Роль противотуберкулезного диспансера в реализации Национального проекта «Здоровье»

Основные задачи и направления работы

· организация выявления больных туберкулезом, диагностика туберкулеза, а также других заболеваний легких у больных, направленных на консультацию лечебно-профилактическими учреждениями;

· учет и диспансерное наблюдение за всеми больными туберкулезом и лицами с повышенным риском заболеть туберкулезом;

· организация и осуществление всего комплекса профилактических мероприятий среди детей и взрослых в районе обслуживания;

· госпитализация и лечение больных туберкулезом в стационаре и амбулаторно;

· осуществление профилактических мероприятий в отношении лиц, находящихся в семейном контакте с бактериовыделителями;

· осуществление прогностической оценки степени тяжести заболевания госпитализированных больных и решение вопросов целесообразности направления на медико-социальную экспертную комиссию МСЭК больных с инвалидизирующим течением заболевания;

· направление больных при наличии показаний в противотуберкулезные санатории, стационары, ясли, детские сады, школы-интернаты для больных детей и подростков;

· проведение санитарно-просветительной работы среди населения, направленной на повышение санитарной культуры, грамотности по вопросам профилактики туберкулеза;

· участие в оздоровлении рабочих мест бактериовыделителей на предприятиях;

· проведение совместно с органами Госсанэпиднадзора и ветеринарными организациями мероприятий по предупреждению заболеваний туберкулезом у работников животноводства и птицеводства с формированием «угрожаемых» контингентов и проведением (при наличии показаний) химиопрофилактики;

· организация и проведение семинаров по вопросам медицинской помощи больным туберкулезом;

· представляет отчет о работе отделения по утвержденным формам в установленные сроки;

Роль врача в деятельности противотуберкулезного диспансера

Врач - фтизиатр - специалист с высшим медицинским образованием по специальности "Лечебное дело" или "Педиатрия", прошедший послевузовскую подготовку (ординатуру) или дополнительную подготовку (повышение квалификации, специализацию) по фтизиатрии и владеющий теоретическими знаниями и практическими навыками по фтизиатрии в соответствии с требованиями квалификационной характеристики.

В своей работе врач-фтизиатр руководствуется «Положением о враче-фтизиатре» (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.1995 N 324), другими нормативными документами Российской Федерации по охране здоровья населения, приказами и распоряжениями вышестоящих органов и инструктивно - методической документацией по всем разделам работы противотуберкулезных диспансеров: организации, диагностике и лечению.

Назначение и увольнение врача - фтизиатра осуществляется приказом руководителя учреждения в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Обязанности врача-фтизиатра:

Основной обязанностью врача-фтизиатра является оказание медицинской помощи населению.

. Организация выявления больных туберкулезом в учреждениях общей лечебной сети и профилактических противотуберкулезных мероприятий среди населения в условиях взаимодействия с центрами Госсанэпиднадзора, медслужбой МВД РФ и органами управления здравоохранением.

. Проведение санитарно - просветительной работы среди населения по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению инфицирования и развития заболевания туберкулезом.

. Осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья больных туберкулезом, контактирующих с ним лиц и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом, состоящих на учете в тубучреждениях, с проведением необходимого обследования и оздоровления.

. Оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях, связанных с заболеванием туберкулезом.

. Своевременная консультация и госпитализация больных туберкулезом в установленном порядке.

. Проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

. Выдача листка нетрудоспособности в соответствии с Приказом МЗМП РФ N 5 от 13.01.95 "О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности" и направление их на медико - социальную экспертизу.

. Организация медико - социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным туберкулезом.

. Оказание консультативной помощи семье больного туберкулезом по вопросам:

иммунопрофилактики туберкулеза;

подготовки детей к детским дошкольным учреждениям, школе;

химиопрофилактика и противорецидивного лечения.

. Ведение утвержденных форм учетной и отчетной документации.

. Соблюдение правил охраны труда и техники безопасности.

Права врача - фтизиатра:

Врач - фтизиатр имеет право:

. Контролировать работу подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала.

. Приобретать, владеть, пользоваться и распоряжаться на правах собственности или полного хозяйственного ведения движимым имуществом тубкабинета, противотуберкулезного диспансера, туберкулезного больничного или санаторного учреждения на основе условий договора (контракта) с собственником имущества.

. Вносить предложения по вопросам улучшения медико-социальной помощи.

. Принимать участие в совещаниях, научно - практических конференциях по вопросам лечебно - профилактической помощи, состоять членом различных общественных и профессиональных организаций, чья деятельность не противоречит целям и задачам врача-фтизиатра.

. Проводить в установленном порядке экспертизу качества оказания медицинской помощи пациенту другими специалистами.

. Заявлять исковые требования в суде и арбитраже и отвечать по ним.

Ответственность врача - фтизиатра

Врач - фтизиатр несет ответственность в пределах своих прав за самостоятельно принимаемые решения. За противоправные действия или бездействие, повлекшие за собой ущерб здоровью или смерть пациента, несет ответственность в установленном законом порядке.

Принцип преемственности и взаимосвязи

Оказание специализированной медицинской помощи осуществляется на основе принципов преемственности, общедоступности, территориальности.

Противотуберкулезный диспансер является учреждением закрытого типа. На первичный прием в диспансер направляются:

) больные туберкулезом и лица, подозрительные на заболевание туберкулезом, из поликлиник и больниц, медико-санитарных частей и здравпунктов, учебных заведений и детских учреждений, военкомата;

) больные туберкулезом и подозрительные на туберкулез, выявляемые при массовых осмотрах населения;

) лица, имеющие контакт с бактериовыделителями. Для эффективности работы диспансера важное значение имеет правильная организация отбора лиц, направляемых в диспансер из общих лечебных учреждений, а также четкое заполнение медицинского документа, с которым эти лица приходят в диспансер. В этой выписке должны быть указаны дата и характер начала заболевания, основные жалобы и симптомы, результаты фи-зикального исследования. Хорошо организованные поликлиники и больницы производят до направления в диспансер рентгенологическое и лабораторное исследование, сообщают данные анализов мокроты, крови и мочи, а при направлении детей и подростков - также результаты биологических проб и сведения о вакцинации и ревакцинации.

Весьма желательно, чтобы врач, сообщая диспансеру упомянутый комплекс медицинских данных («клинический минимум»), указал предполагаемый диагноз и отметил цель направления в диспансер. При этом наблюдаются следующие варианты: 1) иногда в больнице или поликлинике врачу удается распознать наличие туберкулезного заболевания, в таких случаях больной направляется в диспансер для взятия на учет и лечения; 2) в большинстве случаев врач поликлиники (больницы) высказывает лишь подозрение на туберкулез, а уточнение диагноза имеет место в диспансере; 3) если же врач поликлиники обнаруживает у больного какие-либо изменения в легких, не имея ясного мнения ни об их этиологии, ни о степени их активности, он направляет пациента в диспансер для консультации.

Определенный интерес имеет вопрос обоснованности направления больных в диспансер. Если диагностическая работа в поликлинике находится на недостаточно высоком уровне (например, вследствие неудовлетворительной организации работы лаборатории или рентгеновского кабинета либо недостаточной подготовки врачей по фтизиатрии), то диспансер оказывается перегруженным из-за большого числа необоснованных направлений. Такая ситуация является сигналом для усиления совместной работы диспансера с врачами соответствующего учреждения. Вместе с тем не рекомендуется побуждать врачей поликлиник к соблюдению чрезмерных ограничений в отношении направления больных в диспансер, так как подобная тактика может привести к снижению качества работы по выявлению туберкулеза и других легочных заболеваний.

Туберкулез

Сегодня туберкулез является медико - социальной проблемой, т. к. это универсальное заболевание, которое поражает все органы и ткани организма. Возбудитель этого заболевания широко распространен в природе. Заболевание может исходить от человеческого, бычьего, птичьего микобактерий. ТБЦ болеют домашние и дикие животные и птицы. Поэтому люди могут заболеть как от больных людей, так и от больных животных и птиц. Как социальная проблема ТБЦ обусловлен: влиянием неблагоприятных социально - экономических условий жизни людей, в силу своей распространенности туберкулез оказывает плохое влияние на формирующееся санитарное состояние (уменьшение средней продолжительности жизни, увеличение инвалидности и смертности, длительное лечение требует больших соц. затрат, борьба с туберкулезом требует не только медицинских, но и общегосударственных мероприятий.

В настоящее время, по данным ВОЗ, треть населения планеты инфицирована туберкулезом. В 1999 году в мире было зарегистрировано 9 млн. Новых случаев заболевания, 75% которых приходится на наиболее трудоспособную часть населения (15-50 лет). Туберкулез уносит больше жизней, чем любая другая инфекция. Из всех смертей которых можно было бы избежать, 25% составляет смертность от туберкулеза.

В апреле 2000 года ВОЗ объявила туберкулез проблемой «всемирной опасности».

В РФ отмечается крайне тяжелая ситуация с заболеваемостью туберкулезом. За период с 1995 по 2000 гг. Заболеваемость увеличилась на 70%, смертность от него в 2000 г составила 15,4 на 100000 населения и является самым высоким показателем в Европе.

На увеличение заболеваемости и смертности населения от туберкулеза и ухудшение ее структуры оказали влияние социальные и экономические факторы, повсеместно снижающийся жизненный уровень, ухудшающееся питание населения, увеличение числа лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией. Высока инфицированность и инфицированность туберкулезом мигрантов, беженцев, бомжей.

Особую эпидемиологическую опасность представляет высокое распространение лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

Факторы риска заражения туберкулезом

Риск заражения туберкулезом определяется двумя основными факторами: контакт с больным с открытой формой туберкулеза и повышенная восприимчивость к инфекции. В группу риска заражения туберкулезом входят:

· Люди, находящие в тесном бытовом контакте с больным туберкулезом (члены одной семьи, студенты в общежитии);

· Лица, злоупотребляющие алкоголем, наркотиками;

· Заключенные или работники пенитенциарных учреждений;

· Медицинские работники;

· Лица без постоянного места жительства.

Факторы риска развития туберкулеза

Риск развития туберкулеза определяется, во-первых, наличием эпизода инфицирования, а во-вторых, снижением защитных сил организма. Все группы лиц с риском заражения туберкулезом автоматически входят в категорию лиц с повышенным риском развития туберкулеза, однако для возникновения болезни необходимо еще одно условие: снижение иммунитета. В группу лиц с повышенным риском развития туберкулеза входят:

· Лица, недавно перенесшие заражение (первые два года после заражения);

· Лица с подозрением на туберкулез в прошлом;

· Лица, страдающие ВИЧ-инфекцией, сахарным диабетом <http://click01.begun.ru/click.jsp?url=zzuS3R0aGxoubA\*aMPBV4U\*52JfZhd58eNozvSvlq-XHNz3IzT7-f4WXFv6w491asRjErAJJhsF8ck4VqVLE1oqqNih-FelStJPCj35pBzA7lyqsgE6d-4ajWcHMWYLAycJNWwmwnpVR-VKfRJgV1yDvla2L0OkkPfzQOB7xXJyH-ieKvCkfV\*m5XFwGXFQXxo4YEIax-gA63vKDMaVLa90PgWxlfw2AQaC67ODy9CaaoNsCEx0aN4avzIU325WVhZtfaSSZurJxQyF4q9wtzSsrkuoCN76f1-hVpKjVwS6C83kymCSoizI6weY&eurl%5B%5D=zzuS3UFAQUBlauezEqQ0rJT0U8vVmhbK\*wRJLL9OU\*y8gdO7>;

· Лица, проходящие лечение лекарствами снижающими активность иммунной системы;

· Лица, злоупотребляющие наркотиками, алкоголем, табаком;

· Лица с плохим питанием.

Экономический ущерб складывается из стоимости койко-места в день (лекарства, необходимые для лечения, продукты питания, работа врача, среднего и младшего медицинского персонала, стоимость диагностических услуг, стоимость жилищно-коммунальных услуг); а также стоимости непроизведенного товара; стоимости санаторно-курортного лечения; стоимости обеспечения больного туберкулезом лекарствами после выписки из стационара; из оплаты выплат по инвалидности.

Реабилитация больных с туберкулезом. Реабилитация больных туберкулезом - важная медико-социальная проблема, в которой более тесно, чем при других заболеваниях, переплетаются вопросы медицинской и социально-трудовой реабилитации. В противотуберкулезном диспансере осуществляется медицинская реабилитация больных.

Медицинская реабилитация больных туберкулезом определяется, как правило, двумя основными показателями: прекращением выделения микобактерий туберкулеза и закрытием полостей распада (каверн) на фоне рассасывания и уплотнения других рентгенологически определяемых патологических специфических изменений (инфильтративных, очаговых).

Нередко недооценивают такой показатель, как восстановление функций, нарушенных вследствие заболевания туберкулезом. Нормализация этого показателя идет медленно и не всегда полноценно, особенно у больных с распространенным процессом, поэтому для больных туберкулезом в понятие «медицинская реабилитация» необходимо включить показатель «функциональная реабилитация».

Социально-трудовая реабилитация предусматривает восстановление не только трудоспособности, но и социального статуса переболевшего туберкулезом человека: возобновление работы в прежней должности, восстановление прежнего отношения к нему сотрудников и членов семьи.

заражение туберкулез врач диспансер

Гигиеническое обучение и воспитание

Гигиеническое обучение и воспитание пациентов с туберкулезом должно проводиться в «Школах туберкулеза», организуемых врачами противотуберкулезного диспансера.

При проведении сотрудниками противотуберкулезных учреждений санитарно-просветительной работы следует уделять наибольшее внимание следующим вопросам:

· популяризация флюорографического обследования среди всех социальных групп населения как единственного эффективного метода раннего выявления туберкулеза;

· пропаганда знаний среди здорового и болеющего туберкулезом населения по вопросам здорового образа жизни, правилам личной гигиены, о вреде для здоровья курения, алкоголизма, наркомании;

· формирование у пациента мотивации на лечение, веры на излечение;

· разъяснение необходимости проведения дезинфекционных мероприятий в домашних очагах туберкулезной инфекции

Оценка качества медицинской помощи, оказываемой в отделении

Структурный подход

1. Помещение

Данный противотуберкулёзный диспансер располагается в пятиэтажном типовом здании, вокруг которого находится небольшой парк с пешеходными дорожками. В диспансере расположены стационар на 211 коек, поликлиническое отделение на 150 посещений в смену, дневной стационар на 15 коек.

В стационаре, расположенном на верхних этажах, размещены три отделения лёгочного туберкулёза:

· I отделение лёгочного туберкулёза. Расположено на 4 этаже, рассчитано на 80 коек. В этом отделении проводится лечение больных с распространёнными и хроническими формами туберкулёза лёгких.

· II отделение лёгочного туберкулёза. Находится на 3 этаже, рассчитано на 80 коек. Это отделение для лечения больных с впервые выявленным туберкулёзом лёгких и дифферинциально-диагностических больных.

· III отделение лёгочного туберкулёза. Находится на 5 этаже, рассчитано на 51 койку. В это отделение госпитализируют впервые выявленных больных с малыми формами туберкулёза.

В здании предусмотрены пассажирский и грузовой лифты.

. Материально-техническое обеспечение

В противотуберкулезном диспансере имеются следующие лечебно-диагностические отделения:

· рентгенологическое отделение;

· лаборатория;

· кабинет функциональной диагностики;

· физиотерапевтический кабинет;

· ингаляторий;

· аптека;

· стоматологический кабинет;

· кабинет узких специалистов, где ведут консультативный приём окулист, гинеколог, уролог;

· бронхоскопический кабинет;

· стерилизационная.

Основными диагностическими подразделениями являются рентгенологическое отделение и лаборатория.

В бактериологической лаборатории готовят среды для посевных пунктов. Проводится исследование диагностичекого материала на МБТ <http://ru.wikipedia.org/wiki/Mycobacterium\_tuberculosis> методами бактериоскопии <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B8%D0%BA%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F> и посева, определение лекарственной устойчивости микобактерий туберкулёза к препаратам I и II ряда

В состав рентгенологического отделения входят 2 рентгенодиагностических кабинета, флюорографический кабинет, кабинет УЗИ диагностики, на 5 этаже находится кабинет для больных стационара, в котором установлен рентгенодиагностический аппарат на 3 рабочих места.

На 1 этаже располагается рентгенодиагностический кабинет, обслуживающий амбулаторных больных. В нём установлен рентгенодиагностический аппарат на 3 рабочих места и флюорограф стационарный цифровой малодозовый. При диспансере имеется передвижной флюорографический кабинет для профилактических осмотров организованного населения и жителей отдалённых районов.

Отделение обеспечено в достаточном количестве стандартными лекарственными средствами (антимикробные средства, противоаллергические средства, «противошоковая аптечка», аптечка «Анти-СПИД», витамины, средства для лечения сопутствующей патологии), а также специальными химиопрепаратами для лечения туберкулеза (Изониазид, ПАСК, Рифампицин). Отделение оснащено необходимым оборудованием для проведения В достаточном количестве отделение обеспечивается расходным материалом - одноразовыми шприцами, системами для капельниц, катетерами для периферических вен, перчатками и т.п.

Таким образом, материально-техническое обеспечение отделения находиться на должном уровне.

. Кадровый состав

В диспансере работают 34 врача, из них:

· 14 врачей с высшей категорией;

· 3 докторов наук;

· 2 кандидата медицинских наук;

Из младшего медицинского персонала работают медсестры и ассистенты.

Врачи и средний медицинский персонал постоянно проходят курсы повышения квалификации. Также врачи обучаются в тематических школах, получают дополнительные сертификаты при освоении новых навыков.

Укомплектованность штатными единицами пульмонологического отделения

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Согласно штатному расписанию | Всего штатных единиц | Из них занято ставок | Количество физ. лиц, занимающих ставки | Вакансий |
| Врачебных должностей | 41 | 41 | 41 | 0 |
| Среднего медперсонала | 100,5 | 96 | 90 | 4,5 |
| Младшего медперсонала | 90 | 81 | 72 | 9,0 |

Укомплектованность врачами

Число занятых врачебных должностей·100%/число штатных должностей

·100% /41 = 100%.

Коэффициент совместительства

Число занятых врачебных должностей·100%/число физических лиц

/41 = 1.

Укомплектованность средним медицинским персоналом

Число занятых должностей·100%/число штатных должностей

·100% /100,5 = 95,5%

Коэффициент совместительства

Число занятых должностей·100%/число физических лиц

/90 = 1,06.

Укомплектованность младшим медицинским персоналом

Число занятых должностей·100%/число штатных должностей

·100% /90 = 90%

Коэффициент совместительства

Число занятых должностей·100%/число физических лиц

/72 = 1,13.

Таким образом, отделение полностью укомплектовано врачами, почти на 100% укомплектовано средним медицинским персоналом и имеет нехватку кадров младшего медицинского персонала.

Процессуальный подход:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Расчеты | Факторы |
| Процент использования коечного фонда | 98%. | 1. Избыток коечного фонда по сравнению с потребностями 2. Ремонт коек |
| Средняя длительность пребывания больного на койке | План. - 79,3 дня Факт. - 71 дней | 1. Тяжесть заболевания и, соответственно, необходимость постоянного медицинского контроля состояния пациента в связи с высокой вероятностью возникновения различных осложнений или прогрессирования процесса. 2. Нарушение лечебно-охранительного режима при лечении в отделении до окончания сроков госпитализации. |
| Оборот койки | План. - 4,2 Факт. - 4,7 | 1. Тяжесть заболевания и, соответственно, необходимость постоянного медицинского контроля состояния пациента в связи с высокой вероятностью возникновения различных осложнений или прогрессирования процесса. 2. Нарушение лечебно-охранительного режима при лечении в отделении до окончания сроков госпитализации. |
| Необоснованное поступление больных в отделение стационара | 2% | 1. Высокая квалификация врачей приемного отделения. 2. Хорошая диагностическая база лечебного учреждения |
| Процент переводов из одного отделения в другое | 5% | Наличие у пациентов полиорганной патологии. |

Таким образом, с точки зрения процессуального подхода, отделение данный противотуберкулезный удовлетворительно, что обусловлено высокой квалификацией медицинского персонала, и хорошей диагностической базой. Необходимо усовершенствовать методы контроля за соблюдением пациентами лечебно-охранительного режима.

Результативный подход:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Расчеты | Факторы |
| Процент повторной госпитализации | 8% | 1. Тяжесть состояния пациентов по основному заболеванию. 2. Особенности контингента больных (БОМЖи, малоимущие) 3. Наличие сопутствующей патологии |
| Летальность | 3,8% | 1. Тяжесть состояния пациентов по основному заболеванию. 2. Особенности возбудителя заболевания с возможностью приобретения антибиотикорезистентности. 3. Наличие сопутствующей патологии |
| Процент осложнений | 12% | 4. Тяжесть состояния пациентов по основному заболеванию. 5. Особенности контингента больных (БОМЖи, малоимущие) 6. Наличие сопутствующей патологии |

Мы видим, что результаты лечебной работы в данном случае будут определяться не только качеством лечебно-диагностического процесса, но и особенностями заболевания, а также особенностями контингента заболевших. Высокий процент малоимущих людей, БОМЖей, людей ведущих асоциальный образ жизни (злоупотребление алкоголем, курением), неспособность многих из них соблюдать лечебно-охранительный режим затрудняет работу даже хорошо укомплектованного кадрами и оборудованием медицинского учреждения.

Факторы, влияющие на соблюдение санитарно-эпидемиологического благополучия в противотуберкулезном диспансере, направленные на снижение риска возникновения внутрибольничных инфекций

**·** соответствие проводимых профилактических мероприятий внутри всего стационара и должных, в связи с существующей санитарно-эпидемиологической обстановкой, прогнозом заболеваний и его изменений;

**·** все мероприятия осуществляются в соответствии с Федеральным Законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

**·** соблюдение санитарно-эпидемиологических требований, обеспечение безопасной среды обитания для человека, его здоровья;

**·** наличие государственного санитарно-эпидемиологического надзора в сфере обеспечения санэпидблагополучия.

Профилактика

Так как в отделении все пациенты уже скомпрометированы по бронхолегочным заболеваниям, то возможна только вторичная и третичная профилактика, т.е проведение комплекса мероприятий по устранению факторов риска, которые при определенных условиях могут привести к обострению заболевания, а также социальная, трудовая, психологическая и медицинская реабилитация больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности.

Роль врача в проведении профилактических мероприятий ключевая. Именно он объясняет больным, как вести здоровый образ жизни, который поможет устранить факторы риска рецидива заболевания. Также непосредственно врач проводит с больными программы реабилитации в объемах, возможных для осуществления в данном отделении.

Основные проблемы противотуберкузного диспансера

· Износ медицинского оборудования

· Недостаточное финансирование оказания дорогостоящих (высокотехнологичных) видов медицинской помощи

· Недостаточная закупка дорогостоящих лекарственных средств

· Недостаточное финансирование мер по пропаганде здорового образа жизни.

Пути решения:

**·** Наблюдение за рациональностью использования койко-фонда;

**·** Ремонт в отделениях;

**·** Повышение зарплаты врачей и медицинского персонала;

**·** Проведение цикла усовершенствования для медицинского персонала;

**·** Привлечение спонсоров и инвесторов на взаимовыгодных условиях;

**·** Снабжение ЛПУ необходимыми лекарствами, оборудованием и техникой;

**·** Выделение льгот по проезду, оплаты жилищно-коммунальных услуг для работников отделения;

**·** Совершенствование системы информационного обеспечения отделения;

**·** Совершенствование ведения медицинской документации

Роль противотуберкулезного диспансера в реализации Национального проекта «Здоровье»

· Увеличение выявления пациентов, больных открытыми формами туберкулеза и бактериовыделителей.

· Развитие профессионализма медицинского персонала.

· Укрепление материально-технической базы данного диспансера.

· Удовлетворение потребностей населения в высокотехнологической помощи.

· Сокращение сроков ожидания диагностических исследований до 1 недели.

· Снижение частоты обострений и осложнений туберкулеза.

· Увеличение объемов оказания населению высокотехнологичной медицинской помощи.

· Несмотря на профилактическую направленность проекта, до сих пор основное финансирование осуществляется в отношении развития третичной профилактики, а не первичной и вторичной, следовательно, вклад в реализацию проекта у отделений стационара останется высок до момента перевода основных средств в пользу амбулаторно-поликлинических учреждений, а не стационаров.

Список использованной литературы

1. В. А. Медик, В. К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть I - М.: Медицина, 2003

2. В. А. Медик, В. К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть II - М.: Медицина, 2003

. В. А. Медик, В. К. Юрьев Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению, часть III - М.: Медицина, 2003

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22.11.1995 N 324 (в т.ч., «положение о враче - фтизиатре», «методические рекомендации по применению штатных нормативов и норм нагрузки врачей фтизиаторов»)

5. Е. И. Скачкова Организация медицинской помощи больным туберкулезом М.: РИО ЦНИИОИЗ, - 2008. - 148 с.: ил.