

К ВОПРОСУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА В АМБУЛАТОРНО–ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

М.А. Позднякова, Т.А. Королева

ГОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия Росздрава»

В статье показана актуальность повышения эффективности диспансерного учета в учреждениях амбулаторно-поликлинического звена. Предложены новые учетные формы в целях совершенствования статистического учета диспансерного наблюдения. В свою очередь, это способствует улучшению взаимодействия узких специалистов и участковых терапевтов территориальной поликлиники и позволяет определить приоритет диспансеризации по той или иной нозологии для конкретного пациента.

Ключевые слова: диспансерный учет, амбулаторно-поликлинические учреждения.

Повышение эффективности диспансерного наблюдения остается сегодня одной из актуальных проблем современного здравоохранения, прежде всего в связи с высокой распространенностью хронических неинфекционных заболеваний среди населения, а также высокой социально-гигиенической значимостью проблем ранней инвалидизации и преждевременной смертности от болезней сердечно-сосудистой системы, нервной, костно-мышечной и др., включенных в перечень заболеваний диспансерного учета.

Для того, чтобы иметь возможность рационально планировать профилактические мероприятия в целях снижения частоты и удельного веса перечисленных заболеваний в структуре общей смертности и первичной инвалидности, необходимо широкое внедрение научно-обоснованных методик по совершенствованию диспансерного учета, тем более, что действующая нормативная база по данному вопросу разрабатывалась, в основном, несколько десятилетий назад и по ряду позиций требует обновления.

Проблема совершенствования диспансерного учета особенно широко обсуждалась в научной литературе в 70-ые - 80-ые годы прошлого века. Именно тогда родилось понятие автоматизированного диспансерного учета с использованием специальных анкет – скринингов и обработки полученных данных на компьютере с выдачей каждому индивиду персональных рекомендаций и направлений на обследования [4]. Эта система в целом, бесспорно эффективна с медицинской и экономической точки зрения, но крайне затратна, ведь для ее практического воплощения требуется закупка специального оборудования, обучение персонала, создание соответствующих подразделений в территориальных амбулаторно-поликлинических учреждениях. Между тем, учитывая ситуацию в современном здравоохранении, в условиях недостатка медицинских кадров и средств для создания специализированных рабочих мест, скрининговые программы не нашли широкой реализации повсеместно. На современном этапе, учитывая, что профилактика в целом, и диспансеризация в частности, являются главными

инструментами управления здоровьем населения, при объективной необходимости минимизации экономических и трудовых затрат, совершенствование диспансерного учета пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями остается актуальной задачей отечественного здравоохранения.

В целом, статистический учет и отчетность в области охраны здоровья граждан регламентированы Письмом Минздрава РФ от 28 апреля 2003г. N 2510/4460-03-32 и пункту 13 статьи 5 «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» в качестве единой федеральной системы, распространяющейся как на государственные, так и на негосударственные медицинские учреждения (организации).

Диспансерный учет в государственном амбулаторно-поликлиническом учреждении, как известно, является одним из направлений деятельности отдела или кабинета медицинской статистики. Здесь штатом предусмотрены должности врачей – статистиков и среднего медицинского персонала - медицинских статистиков. В последнее время многие ЛПУ выделяют самостоятельные должности операторов ЭВМ для обслуживания электронного оборудования и создания специальных компьютерных программ. Главной фигурой в организации диспансерного учета, несомненно, является врач, который, ведя свою деятельность на основе действующего законодательства, в своей работе руководствуется следующими нормативными документами, в том числе учрежденческого уровня:

- МКБ – 10 (3 тома).
- Информационно-методическим письмом "Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10) в практике отечественной медицины" (утв. Департаментом организации и развития медицинской помощи населению Минздрава РФ).
- Приказами по дополнительной диспансеризации.
- Должностной инструкцией врача – статистика.
- Другими нормативными документами, регламентирующими работу с программным обеспечением по поликлинике и специальные приказы по классификации категорий учета и их анализу.

Основной учетной формой, с которой работает врач-статистик амбулаторно-поликлинического учреждения, является талон амбулаторного пациента.

В настоящее время работают три основных нормативных акта федерального уровня, регламентирующих форму талона амбулаторного пациента, это:

1. Приказ Минздравмедпрома РФ от 3 июля 1995г. №194 "Об утверждении "Единого талона амбулаторного пациента". В целях «унификации форм государственной отчетности ЛПУ, работающих в условиях ОМС» вводит Единый талон амбулаторного пациента – форму 025-8/у-95, инструкцию по его заполнению.
2. Приказ Минздрава РФ от 3 сентября 2003г. №431 "Об утверждении учетной формы 025/у-11 "Талон амбулаторного пациента". В целях «унификации учета и полноты сведений, представленных ЛПУ, ведущих амбулаторный прием больных, а также для обеспечения формирования годовой статистической отчетности» вводит

форму 025/у-11 «Талон амбулаторного пациента», а также инструкцию по его заполнению.

3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 ноября 2004г. №255 "О порядке оказания первичной медико-санитарной помощи гражданам, имеющим право на получение набора социальных услуг". Вводит форму 025-12/у-04 «Талон амбулаторного пациента».

Кроме того, первичная медицинская документация может учитывать также региональные особенности.

Талон амбулаторного пациента как главная учетная форма заболеваемости по обращаемости важен для анализа диспансеризации в плане учета и регистрации посещений пациентов, стоящих на диспансерном учете. Автоматизированные программы поликлиник предусматривают много взаимосвязанных блоков – «Посещения», «Пациент» и др. Как показывает практика, проработка блока «Диспансеризация» все же недостаточна [5], и важен результат автономной обработки статистической информации по данному разделу.

В этой связи представляется актуальной разработка и внедрение нового программного компьютерного продукта, который бы позволял более детально анализировать и контролировать своевременность мероприятий по диспансерному наблюдению на основе имеющихся учетных форм.

Вместе с тем, утвержденная учетная форма Талона амбулаторного пациента не позволяет в полной мере добиться детализированной картины и в определенной мере также нуждается в доработке. Целью доработки в данном случае является снижение затрат рабочего времени участковой службы на оформление и анализ документации по диспансеризации как по конкретному пациенту, так и на всем участке в целом.

Следует разработать такую комплексную форму, которая позволила бы каждому практическому врачу оперативно и качественно проводить анализ своей профилактической деятельности [1], а руководителю учреждения - осуществлять сравнительный анализ работы врачей разных специальностей, оценивать результаты профилактической работы персонально по каждому врачу, определять перспективы развития ЛПУ, обоснованно и своевременно планировать вложения средств на ближайшие и долгосрочные перспективы.

В качестве новых учетных форм учрежденческого уровня, в целях совершенствования статистического учета диспансерного наблюдения, нами были разработаны соответствующие таблицы, которые предлагают анализ взаимосвязи следующих категорий:

- ✓ «Врач – Нозология».
- ✓ «Специальность – Нозология».
- ✓ «Нозология – Пациент».
- ✓ «Персонифицированный учет на участке».
- ✓ «Врач – Пациенты» (годы наблюдения).
- ✓ «Врачи – Пациент» (годы наблюдения).

Кроме того, нами было предложено внести определенные изменения в «Список диспансерных больных».

Предложенные изменения в целом помогают в решении вопроса совершенствования диспансерного учета пациентов, страдающих хроническими заболеваниями неинфекционной природы, что служит усилению взаимодействия узких специалистов и участкового терапевта территориальной поликлиники при

диспансеризации одной и той же патологии. Кроме того, предложенные учетные формы позволяют выявить приоритет диспансеризации по той или иной нозологии для данного пациента.

Разработанные меры апробированы на базе одного из многопрофильных ЛПУ г. Нижнего Новгорода и доказана их эффективность. В качестве следующего шага планируется внедрение специальной компьютерной программы персонифицированного наблюдения.

Резюмируя вышеизложенный материал, следует отметить, что решение задачи по совершенствованию диспансерного учета, как одной из важнейших составляющих медицинской статистики здоровья населения, требует дальнейшей научной разработки, на основе имеющегося опыта с учетом и современных условий.

ЛИТЕРАТУРА

1. Герасимов А.Н. Большие автоматизированные информационные системы в современной медицине / А.Н. Герасимов // Экономика здравоохранения. – 2007. - №11. – С. 85-88.
2. Короленко Н.А. Факторы, определяющие качество медицинских профилактических услуг семье с учетом принципа наблюдения в условиях обязательного медицинского страхования: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Н.А. Короленко. – Иваново, 2006. – 20 с.
3. Музыка Д.Ю. Организационно-методические подходы к повышению качества и эффективности профилактической работы врачей – терапевтов участковых в современных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.Ю. Музыка. – М., 2007. – 32с.
4. Щепин В.О. Диспансеризация населения в России / В.О. Щепин, О.Е. Петручук; под ред. О.П. Щепина. – М., 2006. – 325 с.
5. Эльянов М.М. Медицинские информационные технологии: Каталог. - М.: Третья медицина, 2006. - Вып. 6.- 320. с.- Электрон. дан.- Режим доступа: <http://www.armit.ru>.

TO A QUESTION OF THE PERFECTION OF THE DISPENSARY ACCOUNT IN OUT-PATIENT - POLYCLINIC ESTABLISHMENTS

M.A.Pozdnyakova, T.A. Koroleva

The urgency of increase of the efficiency of the dispensary account in establishments of an out-patient - polyclinic link is shown. New registration forms with a view of perfection of the statistical account of the dispensary supervision are offered. It promotes the improvement of interaction of narrow experts and local therapists of a territorial polyclinic and allows to define a priority of prophylactic medical examination on the nosology for the concrete patient.