обращающихся к врачам-специалистам, ВОП может взять на себя:

- 22,7% от общего числа посещений хирурга,
- 36,4%; от общего числа посещений офтальмолога,
- 41% от общего числа посещений отоларинголога
- 46,6% от общего числа посещений невропатолога.

График рабочего дня ВОП строится следующим образом: 4 ч — амбулаторный прием и 2,5 ч — посещение больных на дому. График работы скользящий. Нормативами приема посетителей поликлиники для ВОП являются следующие: лечебно – диагностический прием 5 посещений в час; профилактический прием 7,5 посещений в час; прием на участке 2 посещения в час. Практика выделения квартир для ВОП в пределах сельского территориального участка привела к тому, что больные довольно часто пользуются услугами врачей в вечернее и даже в ночное время. В среднем в месяц на одного ВОП приходится от 820 до 1200 посещений, то есть ежедневный прием составляет 16—20 пациентов. ВОП ведут прием совместно с медицинскими сестрами, а на селе, кроме того, и с фельдшерами, акушерками, патронажными сестрами. Соотношение врачебного и среднего медперсонала в учреждениях колеблется от 1 : (2 – 3).

ВОП, работающие в семейных поликлиниках, пользуются лечебно-диагностической базой своего учреждения. Во врачебных пунктах, удаленных от поликлиник, ВОП ограничиваются назначением пациентам простейших исследований (ЭКГ, рино- и отоскопия, функция внешнего дыхания, экспресс - анализы мочи на сахар, белок, общие анализы крови и мочи и др.). Из лечебных мероприятий в СВП проводятся различные инъекции, массаж, физиотерапевтические процедуры (УВЧ, ингаляции, УФО, электрофорез и др.).

Обслуживаемые контингенты населения формируются с учетом права свободного выбора врача по территориальному, территориально – семейному принципу. Численность населения, обслуживаемого одним ВОП, колеблется от 1500 до 2500 человек; радиус обслуживаемого участка в городе — менее 1 км, однако имеются участки с радиусом 3 км и более, в сельской местности 5 – 10 км. На участках, где высока доля лиц пожилого и старческого возраста, примерно каждый пятый визит делается с медико-социальной целью. Многие ВОП ведут учет одиноких, хронически больных, инвалидов, лиц с асоциальным поведением, поддерживают связь с органами социального обеспечения, оформляют нуждающихся в дома-интернаты, организуют стационары на дому.

**Картину общей заболеваемости населения по обращаемости к ВОП в Узбекистане определяют следующие заболевания (данные 2007г.):**

Классы болезней	Общая заболеваемость в случаях на 1000 жителей	% от общего числа зарегистрированных заболеваний
Болезни крови и кроветворных органов	212,8	23,6
Болезни органов дыхания	166,5	18,8
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	100,7	7,9
Болезни органов пищеварения	105,2	11,7
Болезни системы кровообращения	50,8	5,6
Травмы и отравления	34,5	3,8
Инфекционные и паразитарные заболевания	24,3	2,7
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	17,8	1,9

В течение года на консультацию к «узким» специалистам в среднем направляется 19,1% пациентов, на обследование в другие учреждения — 14,3%, госпитализируется — 16,8 % больных.

**Основными задачами ВОП в семейной поликлинике и СВП можно считать:**

1. Оказание квалифицированной медицинской помощи населению прикрепленной территории в поликлинике и на дому;
2. Оказание скорой и неотложной медицинской помощи больным независимо от их места жительства;
3. Организацию консультаций для больных, врачами поликлиники и др. ЛПУ независимо от их ведомственной подчиненности;
4. Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с квалификационной характеристикой;
5. Своевременную госпитализацию больных в лечебно-профилактические учреждения по показаниям;
6. Организацию в необходимых случаях стационаров на дому и медико – социальной помощи одиноким престарелым и инвалидам.

7. Организацию диспансерного наблюдения за больными в соответствии с перечнем нозологических форм;
8. Проведение мероприятий по оздоровлению подрастающего поколения и женщин детородного возраста, с осуществлением ежегодного осмотра всех женщин фертильного возраста, детей, школьников;
9. Оказание консультативной помощи семьям по вопросам иммунопрофилактики, вскармливания и закаливания детей подготовке их к поступлению в детские учреждения и школу, гигиены и психологии семейной жизни, профилактике нежелательной беременности и абортов и т.д.;
10. Осуществление работы по своевременному проведению профилактических прививок и дегельминтизации среди населения;
11. Экспертизу временной нетрудоспособности соответствии с действующим положением об экспертизе временной нетрудоспособности;
12. Направление больных на ВТЭК с заполнением соответствующих медицинских документов;
13. Организация и проведение противоэпидемических мероприятий, подворных обходов по эпидемическим показаниям;
14. Раннее выявление больных с инфекционными заболеваниями, отравлениями, туберкулезом, онкологическими заболеваниями, заразными кожными болезнями и болезнями передающимся половым путем, а также другими важнейшими заболеваниями, требующими своевременной диагностики и лечения;
15. Активное проведение пропаганды здорового образа жизни и гигиенического воспитания населения;
16. Ведение соответствующей учетно – отчетной документации и изучение показателей заболеваемости на своем участке.

**ВОП имеет право:**

- Контролировать работу среднего медицинского персонала, работающего на участке или СВП;
- Выдавать листки нетрудоспособности больным и по уходу за больным в соответствии с инструкцией;
- Организовывать при необходимости дневные стационары и стационары на дому;
- Принимать участие в совещаниях, научно – практических конференциях по вопросам организации лечебно – профилактической помощи и

выносить предложения по вопросам улучшения медико – социальной помощи.

- Состоять членом общественных и профессиональных организаций, если их деятельность не противоречит целям и задачам ВОП.
- Повышать свою квалификацию в учреждениях, предназначенных для повышения квалификации врачей.
- Проводить в установленном порядке экспертизу качества медицинской помощи, оказанной пациенту другими специалистами.
- Заявлять иски в судах по вопросам причинения вреда здоровью пациента.
- Врач общей практики в установленном порядке несет ответственность в пределах своей компетенции за противоправные действия или не оказание медицинской помощи, повлекшие за собой ущерб здоровью или смерть пациента.

**На организацию работы ВОП в поликлинике оказывают влияние следующие факторы:**

1. Неизвестность в начале каждого рабочего дня состава вновь обратившихся больных.
2. Ограниченность времени на приеме для каждого посетителя ( исходя из нормативов приема).
3. Необходимость быстрой ориентации врача в общении с каждым новым посетителем.
4. Владение методами ранней диагностики заболеваний, систематической необходимостью повышения квалификации.
5. Быстрая смена состава больных по сравнению со стационаром.
6. Необходимость частых консультаций с врачами других специальностей.
7. Особенность лечения амбулаторного больного, когда выполнение режима и назначений во многом зависит от дисциплинированности и активности самого больного.

**Диспансеризация является ведущим и обязательным для всех лечебно-профилактических учреждений методом работы.**

Это метод активного динамического наблюдения за здоровыми лицами, объединенными общими физиологическими особенностями, условиями труда, имеющими факторы риска или больными, страдающими хроническими заболеваниями или некоторыми острыми заболеваниями, наиболее часто приводящими к временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности, направленный на предупреждение и активное

выявление заболеваний на ранних стадиях и своевременное проведение лечебно-оздоровительных мероприятий. Диспансерный метод наблюдения является функцией лечащих врачей общей сети внебольничных учреждений (поликлиник, амбулаторий СВП), обслуживающих население по месту жительства и по месту работы, а также врачей специализированных учреждений — диспансеров и центров ГСЭН.

Отбор подлежащих диспансерному наблюдению должен проводиться:

1. По социальным показаниям (дети, подростки, допризывники, рабочие промышленных предприятий, беременные, женщины детородного возраста, инвалиды и участники ВОВ и приравненные к ним контингенты и т.д.)
2. По медицинским показаниям (больные с хроническими заболеваниями органов пищеварения, сердечнососудистой системы и др., всего 43 нозологические формы только терапевтического профиля и больные с хроническими болезнями состоящих под наблюдением у врачей других специальностей в семейной поликлинике или больные перенесшие некоторые острые заболевания).

Практическое осуществление диспансеризации населения представляют собой процесс, состоящий из 5-х взаимосвязанных и периодически повторяющихся элементов:

**Активное выявление контингентов** подлежащих диспансерному наблюдению, которое включает в себя:

- Персональный учет всех жителей участка.
- Определение очередности прохождения профилактических осмотров, с определением обязательного и индивидуального объема обследования.
- Отбор контингентов при текущей обращаемости, подворных обходах, подготовке к плановой госпитализации, обследовании контактных лиц в очаге инфекционного заболевания и т.д.
- Индивидуальное обследование в данном или других учреждениях;
- Оценка состояния здоровья каждого индивида и определение группы диспансерного наблюдения.
- Формирования контингентов по группам диспансерного наблюдения.
- Определение единых критериев непрерывности и этапности наблюдения за здоровыми лицами, подверженными риску или больными в зависимости от возраста, пола, профессии, характера заболевания и стадии его развития.
- Рациональное распределение диспансеризуемых контингентов между ВОП и врачами других специальностей.

Минимум диагностических исследований и осмотров врачами-специалистами, рекомендованный МЗ Узбекистана при проведении ежегодной диспансеризации у населения (если нет других показаний), включает:

1. Сбор анамнестических данных;

2. Измерения: антропометрических данных, АД, ВГД (после 40 лет ), остроты зрения, слуха;
3. Гинекологический осмотр женщин с 18 лет со взятием мазков для цитологического исследования и кольпоскопией;
4. Анализ крови (СОЭ, Нв ); анализа мочи на сахар и белок, флюорографию и маммографию (1 раз в 2 года с 30 лет), ЭКГ (после 40 лет); копроскопия на яйца глист;
5. Осмотр ВОП, невропатологом, хирургом, ЛОР, офтальмологом, акушер - гинекологом, урологом для мужчин старше 50 лет.

**Активное лечение** - это удовлетворение потребностей диспансеризуемых контингентов в амбулаторно-поликлиническом и стационарном лечении (в течение месяца с момента выявления заболевания), включая противорецидивное лечение, профилактическую госпитализацию, реабилитацию, оздоровление в санаториях, реабилитационных центрах, домах отдыха, трудоустройство и т.д.

**Динамическое наблюдение** за состоянием здоровья каждого индивидуума и оценка эффективности всех проводимых мероприятий.

- Определение характера и частоты динамического наблюдения за каждым диспансеризуемым;
- коррекция намеченных диагностических и оздоровительных мероприятий в соответствии с изменениями в состоянии здоровья;
- оценка эффективности диспансерного наблюдения для каждого индивидуума и по группам наблюдения.

Кратность наблюдения зависит от группы диспансерного наблюдения и состояния пациента:

**Д-1** здоровые лица, т.е. лица, не предъявляющие жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний, при объективном обследовании у которых все показатели здоровья находятся в пределах устойчивой нормы. Наблюдаются и обследуются один раз в год, если нет других показаний.

**Д-2** практически здоровые лица, т.е. лица, не предъявляющие жалоб, но имеющие в анамнезе хроническое заболевание в стадии ремиссии более 5 лет, лица, часто болеющие острыми заболеваниями, лица при объективном обследовании у которых некоторые показатели здоровья находятся на нижней границе нормы. Наблюдаются и обследуются два раза в год, если нет других показаний.

**Д-3** больные лица, т.е. лица, у которых жалобы могут быть или отсутствовать, имеющие в анамнезе хронические заболевания, при объективном обследовании у которых выявляются признаки заболеваний. Наблюдаются и обследуются в зависимости от состояния:

а) лица с компенсированным течением заболевания – с редкими обострениями или в стадии ремиссии более 3 лет, с редкими потерями трудоспособности по основному заболеванию, менее 4 раз в год.

Наблюдаются и обследуются 2-4 раза в год, если нет других показаний.

б) лица с субкомпенсированным течением заболевания – с частыми, более 4 раз в год, обострениями основного заболевания, с частыми и длительными потерями трудоспособности. Наблюдаются и обследуются не менее 4 раз в год, если нет других показаний.

в) лица с декомпенсированным течением заболевания – постоянно требующие врачебного наблюдения, переходящие или имеющие инвалидность, с редкими ремиссиями. Наблюдаются и обследуются постоянно.

**Сестринский патронаж** – это проведение профилактических и лечебных мероприятий, оказание социальной помощи лицам находящимся под наблюдением, в домашних условиях медицинской сестрой участка. Участковая сестра дает рекомендации по режиму дня и рациональному питанию больного, консультирует по вопросам организации ухода за больным; участвует в диспансеризации больных и оказывает в пределах своей компетенции медицинскую помощь больным на дому по назначению врача. В необходимых случаях совместно с ВОП организует стационар на дому и поднимает перед фондами «Махаля» вопрос о медико – социальной помощи одиноким престарелым и инвалидам. Ежегодно уточняет данные о составе участка и о числе диспансеризуемых на обслуживаемой территории;

**Общественно – профилактические мероприятия**, направленные на оздоровление условий труда и быта, устранение факторов риска, проведение санитарно-просветительной работы, борьба с негативными привычками, охрана окружающей среды и т.д.

Ведущим звеном в организации диспансерного обслуживания больных являются ВОП, под наблюдением которых может находиться до 130 -150 больных и до 700 здоровых лиц. ВОП привлекают работе по организации диспансерного наблюдения и врачей других специальностей. Для правильной организации диспансерного обслуживания врачи общей практики должны хорошо знать возрастной, половой состав, заболеваемость населения своего участка, составить хорошо продуманный план лечебно-оздоровительных мероприятий, определять количество больных, нуждающихся в диспансеризации. На каждого диспансерного больного наряду с «Медицинской картой амбулаторного больного» Ф № 025у заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения» (учётная Ф № 030у), хранящиеся в картотеке ВОП, по месяцам года, эта форма служит для получения оперативной информации о мероприятиях, проведенных для данного пациента.

В конце года на каждого диспансеризуемого в «Медицинской карте амбулаторного больного Ф № 025у» составляется этапный эпикриз с анализом показателей здоровья в зависимости от проведенных мероприятий для данного пациента и разрабатывается план лечебно-оздоровительных мероприятий на будущий год.

Индивидуальная оценка эффективности диспансерного наблюдения включает объективные данные об изменениях в функции отдельных органов,

инструментальных обследованиях; наличии или отсутствии обострений, их частоте, длительности утраты трудоспособности; стадийности заболевания и.т.д. Оценка эффективности диспансеризации контингента в целом учитывает движение по группам диспансерного наблюдения, показатели временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности среди диспансируемых.

Опрос врачей показал, что после того как они занялись общей практикой, изменился характер их работы:

- расширился диапазон заболеваний, с которыми обращаются пациенты,
- уменьшилось число консультаций у специалистов,
- увеличился объем диагностической работы,
- обслуживание стало удобнее для пациентов (быстрее устанавливается диагноз и начинается лечение),
- удалось лучше узнать больного, его семью,
- возросло доверие пациентов к врачу,
- появилась самостоятельность в работе,
- повысился интерес к работе.

В настоящее время проблемы семейной врачебной практики заключаются в необходимости расширения и улучшения качества до дипломной и последипломной подготовки ВОП и медицинских сестер общей практики; обеспечения их необходимым лечебно-диагностическим оборудованием; создании оптимальных условий для работы; необходимости разработки правовой базы и создании механизма дифференцированной оплаты труда. Однако первые итоги внедрения системы ВОП свидетельствуют о целесообразности развития этой службы в нашей стране.

Врач общей практики в настоящее время — ведущая фигура в системе охраны здоровья населения Узбекистана. Участковые ВОП несут среди всех медицинских работников наибольшую ответственность за здоровье больных и здоровых контингентов населения территориальных участков. В сложной, многогранной работе участкового врача воедино сливаются медицинская и организационная деятельность (организация профилактики, диагностики, лечения, реабилитации, диспансеризации, санитарного просвещения), происходит интеграция общей и специализированной медицинской помощи населению участка.

#### **Статистика и учет в деятельности врача общей практики**

ВОП — это не только клиницист, но и организатор здравоохранения на одном из наиболее ответственных этапов, на этапе первичной медико-санитарной помощи населению. Без прочных знаний основ социальной гигиены и организации здравоохранения, клинической медицины ему трудно справиться со своими организационно-управленческими и лечебно-диагностическими задачами.

Семейный врач должен быть исследователем состояния здоровья населения своего участка и факторов на него влияющих, должен изучать

и совершенствовать свою деятельность, внедрять передовые методы диагностики и лечения, элементы научной организации труда.

В условиях современной жизни организационно - управляющая функция становится одной из ведущих. Участковый врач должен ее знать и применять свои знания в практической деятельности. В системе здравоохранения деятельность по управлению включает:

- 1.Получение, переработку и анализ информации о состоянии системы здравоохранения и состоянии здоровья населения;
- 2.Принятие решений и передачи их управляемым объектам.
- 3.Получение, переработка и анализ информации о влиянии принятых решений на деятельность учреждений здравоохранения и состояние здоровья населения.

Всю информацию, необходимую для управления в системе здравоохранения, условно подразделяют:

- Медико-статистическая информация (численность, структура, здоровье населения, медицинские учреждения и их деятельность, медицинские кадры численность, структура, уровень подготовки);
- Экономическая информация (источники, размеры финансирования и использование финансовых средств);
- Информация о материально-техническом и лекарственном обеспечении;
- Научно-медицинская и медико-техническая информация.

В работе участкового ВОП используются все виды информации, из которых наибольшее значение для непосредственной организации работы имеет медико-статистическая информация, обеспечиваемая санитарно-статистической службой здравоохранения.

Фундаментом всей статистической информационной службы здравоохранения служит система первичного учета, обеспечиваемая рациональным ведением и достоверностью медицинской документации лечебно-профилактических учреждений. Статистические документы заполняются врачами и средним медицинским персоналом поликлиники.

Решение задач по улучшению медицинского обслуживания населения не возможно без анализа статистических данных о работе лечебно-профилактических учреждений, отделений и отдельных врачей содержащихся в периодической учетной и отчетной документации. Деятельность каждого типа лечебно – профилактических учреждений и отдельных врачей по участкам оценивается по специальным статистическим показателям и анализируется путем сравнения полученных данных с данными предыдущего года, нормативами, средними данными по республике или области (району), участкам. Для обеспечения получения полных, точных, единообразных медико-статистических данных в работе с учетной и отчетной документацией должны соблюдаться следующие условия:

1. Единство программы учета и сводки.
2. Единство показателей и методики их получения.
3. Единство сроков составления документов и представления отчетов.

4. Унификация понятий, определений, терминов.

5. Строгая статистическая дисциплина в медицинских учреждениях.

Во всех лечебно-профилактических учреждениях ведется унифицированная для однотипных учреждений документация, которая утверждена Министерством здравоохранения и Департаментом статистики республики Узбекистан. Вся документацию медицинских учреждений можно условно разделить на следующие группы:

**1. Оперативная документация**, необходимая в повседневной работе врача (история болезни, амбулаторные карты);

**2. Оперативно-учетная документация**, необходимая в повседневной работе учреждений и одновременно используемая для учета (талон на прием к врачу, листок нетрудоспособности, извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении; контрольная карта диспансерного наблюдения, книги и журналы — книга вызовов врача на дом, журнал регистрации инфекционных заболеваний и др.);

**3. Учетная документация**, периодически обобщающая данные по отдельным разделам работы (дневник врача, сводная ведомость учета заболеваний, сводная ведомость подлежащих диспансерному наблюдению и т. д.);

**4. Отчетная документация** (годовой отчет ЛПУ Ф.30, отчет о профилактических прививках Ф 086 и др.)

**Основными документами, заполняющимися в амбулаторно - поликлинических учреждениях являются:**

№	Наименование документа	№ формы	Срок хранения
1	Медицинская карта амбулаторного больного	025/у	20 лет
2	Талон на прием врачу	025-4/у	1 год
3	Статистический талон регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2/у	До конца года
4	Направление на консультацию во вспомогательные кабинеты	026/у	до 1 года
5	Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/у	5 лет
6	Книга записей вызовов врача на дом	031/у	1 год
7	Журнал записи родовспоможения на дому	032/у	5 лет

8	Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/у	5 лет
9	Журнал учета санитарно-просветительной работы	038/у	1 год
10	Дневник работы врача поликлиники, (амбулатории), диспансера, консультации	039/у	1 год
11	Дневник работы и среднего медицинского персонала поликлиники, амбулатории, консультации, здравпункта, ФАП.	039 - 1/у	1 год
12	Карта подлежащего периодическому осмотру	046/у	1 год
13	Список лиц, подлежащих целевому медицинскому осмотру	048/у	1 год
14	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакцией на прививку	058/у	1 год
15	Журнал записи амбулаторных операций	059/у	5 лет
16	Справки для получения путевки	069/у	1 год
17	Сводная ведомость учета, заболеваний, зарегистрированных в данном учреждении	071/у	1 год
18	Санаторно-курортная карта	072/у	1 год
19	Журнал регистрации амбулаторных больных	074/у	1 год
20	Направление в ВТЭК	0/88у	3 года
21	Извещение о больном впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	0/90у	5 лет
22	Извещение о больном впервые в жизни установленном диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания	0/89у	5 лет
23	Индивидуальная карта беременной и роженицы	111/у	5 лет
24	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/у	5 лет
25	Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/у	1 год
26	Медицинское свидетельство о смерти	106/у	25 лет
27	Фельдшерская справка о смерти	106-1/у	1 год
28	Свидетельство о перинатальной смерти	106-2/у	1 год
29	Карта профилактических прививок	063/у	5 лет
30	Журнал учета инфекционных заболеваний	060/у	1 год
31	История развития ребенка	112/у	25 лет

32	Медицинская карта ребенка	126/у	10 лет
33	Отчет о профилактических прививках	086/у	1 год
34	Рецепт (взрослый, детский)	107/у	1 год
35	Рецепт специальный	107-1/у	1 год
36	Направление на анализ	200/у	1 год
37	Рабочий журнал лабораторных исследований	251/у	1 год
38	Тетрадь записи беременных	075/у	1 год
39	История развития новорожденного	097/у	25 лет
40	Извещение о побочном действии лекарственного препарата	091/у	1 год
41	Сводная ведомость учета заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению	271/у	1 год
42	Листок нетрудоспособности.		1 год
43	Книга, назначенных на госпитализацию	034/у	1 год
44	Процедурный лист	029/у	1 год

Основные задачи по организации статистического учета и отчетности в медицинских учреждениях возложены на **«Кабинет медицинской статистики»**, который имеется практически в каждом лечебно – профилактическом учреждении. Возглавляет такой кабинет обычно врач статистик. Основными задачами данного кабинета можно считать:

- Обеспечение руководства учетно – оперативной информацией о деятельности всего учреждения или его подразделений,
- Сбор информации по заданию руководства учреждения по различным вопросам количественной и качественной деятельности лечебно – профилактических учреждения,
- Подготовка отчетов, планов и других документов для получения лицензии, сертификации деятельности и т.д.
- Обеспечение учреждения бланками учетно – отчетной документации и их хранение,
- Проведение инструктажа среди коллектива учреждения о порядке заполнения и использования учетно – отчетной документации,
- Контроль за правильностью заполнения и использования учетно – отчетной документации и др.

Одним из наиболее важных разделов работы медицинской статистики в поликлинике является учет работы участковых ВОП и других врачей на приеме и помощи больным на дому, а также изучение на основании учетной документации здоровья населения территориальных участков и в первую очередь заболеваемости по данным обращаемости в поликлинику. Задача улучшения медицинской помощи населению требует от участкового ВОП знания основ медицинской статистики и организации статистического учета, умения анализировать статистические данные и на основе этого анализа совершенствовать свою деятельность, разрабатывать мероприятия по улучшению медицинской помощи населению участка.

При планировании работы ВОП в поликлинике и СВП используются определенные нормы нагрузки. Нагрузка врача на приеме рассчитывается исходя из нормы приема 5 больных в час и нормы затрат времени на посещение больных на дому — 30 минут на 1 посещение или 2 посещения больных в час. Для контроля за выполнением врачами норм нагрузки и статического учета посещений в поликлинике и на дому служит «Дневник врача» (учетная форма № 0 39у). Дневник врача заполняется ежедневно на основании разработки заполненных за день талонов на прием к врачу (учетная форма № 25- 4у) и данных «Книги вызовов врачей на дом» (учетная форма № 031у).

В настоящее время существует две системы заполнения дневников врача:

1. Дневник заполняется лично участковым врачом в конце рабочего дня и сдается в регистратуру.

2. Дневник заполняется работником регистратуры (или медицинским статистиком) на основе сданных в регистратуру участковым ВОП талонов на прием к врачу и записей, сделанных в книге вызовов врачей на дом.

Учет работы участкового врача (посещений в поликлинике и помощи на дому) представляет собой по существу статистическое исследование, которое включает этапы: составления плана и программы исследования, **статистической** регистрации, разработки и сводки данных, статистического анализа, и строится по общим правилам организации и проведения санитарно-статистического исследования.

**1. этап исследования** — составление плана и программы статистического изучения посещений больными поликлиники и помощи на дому, осуществляется Министерством здравоохранения и Департаментом статистики Узбекистана. Ими составлены учетные документы (тalon на прием к врачу ф. № 025-4у и книга вызовов врачей на дом), макеты статистических таблиц для разработки данных (дневник врача и таблицы №№ 1 и 2 раздела II годового отчета лечебно-профилактического учреждения ф. № 30).

**2. этап исследования** - статистическая регистрация (заполнение талонов на прием к врачу и книги вызовов врачей на дом), осуществляется средним медперсоналом поликлиники под руководством врачей. Талоны на прием к врачу могут заполняться регистратурой при

записи больного на прием, выдаваться на руки больному и сдаваться больным медицинской сестре на приеме. При самозаписи или повторном посещении талоны на прием заполняются медицинской сестрой на приеме. Книга записи вызовов врачей на дом заполняется регистратурой.

**3. этап исследования** — разработка материала (группировка, сводка, счетная обработка). Проводится участковым врачом и медицинским статистиком поликлиники в соответствии с группировками, указанными в статистических таблицах (дневник врача и таблицы №№ 1 и 2 раздела II годового отчета лечебно-профилактического учреждения ф. № 30).

**4. этап исследования** — статистический анализ, проводится каждым участковым врачом для совершенствования организации своей работы, выявления наиболее напряженных периодов работы по приему больных и помощи на дому. В соответствии с выявленной нагрузкой врачом планируются другие разделы работы (профилактические осмотры, диспансеризация, пропаганда здорового образа жизни и т. д.).

Анализ работы всех врачей проводится заведующими отделениями и главными врачами поликлиник, он является основой для рационального планирования и совершенствования организации амбулаторно-поликлинической помощи. Для совершенствования организации лечебно-профилактической работы участковый ВОП должен регулярно проводить анализ заболеваемости жителей участка. Все документы для регистрации заболеваемости по данным обращаемости заполняет врач, выявивший заболевание или медицинская сестра под диктовку врача.

### ***Заболеваемость по данным обращаемости включает в себя:***

1. Общую и первичную заболеваемость, которая изучается по следующим документам **«Индивидуальная карта амбулаторного больного»**, в которой имеется «Лист уточненных диагнозов», который позволяет проводить полицейской учет заболеваемости по данным обращаемости в медицинское учреждение, выделять лиц длительно и часто болеющих, требующих особого внимания ВОП. Регистрируя заключительный (уточненный) диагноз путем заполнения «Статистического талона для регистрации уточненных диагнозов» (Ф. №025-2у), врач должен в обязательном порядке вписать зарегистрированное заболевание в «Лист уточненных диагнозов» индивидуальной карты амбулаторного больного (Ф. № 025у), это обеспечит полноту учета заболеваний.

**2. «Статистический талон для записи заключительных (уточненных) диагнозов»** (Ф. № 025-2у) заполняется на каждый случай выявленного врачом острого заболевания со знаком (+), на каждый случай впервые выявленного врачом хронического заболевания со знаком (+), а также при первом обращении в текущем календарном году по поводу ранее выявленного хронического заболевания со знаком (-).

При изучении общей заболеваемости (распространенности, болезненности) по данным обращаемости учитываются все заполненные в

течение года статистические талоны для записи заключительных диагнозов (и со знаком « + » и со знаком «—»).

При изучении первичной заболеваемости населения по данным обращаемости учитываются заполненные статистические талоны для записи заключительных диагнозов только на заболевания впервые выявленные в течение года (со знаком « + »).

При анализе заболеваемости по данным обращаемости необходимо учитывать факторы, с которыми связана полнота получения сведений: доступность медицинской помощи, обеспеченность врачами, возможность и желание населения обращаться за медицинской помощью по месту жительства и в специализированные учреждения, медицинской активностью населения и уровнем его санитарной культуры и др. Информация о общей заболеваемости дает возможность рассчитать следующие основные показатели: это

- Показатель общей заболеваемости (болезненность) =

Совокупность всех зарегистрированных за год заболеваний как, впервые выявленных, так и зарегистрированных в прошлые годы, по поводу которых больные вновь обратились в данном году \* 1000

среднегодовая численность населения

- Показатель первичной заболеваемости (заболеваемость) =

число вновь выявленных в данном году заболеваний \* 1000

среднегодовая численность населения

- Структура первичной и общей заболеваемости по заболеваниям, возрасту, полу, социальной принадлежности в % к числу выявленных заболеваний соответственно.

## ***II. Инфекционная заболеваемость***

Единицей учета является каждый случай эпидемического заболевания или при подозрении на него. Инфекционная заболеваемость в основном изучается центрами сан – эпид. надзора, однако может быть при необходимости изучена и в пределах своего участка ВОП. Основная масса инфекционных заболеваний о которых Государственные Центры санитарно – эпидемиологического надзора получают обязательную информацию изучается на основании **«Экстренного извещения об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении и нетипичной реакции на прививку» (Ф № 058у)**, которое, медицинский работник обязан составить в случае выявления или при подозрении на следующие заболевания: брюшной тиф, паратифы, дизентерия, энтериты, туляремия, сибирская язва, бруцеллез, дифтерия, корь, коклюш, менингит, энцефалит, инфекционный гепатит, скарлатина,

столбняк, полиомиелит, бешенство, риккетсиозы (включая сыпной тиф), малярия, лептоспироз и т.д. Извещение отсылается в ГЦСЭН по месту выявления больного не позже чем через 6 часов с момента выявления заболевания в городе и 12 часов в сельской местности. Для контроля движения извещений в лечебно-профилактических учреждениях и ГЦСЭН имеются специальные журналы «Регистрации инфекционных больных» (Ф № 60-леч и 60-СЭС), в которых ведется учет отправленных и полученных извещений. Для изучения инфекционной заболеваемости используются также данные «Карт эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания» Ф357 у, которые заполняются врачом эпидемиологом ЦСЭН и отчета «О движении инфекционных заболеваний» Ф.- 85 инф., составляемые ежемесячно ГЦСЭН. Информация об инфекционной заболеваемости обрабатывается по следующим основным показателям:

- Частота выявления инфекционных заболеваний всего и по основным группам заболевания =

$$\frac{\text{число заболеваний всего или данной нозологической формы} * 100000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

- Сезонность по месяцам, анализируются как абсолютные данные (динамические кривые) так и помесечные показатели.

- Частота госпитализации =

$$\frac{\text{число, госпитализированных по данной причине} * 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

- Охват госпитализацией =

$$\frac{\text{число, госпитализированных с данным заболеванием} * 100}{\text{Число зарегистрированных больных с данным диагнозом}}$$

- Очаговость =

$$\frac{\text{число заболеваний всего или данной нозологической формы}}{\text{Число зарегистрированных очагов инф. заболеваний}}$$

### ***III. Важнейшая неэпидемическая заболеваемость.***

Как правило, эти заболевания требуют раннего выявления, всестороннего обследования, взятия их на диспансерный учет, постоянного наблюдения и специального лечения, а также выявление контактов. К такому специальному учету подлежат: туберкулез, микозы ( трихофития, микроспория, фавус, чесотка ) венерические заболевания, лепра, трахома, психические расстройства, рак и другие злокачественные новообразования. При подозрении на данное заболевание врач сигнализировать в соответствующие

диспансеры с помощью «Извещение о больном туберкулезом, сифилисом, трихофитией ...» Ф№089у и «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рак и другие злокачественные новообразования» Ф№090у. Инструкция по заполнению извещения и перечень заболеваний, при которых оно заполняется, даются на обороте документа. В диспансере при подтверждении диагноза больной берется под наблюдение, здесь формируется алфавитная картотека, служащая для полноты учета сведений о больных. Составляются также отчеты о вновь выявленных больных с соответствующими заболеваниями, представляемые в вышестоящие учреждения и ГЦСЭН один раз в полугодие и один раз в год. Полученная информация служит для расчета показателей, анализ которых позволяет знать не только уровень распространенности данных заболеваний среди всего населения и его отдельных групп, но и разрабатывать и осуществлять меры профилактики.

#### ***IV. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)***

Единицей учета заболеваемости является каждый случай утраты трудоспособности, при котором работающий обратившись к врачу, получает «Листок нетрудоспособности» или больничный лист. Этот документ и является основной формой учета и изучения данного вида заболеваемости. Получив «Листок нетрудоспособности», работник приносит его в администрацию предприятия, учреждения или организации и затем этот документ переходит в ведение профсоюзной организации для составления «Отчета о временной нетрудоспособности» Ф16 ВН. Эта форма предназначена для оперативных целей учета и анализа временной нетрудоспособности работающих. Отчет содержит информацию о причинах, случаях и днях нетрудоспособности. Основными показателями ЗВУТ являются :

1. Число дней на 100 работающих = 
$$\frac{\text{Число дней утраты трудоспособности} * 100}{\text{среднегодовая численность работающих}}$$
2. Число случаев на 100 работающих = 
$$\frac{\text{Число случаев утраты трудоспособности} * 100}{\text{среднегодовая численность работающих,}}$$
3. Средняя длительность одного случая = 
$$\frac{\text{Число дней утраты трудоспособности}}{\text{Число случаев утраты трудоспособности}}$$
4. Структура дней и случаев по причинам = 
$$\frac{\text{Число дней(случаев) утраты трудоспособности по данной причине}}{\text{Число всех дней (случаев) утраты трудоспособности}}$$
- % больных лиц =
5. 
$$\frac{\text{Число лиц фактически терявших трудоспособность за год} * 100}{\text{среднегодовая численность работающих}}$$

$$\text{6.\% здоровых лиц ( индекс здоровья) } = \frac{\text{Число лиц ни разу не потерявших трудоспособность за год} * 100}{\text{среднегодовая численность работающих}}$$

Эти же показатели используются при оценке эффективности диспансеризации, но тогда они рассчитываются по отношению к среднегодовому числу диспансеризуемых.

#### ***V. Заболеваемость по данным медицинских осмотров.***

Этот вид учета заболеваемости широко применяется среди контингентов лиц подлежащих постоянному диспансерному наблюдению. Этот метод требует больших финансовых затрат, чем изучение заболеваемости по данным обращаемости, но он позволяет учесть заболевания находящиеся в скрытом, латентном периоде и на ранних стадиях развития. Основными документами позволяющими изучать данный вид заболеваемости являются: « Список лиц подлежащих осмотру», « Карта профилактического осмотра», « Контрольная карта диспансерного наблюдения». Основными показателями для анализа данного вида заболеваемости являются следующие:

- **Заболеваемость по данным медицинских осмотров (параженность)**  

$$= \frac{\text{число заболеваний выявленных при мед. осмотре} * 1000}{\text{общее число осмотренных}}$$
- Структура контингентов, прошедших осмотр по заболеваниям, возрасту, социальной принадлежности, группам здоровья в % к числу осмотренных.

**VI. Инвалидность**- это длительная потеря или значительное ограничение трудоспособности ее всестороннее изучение важно не только для характеристики здоровья населения, так и для сохранения трудовых ресурсов. Определяет выход на инвалидность и ее тяжесть специализированное учреждение врачебно – трудовая экспертная комиссия ( ВТЭК). Лечебно – профилактические учреждения анализируют причины выхода на инвалидность. Информацию о составе лиц впервые признанных инвалидами и находящихся на инвалидности, о характере и распространенности причин приведших к инвалидности можно получить разрабатывая следующую документацию « Акт освидетельствования во ВТЭК», « Статистический талон к акту освидетельствования во ВТЭК», « Годовой отчет ВТЭК», заполняемые во ВТЭК и «Направление во ВТЭК » Ф № 088у, которые заполняются в лечебно – профилактическом учреждении. Основными показателями для анализа инвалидности являются следующие:

- **Первичная инвалидность**  

$$= \frac{\text{число работающих, впервые признанных инвалидами} * 1000}{\text{Общая численность работающих}}$$

- **Общая инвалидность( контингенты инвалидов) =**

Число лиц получающих, пенсии, пособия по инвалидности \*1000

Общая численность работающих

- Структура первичной и общей инвалидности по заболеваниям, возрасту, социальной принадлежности, группам инвалидности в % к числу впервые признанных инвалидами или контингентам инвалидов соответственно.

**VII. Заболеваемость по данным о причинах смерти.** Источниками изучения данного вида заболеваемости являются следующие документы « Врачебное свидетельство о смерти» Ф №106у, « Врачебное свидетельство о перинатальной смерти» Ф №106 – 4, выдаваемые врачом поликлиники, ГВП и СВП, стационара, патологоанатомом или судебно – медицинским экспертом. « Фельдшерская справка о смерти » для изучения заболеваемости не применяется, а используется только для изучения общей смертности. Изучение этого вида заболеваемости позволяет выделить группу тяжелой патологии наиболее часто приводящей к смерти.

1. Общий показатель смертности =

$$\frac{\text{Число умерших за год} * 1000}{\text{Средняя численность населения}}$$

Средняя численность населения

2. Повозрастной показатель смертности =

$$\frac{\text{Число умерших в данной возрастной группе} * 1000}{\text{Численность населения в данной возрастной группе}}$$

Численность населения в данной возрастной группе

3. Аналогично рассчитываются показатели смертности по полу, профессиям и др. признакам.

4. Смертность от отдельных причин =

$$\frac{\text{Число умерших от данного заболевания} * 1000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

Среднегодовая численность населения

5. Структура смертности по причинам

$$= \frac{\text{Число умерших от данного заболевания} * 100}{\text{Общее число умерших}}$$

Общее число умерших

Кроме показателей заболеваемости, инвалидности и смертности работу врача в поликлинике и необходимую информацию для планирования лечебных и профилактических мероприятий на участке или СВП может предоставить анализ следующих статистических показателей.

1. Обеспеченность врачами населения в районе поликлиники или СВП =  $\frac{\text{число занятых врачебных должностей} * 10000}{\text{среднегодовое число населения}}$

В среднем по республике этот показатель в настоящее время равен 26,8 врачей на 10000 населения

2. Обеспеченность амбулаторной помощью =  
$$\frac{\text{число посещений врачей поликлиники}}{\text{среднегодовое число населения}}$$

В среднем на одного жителя в год приходится 8,7 посещения к врачам в целом включая профилактические посещения.

3. % посещений к врачам различных специальностей =  
$$\frac{\text{число посещений к врачам данной специальности} * 100}{\text{общее число посещений поликлиники}}$$

4. Укомплектованность штатов =  
$$\frac{\text{Число занятых врачебных должностей} * 100}{\text{Число штатных врачебных должностей}}$$

В среднем по республике этот показатель в настоящее время равен 96,8 – 97%

5. Процент посещения поликлиники сельскими жителями =  
$$\frac{\text{число посещений сельскими жителями} * 100}{\text{общее число посещений поликлиники}}$$

6. Число посещений на час работы одного врача =  
$$\frac{\text{число посещений к врачам за год}}{\text{число фактически проработанных часов по графику}}$$
  
Этот показатель для врача общей практики составляет около 6000 посещений за год или 21 посещение в день.

7. % выполнения плана посещений в поликлинику  
$$\frac{\text{Число фактических посещений в поликлинику за год} * 100}{\text{Число посещений в поликлинику за год по плану}}$$

8. Удельный вес профилактических посещений в общем числе посещений  
= 
$$\frac{\text{число профилактических посещений} * 100}{\text{общее число посещений поликлиники}}$$

9. Число посещений, на 1 зарегистрированное заболевание =  
$$\frac{\text{общее число посещений поликлиники по поводу заболеваний}}{\text{Число зарегистрированных заболеваний}}$$

10. Объем помощи на дому =  
$$\frac{\text{Число посещений на дому} * 100}{\text{Общее число посещений}}$$

11. Полнота охвата профилактическими осмотрами =  
$$\frac{\text{Число осмотренных} * 100}{\text{Число подлежащих осмотру}}$$

12. Полнота охвата диспансеризацией =  
$$\frac{\text{Число состоящих на диспансерном учете} * 100}{\text{Число зарегистрированных больных}}$$

*Число состоящих на диспансерном учете, определяется как, (число больных данной нозологической формой, состоящих на диспансерном наблюдении на начало года) + (вновь взятые под наблюдения в течение года) – (ни разу не явившиеся в течение года)*

13. Своевременность взятия на диспансерный учет =

Число больных взятых под наблюдение из числа первичных больных \* 100

Число впервые зарегистрированных больных с данным заболеванием

- *Своевременная диспансеризация – это взятие на учет больного в течение первых 3 месяцев с момента постановки диагноза.*
- *Отсроченная диспансеризация – это взятие на учет больного в течение первых 6 месяцев с момента постановки диагноза.*
- *Поздняя диспансеризация – это взятие на учет больного позже 6 месяцев с момента постановки диагноза.*

15. Мероприятия, проведенные в целях оздоровления =

Число лиц прошедших оздоровление \* 100

Число больных нуждающихся в данном мероприятии

16. % случаев смерти на дому =

Количество умерших на дому \* 100

Общее количество случаев смерти

14. % расхождения диагнозов поликлиники и стационара =

Число ошибочных диагнозов поставленных в поликлинике \* 100

Число диагнозов, поставленных в стационаре

---

## **6. 2 Практическая часть**

Студенты должны предварительно посетить близлежащую семейную поликлинику для ознакомления с ее работой и составления отчета по работе ВОП, провести опрос по удовлетворенности населения организацией медицинской помощи в семейной поликлинике по специальной анкете.

Действие студентов **по шагам**:

1. Ознакомление со структурой семейной поликлиники (СВП).
2. Ознакомление с работой врача общей практики на участке.
3. Ознакомление с учетно-отчетной документацией, с которой работает ВОП.
4. Опрос пациентов и населения близлежащей территории по вопросам удовлетворенности их медицинским обслуживанием.

5. Оформление отчета об организации работы семейной поликлиники, в т.ч. ВОП.

### **6.3 Аналитическая часть**

- Изучить образцы первичной документации, используемой в СВП или семейной поликлинике
- Решив ситуационную задачу провести анализ работы ВОП или качественных и количественных показателей СВП и СП.

### **6.4 Используемые на занятии новые педагогические технологии**

1. Осуществляется по принципу деловой игры «Снежки». Группа подразделяется на две подгруппы с числом студентов по 6-7 человека в каждой. Каждой группе предлагается сформулировать вопросы по заданной теме и правильные, по их мнению, ответы на поставленные вопросы. Результаты работы записываются в практической тетради каждого студента. После чего лидеры групп задают по одному заготовленному вопросу противникам. В формулировании ответа участвует вся группа «противника» и лидер группы дает ответ, а затем перебрасывает свой вопрос. С обеих групп должно прозвучать не менее 8-10 вопросов, не требующих пространных ответов. Если группа противника затрудняется с ответом, предлагается собственный вариант ответа. Студенты другой групп совместно с педагогом оценивают ответ. Оценка выставляется с учетом правильности формулировок, логичности ответа и числа допущенных ошибок. Все студенты подгруппы получают одинаковые оценки. Оценка выставляется по 100 бальной системе (100 – 86 – отлично; 85- 71 хорошо; 71 – 55 удов; менее 54 не удовлетворительно). Оценка выставляется в тетрадь каждому студенту и суммируется с баллом за устный ответ, методом простой средней выставляется в журнал.

2. «Метод синектики» Данный метод активизирует мыслительную деятельность студентов не только отвечающего студента, но и других членов группы. Виды аналогии в методе синектики : прямая (как решаются проблемы похожие на данную), личная (войти в образ искомого и рассуждать с его точки зрения), символическая (дать в нескольких словах образное определение сути проблемы), фантастическая (как бы эту проблему решили придуманные персонажи). Студентам дается на обсуждение несколько ситуаций:

1. Чтобы Вы предприняли для оптимизации организации работы на участке, если бы работали ВОП?
2. Чтобы Вы предприняли для изучения всех видов заболеваемости на территории деятельности СВП, если бы работали ВОП?
3. Чтобы Вы предприняли для профилактики заболеваний среди населения, если бы работали главным врачом поликлиники или СВП?
4. Чтобы Вы предприняли для профилактики заболеваний среди населения, если бы работали заведующим СВП?

5. Какие мероприятия проводили бы для повышения информативности учетно – оперативной работы в СВП синектики? и т.д.

## 8. Критерии уровня оценок текущего контроля

Уровни оценок	Рейтинг баллы	Критерии оценок
Отлично 86-100%	96-100 %	Ответы оригинальны, логически обоснованы, отвечаю всем требованиям программы, использует дополнительные сведения (интернет, журналы и т.д.). принимает активное участие в обсуждении темы, в решении ситуационных задач с их анализом и объяснениями.
	91-95 %	Ответы правильные с интересными примерами(в пределах программы), студент принимает активное участие в обсуждении темы, решении ситуационных задач с их полным анализом.
	86-90 %	Ответы правильные в соответствии с требованиями программы, но в пределах учебной литературы, решение ситуационных задач правильное в полном объеме с элементами анализа.
Хорошо 71-85,9 %	81-85,9 %	Ответы правильные в соответствии с требованиями программы. Решение ситуационных задач с объяснениями, возможны небольшие погрешности.
	76-80 %	Ответы в пределах учебника, возможно некоторое затруднение в формулировке. В обсуждении темы и решении ситуационных задач менее активен, возможны небольшие погрешности в ответах.
	71-75,9 %	Ответы с некоторыми ошибками. Не активен в обсуждении темы, в решении ситуационных задач возможны логические или математические ошибки в 20 % случаев.
Удовлетворительно 55-70,9 %	65-70,9 %	Ответы среднего уровня с неточностями. Пассивен в обсуждении темы, при решении ситуационных задач возможно до 30 % ошибок, однако ведет аккуратно записи в тетради.
	55-64,9 %	Слабое знание теоретического вопроса, ответы неполные, с неточностями. Пассивен в обсуждении темы и решении ситуационных задач, возможно до 40% ошибок на поставленные вопросы.
Не удовлетворительно 40-55 %	50-54,9 %	Ответы не правильные, невнимательно слушает, задачи решены на половину, не аккуратен.
	40-49,9 %	Не отвечает, невнимателен, не принимает участие в обсуждении темы и решении задач.

## 9.Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Форма работы	Продолж-ть
1.	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		10 мин
2.	Обсуждение темы занятия, оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий	Опрос	35 мин
3.	Подведение итогов обсуждения темы		10 мин
4.	Ознакомление студентов с основными функциями СВП и задачами ВОП, его квалификационной характеристикой	Объяснение	90 мин
5.	Работа с раздаточным материалом. Самостоятельная работа студентов по полученным заданиям.	Самостоятельная работа	90 мин
6.	Консультирование студентов по ходу выполнения задания, помощь при оформлении отчета	Инструктаж преподавателя	10 мин
7.	Доложить результаты самостоятельной работы	Проверка результатов самостоятельной работы	45 мин
8.	Заключение преподавателя. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе. Домашнее задание к следующему занятию.	Информация преподавателя	10 мин
<b>ИТОГО</b>			<b>300 мин</b>

## 10. Контрольные вопросы

- Что явилось причиной введения института общеврачебной практики?
- Какие примеры организации общеврачебной практики в различных странах вы знаете?
- Какие законодательные акты легли в основу реформирования системы первичной медико – санитарной помощи в Узбекистане?
- Особенности организации общеврачебной практики в Узбекистане?
- Организация работы ВОП в семейной поликлинике и СВП?
- Какие факторы влияют на организацию работы ВОП в семейной поликлинике и СВП?
- Нормы нагрузки и график работы ВОП в семейной поликлинике и СВП?
- Основные права ВОП в семейной поликлинике и СВП?
- Основные задачи ВОП в семейной поликлинике и СВП?

- Какие основные элементы диспансеризации вы знаете?
- Контингенты и группы диспансеризации?
- Какое значение имеет статистика и учет в деятельности врача общей практики?
- Назовите основные формы учетно – оперативной документации, используемые ВОП?
- Какие показатели характеризуют заболеваемость на территории деятельности семейной поликлиники?
- Какие показатели характеризуют количественную и качественную сторону диспансеризации?
- Какие показатели характеризуют количественную и качественную сторону деятельности семейной поликлиники?

### **11. Задания для самостоятельной работы.**

Роль ВОП в оздоровлении населения

Роль ВОП в профилактике различных заболеваний

### **12. Раздаточный материал**

- Ежегодные статистические сборники МЗ РУз.
- Первичная медицинская документация используемая в СВП и СП.
- Ситуационные задачи (10 вариантов).

Вариант №1 Врач выявил у больного Ибрагимов Азиза, 17 лет, сотрясение головного мозга. Больной постоянно проживает по адресу: Чиланзарский район кв.2, д. 14 кв15. Алгоритм действия врача. Должен ли врач заполнить статистический талон для регистрации, заключительных (уточненных) диагнозов? Если да, то заполните талон.

Вариант № 2. При обследовании в СВП у больной Абдуллаевой Рано Шариповны, 38 лет, был выявлен острый холецистит. Ранее больная лечилась в районной больнице по поводу гастрита. Больная постоянно проживает в селе, в районе обслуживания СВП. Алгоритм действия врача. Должен ли врач, поставивший диагноз, заполнить статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов? Если должен, то заполните талон.

Вариант № 3. Ильин Сережа 3-х лет был на приеме. Выявлен острый отит слева. Ребенок проживает в другом районе по адресу: площадь Хамида Алимжана, д. 8, кв. 4. Заболел у бабушки. Алгоритм действия врача. Должен ли врач, выявивший заболевание, заполнить статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов? Если должен, заполните статистический талон.

Вариант № 4. Больная Исаева Адолят Исаевна, 48 лет, постоянно проживающая в городе, в районе обслуживания поликлиники, состоящая на диспансерном учете по поводу экземы, обратилась в поликлинику вторично в текущем году. Поставлен диагноз — обострение экземы, трофическая язва правой голени. Раньше по поводу трофической язвы не обращалась. Проживает по адресу: ул. Новомосковская, д. 17/2, кв. 40,

работает на прикрепленном предприятии. Алгоритм действия врача. Должен ли врач, принимавший больную, заполнить статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов? Если должен, заполните статистический талон.

Вариант № 5. ВОП в семейной городской поликлинике № 1 при посещении на дому больного Смирнова Андрея Валериановича, 16 лет, выявил у него эпидемический гепатит, диагноз подтвержден лабораторно в 14 ч 30 мин 8/XI—2008г. Больной проживает в районе обслуживания поликлиники, учится в техникуме связи. Телефонogramму в ГЦСЭН передала медицинская сестра Муминова М. С. в 15 ч 20 мин 8/XI—2008 г. В ГЦСЭН сообщение принял дежурный фельдшер Абдурахманова А. Ф. Алгоритм действия врача. Какие статистические документы должен заполнить врач? Заполните соответствующие документы.

Вариант № 6. Врач центральной районной поликлиники Янгиюльского района выявил у больного Нарходжаева Абдуллы Муминовича, 62 лет, рак пищевода. Больной проживает в кишлаке Ок-Су по адресу: ул. Навои, д. 6. Диагноз подтвержден рентгенологически. Ранее по поводу заболевания больной за медицинской помощью не обращался. Алгоритм действия врача. Какие статистические документы должен заполнить врач. Заполните соответствующие документы.

Вариант № 7. Больной Солодов Андрей Васильевич, 34 лет, постоянно проживающий в городе, в районе обслуживания семейной поликлиники, состоящий на диспансерном учете по поводу язвенной болезни желудка, обратился в поликлинику второй раз в текущем году. Поставлен диагноз — грипп, обострение язвенной болезни. Проживает по адресу: ул. Зебо Хуснутдиновой д. 17 кв. 2 работает на прикрепленном предприятии. Алгоритм действия врача. Должен ли ВОП, принимавший больного, заполнить статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов? Если должен, заполните статистический талон.

Вариант № 8. Абдурахимова Мавлюда Абдурахимовна, 55 лет, состоящая на диспансерном учете, оперированная по поводу рака шейки матки, обратилась к врачу для оформления санаторно-курортной карты. При осмотре врачом поставлен диагноз — состояние после ампутации матки с придатками, хронический гепатит. Больная постоянно проживает в городе, в районе обслуживания поликлиники по адресу: ул. Хумаюн, д. 25, кв. 20. В текущем году была в поликлинике один раз, диагноз гепатита ранее не ставился. Алгоритм действия врача. Должен ли ВОП, осматривающий больную, заполнить статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов? Если должен, заполните статистический талон.

Вариант № 9. Врач СВП выявил у больного Рахманова Музафара Абдулаевича, 30 лет, пневмонию. Больной постоянно проживает по адресу: поселок Караташ, д. 8, ранее по поводу пневмонии за медицинской помощью не обращался. Алгоритм действия врача. Должен ли врач заполнить статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов? Если да, заполните талон.

Вариант № 10. При обследовании в городской поликлинике у больной Сергачевой Анастасии Ильиничны, 40 лет, был выявлен туберкулез правой почки. Ранее больная лечилась в районной больнице по поводу пиелонефрита. Диагноз снят. Больная постоянно проживает в районе обслуживания поликлиники по адресу: Ул Абая, д. 5. кв. 15. Алгоритм действия врача. Какие документы должен заполнить врач, поставивший диагноз? Если должен, заполните их.

---

## ЛИТЕРАТУРА.

1. «Статистический сборник о деятельности учреждений здравоохранения в Республике Узбекистан за 2004 - 2007 годы» Информационный статистический сборник. Под. ред. Мин. здрав. РУз. Ф.Г. Назирова Ташкент 2008 г. с.301.
2. Здоровье населения в Республике Узбекистан в 1994-1995 годы и некоторые итоги реформы здравоохранения. Под. ред. Мин. Здрав. РУз Ш.И. Каримова. Ташкент 1996 г. с.158.
3. Конституция Республики Узбекистан.
4. Закон РУз «Об охране здоровья граждан» от 29.08.96 г.
5. Указы Президента РУз «О государственной программе реформирования системы здравоохранения РУз».
6. Санитария-статистик ва ижтимоий гигиеник тадқиқот услублари. Муалифлар. Т.И. Искандаров ва Б. Маматкулов Тошкент 1994 й. с 200.
7. Биологик статистикадан амалий машгулотлар учун услубий кулланма. (узбек ва рус тилида). Муалифлар. А.С. Бобожонов, доц. Л.И. Старцева ва бошқалар. Тошкент 1993 й. с 157.
8. Приказ Мин. Здрав. РУз №35 от 1995г. «Номенклатура учреждений здравоохранения».
9. Приказ Мин. Здрав. РУз №38 от 12.12.91г. и №635 от 10.09.96г. «Первичная медико-санитарная помощь».
10. Приказ Мин. Здрав. РУз №514 от 28.10.97г. «Городская поликлиника».
11. Приказ Мин. Здрав. РУз №123 от 26.02.99г. «Об организации деятельности махалинского (городского) врачебного пункта».
12. Приказ Мин. Здрав. РУз №100 от 27.02.97г. «О единстве основных принципов здравоохранения в РУз». Приказ Мин. здрав. РУз №464 от 30.05.96г. «Об организации СВП».

13. Приказ МЗ. РУз №213 ОТ 16.04.92Г. «Об утверждении первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».
14. Лисицин Ю.П., Полунина Н.В. «Общественное здоровье и здравоохранение» Москва. 2002 год.
15. В. С. Лучкевич «Основы социальной медицины и управления здравоохранением» Учебное пособие. — СПб: СПбГМА, 1997. — 184 с.
- Medinfo <http://www.doktor.ru/medinfo> <http://medinfo.home.ml.org>
16. E-mail: [medinfo@mail.admiral.ru](mailto:medinfo@mail.admiral.ru) or [medreferats@usa.net](mailto:medreferats@usa.net) or [pazufu@altern.org](mailto:pazufu@altern.org)
17. Русский Медицинский Сервер <http://www.rusmedserv.com>