Мiнiстерство освіти та науки України

Вищий навчальний заклад

«Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Кафедра фізичної реабілітації

РЕФЕРАТ

з дисципліни: Медико-соціальні основи здоров’я

На тему: Організація лікувально-профілактичного забезпечення дорослого населення

Київ

План

1. Управління Системою охорони здоров'я

. Організація лікувально-профілактичної допомоги працюючим на промислових підприємствах

1. Управління Системою охорони здоров'я

Однією з основних галузей охорони здоров'я є лікувально-профілактична справа, в якій задіяна більша частина медичних працівників. На забезпечення її функціонування виділяються значні кошти з асигнувань, передбачених на охорону здоров'я загалом.

Заклади та працівники галузі виконують провідну функцію системи, займаючись попередженням та виявленням хвороб, забезпечуючи лікування надаючи різні види медичної допомоги.

Незалежно від того, в якій галузі охорони здоров'я працюють ті чи інші лікарі та середні медичні працівники, вони мають бути добре обізнані з принципами організації лікувально-профілактичної допомоги, з напрямками її розвитку, із завданнями та функціями різних лікувально-профілактичних закладів.

Лікувально-профілактична допомога - це комплекс заходів, спрямованих на запобігання захворюванням, ранню діагностику, медичну допомогу особам з гострими та хронічними захворюваннями, на реабілітацію хворих та з метою продовження активного довголіття. До видів лікувально-профілактичної допомоги відносяться амбулаторно-поліклінічна, швидка, стаціонарна та санаторно-курортна.

Амбулаторно-поліклінічна допомога надається особам, які потребують періодичного медичного спостереження, лікування на догоспітальному етапі та проведення профілактичних заходів. отримують при звертанні безпосередньо в амбулаторно-поліклінічному закладі чи вдома.

Швидка медична допомога - це медична допомога хворим при раптових захворюваннях з тяжким перебігом і постраждалим від нещасних випадків. Вона надається закладами швидкої та екстреної медичної допомоги в максимально можливому обсязі за місцем виклику, під час транспортування та госпіталізації.

Стаціонарна допомога надається хворим, які потребують постійного медичного нагляду, застосування складних методів обстеження та інтенсивного лікування, а також оперативних втручань, що не можуть бути виконані в амбулаторних умовах.

Організація лікувально-профілактичної допомоги грунтується на таких принципах:

* єдність лікувальної та профілактичної допомоги;
* безкоштовність надання всім громадянам гарантованого рівня первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), обсяг якої за діючим законодавством має встановлюватися Кабінетом Міністрів України;
* посдідовність амбулаторної та стаціонарної допомоги;

• етапність спеціалізованого медичного забезпечення; дільнично-територіальний;

* спеціалізація та інтеграція лікувальної допомоги;

• переважне обслуговування окремих соціально значущих груп населення. Дільнично-територіальний принцип в умовах переходу до страхової медицини та при її впровадженні може дещо трансформуватись, оскільки головною особою в медичному забезпеченні населення має бути сімейний лікар (загальної практики).

Лікувально-профілактична допомога здійснюється:

* лікувально-профілактичними акредитованими закладами;
* службою швидкої медичної допомоги;
* окремими медичними працівниками, які мають ліцензію.

В наданні лікувально-профілактичної допомоги населенню України беруть участь медичні заклади різних рівнів:

* медичні заклади сільських адміністративних районів - центральні районні лікарні та районні лікарні, районні та міжрайонні диспансери, дільничні лікарні, лікарські амбулаторії, фельдшерсько-акушерські пункти;
* міський рівень - лікарні, диспансери, консультативно-діагностичні та медичні центри;
* обласний рівень - обласні лікарні та диспансери, міжобласні та обласні спеціалізовані центри;
* державний рівень - спеціалізовані медичні центри, клініки науково- дослідних і вищих навчальних закладів.

2. Організація лікувально-профілактичної допомоги працюючим на промислових підприємствах

Одним з напрямків організації діяльності органів і закладів охорони здоров'я, з урахуванням людських потреб, стало наближення лікувально-профілактичної допомоги до місця проживання і роботи населення.

Вирішення цього питання було розпочато у 1886 році. Під час тяжкої епідемії холери в Росії уряд видав указ про організацію медичної допомоги для робітників, згідно з яким власники промислових підприємств були зобов'язані організовувати спеціальні лікарняні приміщення з розрахунку одне ліжко на 100 працюючих. Цей указ фактично започаткував розвиток фабрично-заводської медицини.

В подальшому, вже в роки Радянської влади, в Україні цьому питанню приділялась серйозна увага.

Медичну допомогу працюючим на промислових підприємствах спочатку надавали пункти охорони здоров'я, заводські амбулаторії і поліклініки. Згодом їм на зміну прийшли медико-санітарні частини (МСЧ).

З 1939 року вони почали створюватись на великих промислових підприємствах і забезпечувались всім необхідним для проведення лікувально-профілактичної та протиепідемічної роботи.

Така перебудова в оборонній промисловості, особливо в період Великої Вітчизняної війни, була націлена на різке підвищення якості медичної допомоги робітникам, була пов'язана з необхідністю охорони її здоров'я, для забезпечення насамперед, військових потреб воюючої держави.

Саме тоді в багатьох медико-санітарних частинах промислових підприємств, на основі досвіду загальної територіальної поліклінічної служби, були введені посади цехових лікарів. Система виправдала себе в роки війни і у подальшому одержала широке розповсюдження в галузях промисловості.

Певна річ, наявність медико-санітарної частини на підприємстві не може забезпечити працюючих всіма видами спеціалізованої амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги. Тому вони обслуговуються також і загальною лікувально-профілактичною мережею за місцем проживання - територіальною лікарнею і службою швидкої медичної.

Вузькоспеціалізована стаціонарна медична допомога (психіатрична, стоматологічна, проктологічна, алергологічна тощо) надається фахівцями спеціалізованих лікарень медичних центрів.

На перших етапах організації спеціалізована служба через малу потужність не могла задовольнити потреби працюючих у вузькоспеціалізованій і висококваліфікованій допомозі. Проведена значна робота щодо зміцнення та організації МСЧ у багатопрофільні потужні медичні заклади з поліклінікою та стаціонаром, зі штатом висококваліфікованих фахівців і сучасним обладнанням сприяла усуненню цих недоліків.

У сучасних умовах лікувально-профілактичну допомогу робітникам промислових підприємств надають медико-санітарні частини, територіальні лікарні, поліклініки, диспансери.

Принцип переважного обслуговування працюючих на промислових підприємствах (або наближення медичної допомоги до місця роботи) в найбільшій мірі втілюється в діяльності медико-санітарних частин.

Медико-санітарна частина (МСЧ) - це комплексне медичне об'єднання, в структурі якого є поліклініка, стаціонар, жіноча консультація, фельдшерські (як виняток лікарські) пункти охорони здоров'я. Вона надає лікувально-профілактичну, організаційно-методичну допомогу, здійснює керівництво санаторіями-профілакторіями, дієтичними та підвідомчими дошкільними дитячими закладами. Іноді медико-санітарна частина може бути представлена лише однією самостійною Є два типи МСЧ:

• відкриті (обслуговують не тільки працюючих на підприємствах і членів сімей, а і населення, яке проживає в районі діяльності);

• закриті (надають медичну допомогу тільки працюючим на підприємстві). В медико-санітарних частинах відкритого типу, крім цехових лікарських дільниць, створюють також територіальні терапевтичні дільниці відповідно до діючих нормативів.

Самостійні МСЧ організовують на підприємствах із чисельністю працюючих не менше 4000 чоловік. Враховується також і характер виробництва - так, на виробництвах зі шкідливими чи небезпечними умовами праці (хімічних, гірничорудних, вугільних, нафтопереробних) при чисельності працюючих 2500.

Штатні нормативи лікарів (згідно з наказом МОЗ України № 172 від 24.06.1998р.) встановлюють з розрахунку: лікарів-терапевтів цехових лікарських дільниць - 1 посада на 2000 працюючих (на державних підприємствах). Вони можуть використовуватись для промислових підприємств і будівельних організацій з меншою чисельністю працівників, при умові пайової участі в будівництві закладів охорони здоров'я.

На підприємствах шкідливими та небезпечними умовами праці штатними нормативами передбачається відповідно 1 посада цехового лікаря-терапевта на 1500 працюючих. Лікарів інших спеціальностей визначають з розрахунку 0,25 посади сумарно на 1000 працівників. При наявності в МСЧ стаціонару, чисельність лікарів різних спеціальностей встановлюється відповідно до штатних нормативів міських лікарень. До складу МСЧ входять також пункти охорони здоров'я - лікарські та фельдшерські. Лікарські пункти охорони здоров'я організовуються для підприємств, об'єктів капітального будівництва, транспорту, зв'язку, вищих і середніх навчальних закладів, сільських ПТУ і технічних училищ з числом працюючих (учнів) не менше 1200, при відсутності фельдшерського пункту охорони здоров'я.

При відсутності лікарських організовуються фельдшерські пункти охорони здоров'я з числом працюючих (учнів) не менше 500.

Основними завданнями медико-санітарних частин є:

* максимальне наближення до місця роботи кваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги;

розробка та проведення спільно з санепідстанцією, адміністрацією та профспілками підприємств заходів, спрямованих на оздоровлення праці та побуту працюючих;

* запобігання та зниження загальної, професійної, з тимчасовою непрацездатністю захворюваності, травматизму, інвалідності.

Відповідно до основних завдань медико-санітарна частина організовує та забезпечує:

* кваліфіковану, спеціалізовану медичну допомогу у поліклініці і в стаціонарі;
* диспансерне спостереження за контингентами осіб, об'єднаних загальними фізіологічними ознаками, умовами праці, за медичними показаннями;
* організацію та проведення спільно із санепідстанцією попередніх, періодичних, цільових медичних оглядів;
* експертизу тимчасової непрацездатності;
* заходи щодо реабілітації хворих і інвалідів, включаючи й рекомендації щодо переведення на роботи з полегшеними умовами праці (спільно з адміністрацією підприємства та МСЕК);
* медичний відбір осіб, які за станом здоров'я потребують дієтхарчування;
* направлення на санаторно-курортне лікування, до санаторіїв-профілакторіїв;
* аналіз причин захворюваності з тимчасовою і стійкою втратою працездатності, травматизму, професійної захворюваності, участь в розробці заходів щодо профілактики та зниження;
* своєчасне виявлення, госпіталізацію та інформування санепідстанції про інфекційних хворих, нагляд за контактними, проведення щеплень та інших протиепідемічних заходів;
* обговорення спільно з профспілками підприємств показників захворюваності з тимчасовою та стійкою втратою працездатності, розробку комплексного плану санітарно-оздоровчих заходів і спільно з адміністрацією та профспілками контролю за виконанням;
* проведення санітарно-просвітньої роботи;
* впровадження до практики більш досконалих форм і методів роботи;
* підвищення кваліфікації медичного персоналу.

Науково-організаційною основою діяльності всіх лікувально-профілактичних закладів, що обслуговують працюючих на промислових підприємствах, є цехова дільничність.

Доцільність організації амбулаторно-поліклінічної допомоги за таким принципом пояснюється можливим впливом на здоров'я технології виробництва, особливостей умов праці в окремих цехах. Обізнаність специфікою виробничого процесу дозволяє лікареві грунтовно аналізувати захворюваність, виявляти конкретну патологію і, головне, при змозі її попереджувати, вирішувати питання про раціональне працевлаштування, необхідне санаторно-курортне лікування, дієтичне харчування і таке інше.

Досвід показав, що тільки довгострокова робота на цеховій дільниці (не менше 3-5 років) дозволяє цеховому терапевту вільно орієнтуватись у специфіці виробництва та впевнено приймати конкретні рішення лікувального та профілактичного характеру.

При формуванні цехових дільниць найчастіше використовується принцип однорідності цехів за технологією виробництва чи принцип територіального розміщення - на виробництвах з високим ступенем автоматизації, невеликою кількістю працюючих в основних цехах, коли до складу цехової дільниці доводиться включати й допоміжні служби.

Очолює цехову лікарську дільницю цеховий лікар, який повинен бути кваліфікованим спеціалістом-терапевтом і організатором лікувально-профілактичного та санітарно-епідеміологічного обслуговування працюючих.

Основні функції цехового лікаря:

* раннє виявлення та лікування захворювань із використанням сучасних інструментальних, лабораторних і функціонально-діагностичних методів;
* надання медичної допомоги при раптових захворюваннях і екстремальних ситуаціях;
* організація та проведення диспансерної роботи;
* лікарська експертиза тимчасової непрацездатності;
* медичний відбір осіб для санаторно-курортного лікування та дієтичного харчування;
* виявлення інфекційних захворювань, харчових, професійних отруєнь і направлення екстреного повідомлення до СЕС;
* проведення санітарно-просвітньої роботи.

Спільно з профспілковою організацією цеху та його адміністрацією цеховий дільничний терапевт:

* організовує і проводить попередні та періодичні огляди;
* систематично аналізує захворюваність професійну і з тимчасовою втратою працездатності, в тому числі тих, які тривало та часто хворіють, і розробляє заходи щодо їх зниженння;
* вивчає умови праці працюючих - спільно із санітарним лікарем з гігієни праці санепідстанції.

Він також бере участь у розробці колективного трудового договору та здійснює контроль за його виконанням.

Цеховий дільничний терапевт працює в тісному контакті з санітарним лікарем з гігієни праці.

Його графік роботи повинен забезпечити прийом та проведення необхідної профілактичної роботи у поліклініці і на виробництві (на що виділяється 9 годин на тиждень).

При наявності в структурі МСЧ стаціонару цеховий терапевт працює за системою чередування протягом року 8-9 місяців в поліклініці і 3^4 місяці в стаціонарі.

Цеховий терапевт складає план роботи на рік і щоквартально виділяє в ньому такі основні розділи:

1. Організаційна робота - аналіз та звіт про захворюваність, участь у комісіях із працевлаштування, з соціальних питань тощо.
2. Лікувально-профілактична робота- амбулаторний прийом, профілактичні огляди, диспансеризація, експертиза працездатності тощо.
3. Заходи щодо покращання умов праці та побуту працюючих, профілактична робота в цехах, контроль за виконанням рекомендацій тощо.
4. Підвищення кваліфікації медичного персоналу.
5. Впровадження передових форм і методів профілактики, діагностики та лікування.

В цехах, окрім адміністративного персоналу, який відповідає за виробничу діяльність, створюються громадські організації - комісія соціального страхування цехового комітету профспілки і комісія з охорони праці. Медичні працівники співпрацюють з ними при вирішенні питань санаторного лікування, дієтичного харчування, направлення до санаторію-профілакторію, щодо поліпшення технології виробництва, умов праці та побуту в цехах, попередження травматизму та інвалідизації працюючих.

На деяких підприємствах працюють лікарсько-інженерні бригади, які комплексно вирішують питання оздоровлення умов праці та побуту працюючих.

В них працюють лікарі основних спеціальностей медико-санітарної частини, інженери з техніки безпеки, охорони праці, лікарі-гігієністи та інші спеціалісти. Очолює бригаду головний інженер підприємства чи його заступник.

Таким бригадам під силу ставити та вирішувати різноманітні оздоровчі, в широкому розумінні, заходи на заводі у формі технічно грамотних, гігієнічно обумовлених конкретних інженерних рішень.

Важливе місце в роботі цехового дільничного лікаря займає аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності працюючих з метою оздоровлення та запобігання економічним збиткам.

Методика вивчення цього виду захворюваності наведена в 4 розділі підручника.

Використання основної звітної форми (№ 23-ТН) не дозволяє провести детальний аналіз захворюваності з тимчасовою втратою працездатності, оскільки в ній відсутні дані щодо розподілу працюючих за професією, стажем, робочим місцем, віком, статтю та іншими ознаками, які суттєво впливають на здоров'я. Тому доцільно загальний аналіз доповнити поглибленим, використовуючи "Карту особистого обліку захворюваності", яка заводиться на кожного працюючого і позбавлена зазначених вад.

Систематичного та ретельного аналізу потребують виробничий травматизм, професійні захворювання та отруєння. На підприємстві повинен вестись облік. Кожен з таких випадків має бути своєчасно та кваліфіковано розглянутий комісією з техніки безпеки та інспектором з охорони праці профспілкової організації разом із медичними працівниками з наступним обов'язковим проведенням в оперативному порядку необхідних заходів із усунення причин, що призвели

Травматизм повинен бути всебічно вивчений з метою розробки заходів щодо своєчасного його попередження.

Необхідно також проводити вивчення показників побутового і травматизму по дорозі на роботу та з роботи, виявити його причини і намітити конкретні заходи з усунення.

З метою профілактики професійних захворювань лікарі медико-санітарної частини, кожний за своїм фахом, на основі глибокого вивчення технологічного процесу та виробничих умов, розробляють заходи щодо оздоровлення умов праці.

Одним з найважливіших розділів роботи медико-санітарних частин, поліклінік, пунктів охорони здоров'я є організація та проведення профілактичних медичних оглядів із розробкою подальших оздоровчих заходів.

За характером і змістом профілактичні медичні огляди умовно можна розподілити на попередні, періодичні та цільові.

Попередні - проводяться перед початком навчання і трудової діяльності.

Профогляди проводяться з метою:

* встановлення фізичної та психофізіологічної придатності осіб до роботи за конкретно визначеною професією, спеціальністю, посадою;
* запобігання загостренню загально-соматичних захворювань і виникненню нещасних випадків під впливом професійних факторів;
* виявлення захворювань (в т.ч. інфекційних та інших), що становлять загрозу працівникам і продукції;
* допуску до роботи осіб до 21 року.

Періодичні - проводяться з визначеною періодичністю чи кратністю у процесі роботи з метою:

* забезпечення динамічного спостереження за станом здоров'я працюючого;
* виявлення ранніх ознак впливу виробничих умов і професійних шкідливостей на здоров'я;
* раннього виявлення загально соматичних хвороб, що виникли після проведення попереднього огляду і не дають змоги продовжити роботу за даною професією;
* попередження поширення інфекційних і паразитарних захворювань, виникнення нещасних випадків.

Виявлені при періодичних оглядах випадки професійної інтоксикації чи захворювань мають бути сигналом для проведення термінових і дійових заходів щодо поліпшення санітарно-гігієнічних умов праці, деколи зміни технологічного процесу.

Кратність, склад лікарів-спеціалістів, перелік лабораторних і тальних досліджень визначаються відповідними наказами Міністерства охорони здоров'я за участю галузевих профспілок.

Цільові - проводяться з метою:

* виявлення ранніх форм захворювань (туберкульозу, новоутворень, цукрового діабету, дерматовенеричних захворювань та інші);

виявлення порушень або відхилень у стані здоров'я, що можуть призвести до аварійних ситуацій (передрейсові огляди водіїв транспорту - повітряного, залізничного, автомобільного, річкового, морського);

* медичного обстеження контингентів здорового, неорганізованого населення (дошкільнята, абітурієнти, фізкультурники тощо).

З усіх видів оглядів у практиці медико-санітарних частин найчастіше використовуються періодичні. Вони дозволяють систематично слідкувати за станом здоров'я, оперативно запобігати зменшенню впливу шкідливих виробничих умов, проводити заходи з оздоровлення виявлених хворих.

Початкові медичного огляду передує наказ, в якому відповідальність за його якісне проведення покладається на медико-санітарну частину, а за своєчасну та організовану явку працюючих - на керівництво.

Медико-санітарні частини використовують дві форми проведення періодичних оглядів - одномоментну та поточну. Форма проводиться комісією, в чітко визначені наказом терміни, з повним або частковим відривом лікарів від інших видів роботи. Проводиться вона в кілька етапів:

Перший - підготовчий, під час якого визначають склад лікарів для проведення огляду, календарні терміни проведення, складають списки працюючих, роблять розрахунок і підготовку необхідних матеріалів, інвентарю, обладнання.

Другий - власне робота лікувальної комісії (огляд працюючих, контроль за якістю лабораторних і досліджень, обстеження санітарно-гігієнічного стану місць роботи.

Третій - підсумки та аналіз результатів оглядів.

Четвертий - розробка плану лікувально-оздоровчих заходів спільно з адміністрацією цехів і профспілковою організацією.

П'ятий - здійснення постійного контролю за виконанням наміченого плану оздоровчих заходів.

Одномоментна форма - проводиться відносно швидко, однак має ряд суттєвих недоліків - порушує звичайний виробничий ритм роботи та викликає напруження в роботі МСЧ на всіх етапах медичних оглядів, відволікає лікарів від роботи в поліклініці, викликаючи незадоволення хворих тощо.

З огляду на це більш раціональною вважають поточну форму.

Паралельно з виконанням інших обов'язків. Здійснюються вони на цехових дільницях протягом всього року - кожний лікар викликає на обстеження по 5-15 чоловік на день. При цьому створюється можливість регулювати кількість осіб, відповідно до щоденних навантаженнь на прийомі.

Крім того, поточний огляд дозволяє оперативно та ефективно проводити лікувально-оздоровчі заходи в процесі виявлення хворих із професійними та загальними захворюваннями. Він поширюється також і на диспансерних осіб, які активно відвідують лікаря і на тих, що звертаються або вже знаходяться на амбулаторному чи стаціонарному лікуванні.

Якою б не була форма плану проведення медичного огляду, він повинен забезпечити виконання таких обов'язкових положень:

* участь в огляді цехового лікаря як головного організатора;
* проведення комплексного та повного обстеження з метою подальшого виключення додаткових цільових оглядів;
* проведення огляду працюючого у вільний для нього від роботи час;
* наближення огляду до місця роботи;
* динамічний аналіз захворюваності повинен проводитись з одночасним обстеженням санітарно-гігієнічних умов праці, при обов'язковій участі адміністрації підприємства, профспілкової організації та санітарного лікаря СЕС з гігієни праці тощо.

За останні роки брак недостатнього фінансування охорони здоров'я руйнує відпрацьовану десятиріччями систему медичного забезпечення робітників промислових підприємств. Але, незважаючи на тяжкі умови господарювання, з'являються нові методичні підходи щодо вирішення деяких проблем. Наприклад, у місті Києві з метою удосконалення медичного забезпечення працюючих у шкідливих і небезпечних умовах, для поліпшення ранньої діагностики, попередження ускладнень загально соматичної патології та своєчасної профілактики професійних захворювань, створюється система постійного нагляду за працюючими в цих умовах.

працездатність травматизм лікувальний допомога

Література

1. Голяченко О.М., Сердюк A.M., Приходський О.О. Соціальна медицина, організація та економіка охорони здоров'я. Тернопіль-Київ-Вінниця 1997 328

2. Новікова О. Концепція соціальної політики України: проблеми і шляхи розв'язання // Соціальна політика і соціальна робота. - 1998. - № 1-2,- С. 5-14.

. Рудень В.В. Страхова медицина: медичне страхування. - Львів. Облкниждрук, 1999 -304 с.

. Соціальна робота в Україні: перші кроки / Під ред. В.Полтавця.: К. Видавничий дім "KM Академія", 2000. - 236 с.

. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Під заг. ред. Ю.В. Вороненка., В. Ф. Москаленка. - Тернопіль: Укрмедкнига. 2000. - 680 с.