

О мерах по совершенствованию кардиологической помощи населению Республики Беларусь

Изменения и дополнения:

Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 июля 2018 г. № 702 <U618e4125>

Болезни системы кровообращения (БСК) являются наиболее распространенными в структуре общей заболеваемости населения Республики Беларусь. Удельный вес их, как причины стойкой утраты трудоспособности и смертности, остается высоким. Так, в 1991 году инвалидность от БСК в трудоспособном возрасте составила 27,4 % первичного выхода на инвалидность среди городских и 25,9 % среди сельских жителей. БСК является причиной смерти почти в 50 % случаев.

Высокая распространенность БСК, тяжесть клинических проявлений и ведущая роль в трудопотерях населения республики определяют приоритетность вопросов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и развития специализированной кардиологической помощи. Влияние последствий аварии на Чернобыльской АЭС, социальной и экономической нестабильности общества, как факторов постоянного стрессогенного воздействия, позволяет прогнозировать рост сердечно-сосудистой заболеваемости, что определяет необходимость дальнейшего развития и укрепления кардиологической службы.

Сложившаяся за 15 лет структура кардиологической службы (Белорусский НИИ кардиологии, кардиологические диспансеры, специализированные кардиологические отделения стационаров, кардиологические кабинеты поликлиник), при условии укрепления ее материально-технической базы и кадрового потенциала, в состоянии полностью обеспечить функции по оказанию специализированной кардиологической помощи. В рамках НТМО «Кардиология» БелНИИК разработаны и внедрены при активном участии областных кардиологических диспансеров инструктивно-методические документы, охватывающие основные вопросы диагностики и лечения артериальной гипертензии (АГ) и ишемической болезни сердца (ИБС), ранней реабилитации больных инфарктом миокарда, что позволило стабилизировать, а в некоторых регионах снизить летальность от инфаркта миокарда, повысить процент возврата больных к труду. Внедрены новые организационные методы работы, направленные на совершенствование профилактического звена (создание общественных пунктов контроля АД, применение опросников Розе для выявления больных ИБС и др.). Разработана и внедрена на базе МСЧ МТЗ организационно-техническая модель для диспансеризации и оздоровления работников предприятий с использованием персональных ЭВМ и программных средств медицинского назначения.

В то же время в работе учреждений практического здравоохранения вопросам профилактической направленности не уделяется должного внимания. Отделения (кабинеты) профилактики, созданные в ряде поликлиник и МСЧ республик, в большинстве своем не выполняют функций по выявлению и организации профилактики БСК. Так, если распространенность ГБ по данным специальных эпидемиологических обследований составляет свыше 20 %, уровень учитываемой общей заболеваемости ГБ в 1991 году колеблется от 2,3 % в Брестской области до 4,0 % в Витебской.

Врачи-кардиологи кардиологических кабинетов перегружены приемом первичных больных и не в состоянии выполнить возложенные на них функции по консультативной и организационно-методической работе. В поликлиниках практически не осуществляется динамическое наблюдение за лицами с высоким риском БСК.

При вполне достаточном обеспечении кардиологическими койками (4,8 на 10 тыс. населения) отмечается нерациональное их использование. Так, ведущее учреждение республики по оказанию высококвалифицированной кардиологической помощи – Белорусский НИИ кардиологии – не имеет своей клинической базы, вследствие чего затрудняется процесс внедрения научных разработок института в практическую

кардиологию. Расположены в приспособленных помещениях и не имеют стационарных отделений Брестский, Могилевский областные и Минский городской кардиологические диспансеры, что значительно снижает эффективность их работы. В Минской области кардиологический диспансер преобразован в поликлиническое кардиологическое отделение областной больницы.

Материально-техническая база ЛПУ, в том числе кардиологического профиля, не позволяет обеспечить необходимый уровень лечебно-диагностического процесса. Испытывается недостаток в одно- и многоканальных электрокардиографах, реографах, кардиомониторах, велоэргометрах, мониторах, дефибрилляторах и др.; не все линейные бригады ССМП оснащены электрокардиографами; кардиодиспансеры не имеют современной эхокардиографической аппаратуры.

Крайне неудовлетворительное лекарственное обеспечение больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Катастрофическая ситуация сложилась с кардиохирургической помощью населению республики. В связи с выходом из строя используемого в НИИ кардиологии свыше 12 лет ангиографического аппарата прекращены операции аорто-коронарного шунтирования. Недостаток и моральный износ дыхательно-наркозной аппаратуры, аппаратов искусственного кровообращения, ряда комплектующих для операций с искусственным кровообращением не позволяют обеспечить необходимый для республики объем оперативного лечения при пороках сердца, в том числе у детей. В результате, с одной стороны, здравоохранение несет неоправданные финансовые потери на оплату операций на сердце за пределами Республики Беларусь, с другой – подготовленные высококвалифицированные кадры кардиохирургов не в состоянии реализовать свой профессиональный потенциал.

Требуется значительного улучшения реабилитации кардиологических больных. С этой целью недостаточно используются возможности отделений (кабинетов) восстановительного лечения поликлиник. В большинстве своем поликлиники не располагают велоэргометрами, дефибрилляторами, что не позволяет обеспечить реабилитационные мероприятия на основе оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы. Существенным тормозом в развитии реабилитационного направления является отсутствие подготовленного медицинского персонала.

Обоснованную тревогу вызывает сложившаяся система оказания специализированной помощи сельскому населению. Удельный вес жителей села, обращающихся в кардиологические диспансеры, не превышает 15–20 %. Отсутствие должности врача-кардиолога в ряде районных больниц, недостаточная квалификация терапевтов по вопросам кардиологии определяют низкий уровень диагностики, раннего выявления и высокую смертность от сердечно-сосудистых заболеваний.

Целенаправленная работа по снижению заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний требует объективной оценки ситуации с постоянным анализом складывающихся отклонений и тенденций. Последнее невозможно без обеспечения достоверности получаемых статистических данных, основанных на качестве диагностики, унификации критериев постановки диагноза и причин смерти от БСК.

В условиях совершенствования экономических отношений в отрасли дальнейшее развитие кардиологической службы важно также с точки зрения квалифицированного решения вопросов экспертизы качества лечебно-диагностического процесса в ЛПУ республики, внедрения единых технологий.

В связи с вышеизложенным в целях совершенствования кардиологической помощи населению Республики Беларусь:

I. УТВЕРЖДАЮ:

- Структуру кардиологической службы (приложение 1);
- Положение о кардиологическом диспансере (диспансерном отделении) (приложение 2);
- Положение о кардиологическом кабинете поликлиники (приложение 3);
- Положение о кардиологическом отделении стационара больницы, кардиологического диспансера (приложение 4);

- Положение об инфарктном отделении стационара больницы, кардиологического диспансера (приложение 5);
- Положение о главном кардиологе (приложение 6);
- Штатные нормативы медицинского персонала кардиологического диспансера (приложение 7);
- Перечень медицинского оборудования, необходимого для обеспечения достаточного объема кардиологической помощи на всех уровнях ЛПУ (приложение 8);
- Положение по оценке качества работы отделений (учреждений) кардиологического профиля на основе моделей конечных результатов (приложение 9);
- Расчетные нагрузки врачей-кардиологов на консультативном приеме – 3 посещения в час.

II. ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Зав. отделами, начальникам управлений здравоохранения, облисполкомов и Минского горисполкома:

1.1. организовать работу кардиологических диспансеров, кардиологических и инфарктных стационаров и кабинетов поликлиник в соответствии с положениями, утвержденными настоящим приказом;

1.2. считать целесообразным создание кардиологических кабинетов во всех поликлиниках городов областного подчинения;

1.3. с целью обеспечения доступности специализированной кардиологической помощи на селе рекомендовать введение в штаты поликлиник ЦРБ должности врача-кардиолога и соответственно должности медицинской сестры;

1.4. возложить организационно-методическое руководство оказанием кардиологической лечебно-профилактической помощи населению областей, г. Минска на кардиологические диспансеры, сохранив в их структуре организационно-методические кабинеты;

1.5. обеспечить работу главных кардиологов областей, г. Минска в соответствии с положением, утвержденным данным приказом;

1.6. с учетом внедрения новых экономических отношений повысить ответственность участковых врачей-терапевтов, педиатров за работу по раннему выявлению лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, современному проведению профилактических, лечебно-оздоровительных мероприятий больным кардиологической патологией, улучшение качества диагностики;

1.7. обеспечить систематический контроль за деятельностью учреждений здравоохранения, направляющих больных, перенесших инфаркт миокарда, аорто-коронарное шунтирование, на долечивание в отделения реабилитации санаториев профсоюзов, за рациональным использованием выделенных для этих целей путевок;

1.8. организовать в составе всех кардиологических диспансеров отделения реабилитации, возложив на них задачи по организационно-методической и консультативной помощи отделениям (кабинетам) восстановительного лечения поликлиник в проведении реабилитации больных с перенесенным инфарктом миокарда и другой кардиальной патологией;

1.9. принять меры по дооснащению соответствующей аппаратурой областных и Минского городского кардиологических диспансеров в соответствии с их функциями;

1.10. оснастить все линейные бригады станций (отделений) скорой медицинской помощи СВА, СВУБ электрокардиографами;

1.11. обеспечить повсеместное внедрение новых форм организации медицинской помощи кардиологическим больным – дневных стационаров, стационаров на дому, стационаров краткосрочного пребывания;

1.12. содействовать организации и проведению совместно с органами местной исполнительной власти: в общеобразовательных школах, ПТУ, техникумах, вузах занятий по основам здорового образа жизни, предупреждению АГ и ИБС; в школах УВД – занятий по вопросам оказания неотложной помощи (непрямой массаж сердца, ИВЛ). Используя средства массовой информации (ТВ, радио, печать), обеспечить широкую пропаганду вопросов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, здорового образа жизни;

1.13. шире внедрять опыт по организации при кардиологических диспансерах, кардиологических кабинетах поликлиник школ для больных ГБ; больных, перенесших инфаркт миокарда, по вопросам вторичной профилактики и здорового образа жизни;

1.14. в плане мероприятий по повышению достоверности статистических показателей заболеваемости БСК и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний:

- обеспечить должный контроль за выявлением, учетом и анализом заболеваемости;
- взять под контроль и обязать главных специалистов (терапевта, кардиолога, невропатолога) организовать регулярную проверку обоснованности установления в качестве причины смерти сердечно-сосудистого заболевания, правильности заполнения медицинских свидетельств о смерти;

- обязать руководителей ЛПУ проводить учебу врачей ЛПУ, персонала кабинетов (отделений) статистики, среднего медперсонала ФАПов по критериям установления основных сердечно-сосудистых заболеваний, являющихся причиной смерти, с разъяснением по заполнению медицинских свидетельств о смерти, шифровке диагноза по МКБ-9; ежеквартальные врачебные разборы выявленных случаев неправильного установления причины смерти.

2. Начальнику управления комплексного и социального развития (т. Абрамович Н.С.) обеспечить строительство Республиканского кардиологического центра в составе Белорусского НИИ кардиологии и Минского городского кардиологического диспансера.

3. Белорусскому НИИ кардиологии (т. Сидоренко Г.И.):

3.1. в рамках функций головного учреждения обеспечить методическое руководство кардиологической службой и общетерапевтической сетью по вопросам оказания специализированной кардиологической помощи населению республики, организации профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и восстановительного лечения;

3.2. с целью укрепления материально-технической базы кардиологической службы Республики Беларусь обеспечить своевременное и качественное выполнение заданий республиканской научно-технической программы «Диагностика», предусматривающих серийный выпуск интеллектуальных электрокардиографов, реографической, эхокардиографической аппаратуры;

3.3. подготовить в течение 1993 года инструктивно-методические документы по совершенствованию организационных форм, методов выявления, диагностики и лечения ИБС, ГБ, факторов риска и их профилактики на базе поликлиник и медико-санитарных частей;

3.4. совместно с кафедрой кардиологии БелГИУВа (т. Мрочек А.Г.):

- разработать квалификационные требования врача-кардиолога и утвердить объем профессиональных требований и базовый объем знаний кардиологов в зависимости от квалификационной категории, квалификационные тесты и компьютерные программы аттестации;

- разработать и утвердить в пределах Республики Беларусь единые методические подходы к постановке диагноза сердечно-сосудистых заболеваний, классификациям, статистическому учету;

3.5. совместно с Белорусским центром медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения (т. Океанов А.Е.) разработать и внедрить автоматизированную систему учета инфаркта миокарда.

4. Ректору БелГИУВа (т. Руцкий А.В.) дополнить программы курсов специализации и усовершенствования по кардиологии, расширив в них тематику по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, пропаганды здорового образа жизни, реабилитации больных ГБ и ИБС и инвалидов.

5. Главному управлению организации и контроля медицинской помощи Министерства здравоохранения Беларуси (т. Михалевич П.Н.):

5.1. принять необходимые меры по улучшению доступности и качества специализированной кардиологической помощи населению республики на всех этапах медицинского обслуживания, организации внедрения новых методов диагностики и лечения;

5.2. в течение 1993 года определить объемы оказания кардиологической помощи на различных уровнях (ФАП, СВА, СВУБ, ЦРБ, область и т.д.).

6. Производственно-торговому объединению «Медтехника» (т. Семенюк Г.Г.):

6.1. в соответствии с заявками органов здравоохранения и перечнем необходимого оборудования на всех уровнях оказания специализированной кардиологической помощи принять меры к первоочередному (в течение 1993–1994 гг.) обеспечению их необходимой аппаратурой и оборудованием;

6.2. содействовать в приобретении для Республиканского кардиологического центра ангиографической установки, дыхательно-наркотической аппаратуры, комплектующих для операций с искусственным кровообращением.

7. Управлению науки, подготовки кадров и внешних связей Министерства здравоохранения Республики Беларусь (т. Шило В.В.):

7.1. при разработке программ интернатуры и стажировки по терапии с 1993 года предусмотреть увеличение часов по кардиологии с прохождением интернатуры до 2 месяцев на базе областных кардиологических диспансеров, в г. Минске – на базе 4-й клинической больницы;

7.2. предусмотреть включение в программы интернатуры и стажировки и постдипломной подготовки врачей анестезиологов-реаниматологов вопросов по ЭКГ-диагностике инфаркта миокарда, сложных нарушений сердечного ритма и интенсивной терапии при неотложных кардиологических состояниях с прохождением обучения на базе специализированных кардиологических учреждений.

8. Считать утратившими силу приказы Минздрава СССР от 30 октября 1978 г. № 1038 «О мерах по дальнейшему развитию кардиологической помощи населению», от 25 марта 1983 г. № 322 «О штатных нормативах медицинского персонала кардиологических диспансеров», Минздрава БССР от 30 января 1989 г. № 13 «О создании Республиканского научно-практического методического объединения (НПМО) «Кардиология».

9. Контроль за выполнением данного приказа возложить на главного терапевта Минздрава Республики Беларусь т. Сытого В.П.

Министр

В.С.Казakov

Приложение 1

к приказу

Министерства здравоохранения
Республики Беларусь

24.03.1993 № 47

СТРУКТУРА

кардиологической службы Республики Беларусь

1. Республиканский уровень

1.1. Головное учреждение – Белорусский научно-исследовательский институт кардиологии Минздрава Республики Беларусь

1.2. Кафедра кардиологии БелГИУВа

2. г. Минск

2.1. Минский городской кардиологический диспансер

2.2. Кардиологические (инфарктные) стационары

3. Областной уровень

3.1. Областные кардиологические диспансеры (областное ТМО «Кардиология» г. Витебска), выполняющие также функции городских кардиологических центров

3.2. Кардиологические стационары областных, городских больниц

3.3. Кардиологические кабинеты поликлиник в городах областного подчинения

4. Районный уровень

4.1. Кардиологические кабинеты центральных районных больниц

**Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской
помощи Минздрава Беларуси**

П.Н.Михалевич

ПОЛОЖЕНИЕ
о кардиологическом диспансере (диспансерном отделении)

1. Кардиологический диспансер (диспансерное отделение) является организационно-методическим и специализированным лечебно-профилактическим центром по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями населения области (города).

2. Выполняет функции головного областного (городского) учреждения по организации оказания специализированной кардиологической помощи населению соответствующей области (города).

3. Осуществляет свою работу под методическим руководством Главного управления медицинской помощи Минздрава Республики Беларусь, Белорусского НИИ кардиологии и отделов (управлений) здравоохранения облисполкомов (Минского горисполкома).

4. Основными задачами кардиологического диспансера (диспансерного отделения) являются:

4.1. Оказание населению высококвалифицированной лечебно-диагностической, консультативной и реабилитационной помощи при сердечно-сосудистых заболеваниях неревматической этиологии; диспансерное наблюдение за больными трудоспособного возраста, перенесшими инфаркт миокарда и операцию на сердце (в течение 2 лет), больными ГБ, ИБС, стенокардией напряжения с осложненным течением, со сложными нарушениями ритма из закрепленных районов обслуживания.

4.2. Организация, проведение и контроль повышения квалификации кардиологов, анестезиологов-реаниматологов, терапевтов, врачей первичного звена здравоохранения и среднего медперсонала в области кардиологии.

4.3. Организация профилактической и оздоровительной работы в регионе, пропаганды здорового образа жизни.

4.4. Организационно-методическая помощь и контроль за работой кардиологических кабинетов поликлиник, кардиологических стационаров, общетерапевтической сети по вопросам профилактики, диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистой патологией; отделений восстановительного лечения – по вопросам реабилитации сердечно-сосудистых больных. Обобщение передового опыта ЛПУ области (города) по организации выявления, лечения и реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и его пропаганда.

4.5. Анализ динамики показателей здоровья населения (заболеваемости основными сердечно-сосудистыми заболеваниями, временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности от них).

4.6. Постоянный анализ и экспертная оценка уровня диагностики, качества диспансеризации, адекватности и эффективности лечения, мероприятий по первичной и вторичной профилактике и реабилитации в учреждениях здравоохранения.

4.7. Составление комплексных планов мероприятий по совершенствованию кардиологической помощи населению области (города) и предложений для формирования социального заказа на проведение научных исследований.

4.8. Организация и контроль внедрения новых методов профилактики, диагностики и лечения в ЛПУ области (города).

5. Кардиологический диспансер является юридическим лицом, имеет гербовую печать, штамп. Находится в непосредственном ведении и на бюджете областного (городского) органов здравоохранения. Имеет собственный счет, ведет учетно-отчетную документацию, утвержденную Минздравом Республики Беларусь.

6. Руководство деятельностью кардиологического диспансера осуществляет главный врач, назначаемый и увольняемый в установленном порядке.

7. Главный врач кардиологического диспансера является штатным главным кардиологом области (города) и несет полную ответственность за организацию кардиологической помощи населению региона.

8. Кардиологический диспансер имеет право хозрасчетной и договорной медицинской деятельности сверх нормативных видов медицинской помощи.

**Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской
помощи Минздрава Беларуси**

П.Н.Михалевич

Приложение 3
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
24.03.1993 № 47

ПОЛОЖЕНИЕ о кардиологическом кабинете поликлиники

1. Кардиологический кабинет является специализированным структурным подразделением поликлиники или кардиологического диспансера, обеспечивающим квалифицированную лечебно-диагностическую помощь, мероприятия по реабилитации населения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы неревматической этиологии, а также организационно-методическую работу по профилактике сердечно-сосудистой патологии в районе деятельности учреждения.

2. Основными задачами кабинета являются:

2.1. оказание квалифицированной лечебно-диагностической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

2.2. разработка и проведение организационных и методических мероприятий по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, раннему выявлению, оздоровлению и улучшению качества медицинского обслуживания больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

3. В соответствии с поставленными задачами кабинет осуществляет:

3.1. проведение консультаций больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

3.2. диспансерное наблюдение и лечение больных трудоспособного возраста:
– ишемической болезнью сердца с частыми приступами стенокардии, а также нарушениями ритма;

– гипертонической болезнью с преимущественным поражением сердца (II стадии);

– перенесших инфаркт миокарда, аортально-коронарное шунтирование;

– больных с имплантированными кардиостимуляторами;

3.3. организационно-методическое руководство и контроль за мероприятиями, проводимыми в поликлинике по первичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний; раннему выявлению больных с сердечно-сосудистой патологией; диспансеризации, динамическому наблюдению в группах высокого риска;

3.4. проведение экспертной оценки качества диспансеризации, лечебно-диагностического процесса, в том числе у лиц, впервые вышедших на инвалидность и умерших в трудоспособном возрасте;

3.5. анализ динамики временной и стойкой утраты трудоспособности и смертности у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями;

3.6. контроль за правильностью выдачи свидетельств о смерти от сердечно-сосудистых заболеваний, соответствием посмертного диагноза и истинной причины смерти;

3.7. организацию и проведение мероприятий по повышению квалификации терапевтов, врачей других специальностей и среднего медицинского персонала учреждения в области кардиологии;

3.8. внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями;

3.9. организацию и проведение пропаганды медицинских знаний по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, здоровому образу жизни.

4. На должность врача кардиологического кабинета назначается квалифицированный терапевт, имеющий специальную подготовку по кардиологии.

5. Врач кардиологического кабинета выполняет функции главного внештатного кардиолога района. Работает в тесном контакте с врачами – участковыми терапевтами территориальных и цеховых врачебных участков и врачами-специалистами другого профиля. Подчиняется главному врачу поликлиники или его заместителю. В своей работе руководствуется данным Положением.

**Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской
помощи Минздрава Беларуси**

П.Н.Михалевич

Приложение 4
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
24.03.1993 № 47

ПОЛОЖЕНИЕ

о кардиологическом отделении стационара больницы, кардиологического диспансера

1. Кардиологическое отделение является структурным подразделением многопрофильной больницы, кардиологического диспансера. Предназначено для оказания специализированной лечебно-диагностической помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями неревматической этиологии как в случае плановой, так и экстренной госпитализации.

2. Кардиологическое отделение в своей деятельности использует все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения больницы и диспансера, в составе которого оно организовано. В отделении должно быть обеспечено экстренное проведение лабораторных исследований.

3. Основными задачами кардиологического отделения являются:

3.1. оказание высококвалифицированной лечебно-диагностической помощи больным с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда, стенокардией, гипертонической болезнью и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, проведение комплекса мероприятий по медицинской реабилитации данной категории больных;

3.2. оказание консультативной помощи врачам других отделений больницы в вопросах диагностики и лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

4. Показаниями для госпитализации в кардиологическое отделение являются:

– артериальная гипертония, впервые выявленная у больных в возрасте до 40 лет при необходимости уточнения диагноза;

– артериальная гипертония неясного характера (для исключения симптоматических артериальных гипертензий);

– высокая и стабильная гипертония при неэффективности лечения на поликлиническом уровне;

– гипертонические кризы: второго порядка средней и тяжелой степени тяжести;

– инфаркт миокарда;

– нестабильная стенокардия, впервые возникающая, прогрессирующая стенокардия;

– стенокардия при неэффективности лечения на поликлиническом уровне; с целью уточнения диагноза;

– острые нарушения ритма и проводимости;

– сложные нарушения ритма и проводимости для подбора терапии;

– острая сердечная недостаточность;

– хроническая сердечная недостаточность в стадии декомпенсации.

5. При наличии в больнице отделения реанимации больные инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией с ишемическими изменениями ЭКГ госпитализируются в кардиологическое отделение через отделение реанимации.

6. В соответствии с основными задачами в отделении:

6.1. осуществляется обследование, лечение и медицинская реабилитация больных указанного профиля;

6.2. систематически осваиваются и внедряются новые эффективные методы диагностики, лечения и реабилитации больных;

6.3. обеспечивается работа по повышению квалификации врачей и среднего медперсонала по вопросам медицинской помощи при сердечно-сосудистой патологии;

6.4. проводится анализ эффективности работы отделения по конечным результатам, экспертиза качества. Разрабатываются мероприятия по улучшению качества лечебно-диагностической помощи и снижению больничной летальности при сердечно-сосудистых заболеваниях;

6.5. ведется медицинская документация, учет по утвержденным формам и в установленные сроки.

7. При отделении 60 и более коек могут создаваться палаты реанимации и интенсивной терапии до 6 коек за счет коек палат реанимации и интенсивной терапии, положенных больнице по действующему положению.

8. Кардиологическое отделение может служить базой для подготовки, специализации и усовершенствования медицинских кадров по кардиологии.

9. Отделение возглавляется заведующим, назначаемым и увольняемым в установленном порядке.

10. На должность заведующего назначается врач, имеющий общий стаж по терапии не менее 5 лет и прошедший специальную подготовку по кардиологии, неотложной кардиологии и медицинской реабилитации.

11. Зав. отделением, врачи, средний младший медицинский персонал в своей работе руководствуются соответствующими положениями и должностными обязанностями, утвержденными в установленном порядке.

**Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской
помощи Минздрава Беларуси**

П.Н.Михалевич

Приложение 5
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
24.03.1993 № 47

ПОЛОЖЕНИЕ

об инфарктном отделении стационара больницы, кардиологического диспансера

1. Инфарктное отделение – специализированное отделение кардиологии, являющееся структурным подразделением многопрофильной больницы, кардиологического диспансера. Предназначено для оказания высококвалифицированной лечебно-диагностической помощи и реабилитационных мероприятий больным инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. По экстренной госпитализации в инфарктное отделение могут поступать также больные с острой сердечной недостаточностью, сложными нарушениями ритма. В инфарктном отделении больные инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией должны составлять не менее 70 %.

2. Инфарктное отделение в своей деятельности использует все лечебно-диагностические и вспомогательные подразделения больницы или диспансера, в составе которого организовано.

3. При наличии в больнице отделения реанимации больные инфарктом миокарда в остром периоде и нестабильной стенокардией с ишемическими изменениями ЭКГ госпитализируются в инфарктное отделение через отделение реанимации.

4. Основными задачами инфарктного отделения являются:

4.1. оказание высококвалифицированной лечебно-диагностической помощи больным с ИБС, инфарктом миокарда, нестабильной стенокардией, острой сердечной недостаточностью, сложными нарушениями ритма;

4.2. осуществление необходимого объема мероприятий по физической реабилитации больных инфарктом миокарда, отбору и направлению на санаторный этап восстановительного лечения;

4.3. оказание консультативной помощи врачам других отделений больницы в вопросах диагностики и лечения больных инфарктом миокарда, другими острыми и подострыми формами ИБС.

5. При инфарктном отделении 60 и более коек создаются палаты реанимации и интенсивной терапии мощностью до 6 коек за счет коек палат реанимации и интенсивной терапии, положенных больнице по действующему положению.

6. Должности врачей-кардиологов для инфарктного отделения устанавливаются из расчета 1 должность на 15 коек. Должности врачей анестезиологов-реаниматологов, медицинских сестер (палатных) и младших медицинских сестер по уходу за больными для обслуживания палат реанимации и интенсивной терапии устанавливаются – по 1 круглосуточному посту каждой категории персонала врачей, средних и младших медицинских работников.

7. Должность врача лечебной физкультуры устанавливается из расчета 1 должность на 40 коек с возложением на него функциональных обязанностей по проведению велоэргометрического тестирования и всех аспектов физической реабилитации, включающих специальные тренирующие воздействия.

8. Должности инструкторов по лечебной физкультуре со средним образованием и должности массажистов устанавливаются из расчета 1 должность на 30 коек для больных инфарктом миокарда.

9. В инфарктном отделении должно быть обеспечено экстренное проведение лабораторных исследований, предусмотрены помещения для проведения занятий ЛФК, тренирующих программ в раннем периоде инфаркта миокарда.

10. В соответствии с поставленными задачами в отделении:

10.1. систематически осваиваются и внедряются новые эффективные методы диагностики, лечения и реабилитации больных инфарктом миокарда, другими острыми и подострыми формами ИБС;

10.2. обеспечивается повышение квалификации персонала, в том числе и других подразделений больницы по вопросам медицинской помощи, интенсивной терапии и реабилитации при сердечно-сосудистых заболеваниях;

10.3. анализируются результаты деятельности отделения, обеспечивается их экспертная оценка, разрабатываются мероприятия по улучшению качества лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, снижению летальности;

10.4. ведется медицинская документация, учет по утвержденным формам в установленные сроки.

11. Инфарктное отделение может служить базой для подготовки, специализации и усовершенствования медицинских кадров в области кардиологии, в том числе реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

12. Отделение возглавляется заведующим, назначаемым и увольняемым в установленном порядке.

13. На должность заведующего назначается врач, имеющий общий стаж по терапии не менее 5 лет и прошедший специальную подготовку по кардиологии, неотложной кардиологии и медицинской реабилитации.

14. Зав. отделением, врачи, средний и младший медицинский персонал в своей работе руководствуются соответствующими положениями и должностными обязанностями, утвержденными в установленном порядке.

ПОЛОЖЕНИЕ
о главном кардиологе областного (Минского городского) отдела (управления)
здравоохранения

1. Главный кардиолог назначается приказом отдела (управления) здравоохранения облисполкома (Минского горисполкома), как правило, из числа главных врачей кардиологических диспансеров (диспансерных отделений), имеющих стаж работы по специальности не менее пяти лет.

2. Главный кардиолог непосредственно подчиняется руководству отдела (управления) здравоохранения, работает под методическим руководством Главного управления организации и контроля медицинской помощи Минздрава Республики Беларусь, Белорусского НИИ кардиологии.

3. В своей работе руководствуется настоящим положением, нормативными актами вышестоящих органов здравоохранения и действующим законодательством.

4. Основными задачами главного кардиолога являются:

4.1. координация работы кардиологического диспансера, кардиологических стационаров, кабинетов поликлиник, осуществление контроля за исполнением возложенных на них задач и оказание им необходимой организационно-методической помощи;

4.2. разработка и проведение мероприятий, направленных на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, раннее их выявление, повышение эффективности специализированной кардиологической помощи больным, снижение заболеваемости болезнями системы кровообращения, в том числе с временной утратой трудоспособности, инвалидности и смертности;

4.3. методическая помощь врачам общетерапевтической сети, узким специалистам по вопросам профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний.

5. В соответствии с основными задачами главный кардиолог осуществляет:

5.1. совместно с соответствующими органами здравоохранения разработку комплексных планов мероприятий по развитию и совершенствованию кардиологической службы;

5.2. организацию лечебно-консультативной и методической помощи лечебно-профилактическим учреждениям по вопросам кардиологии;

5.3. экспертную оценку качества диагностики и лечения больных сердечно-сосудистыми заболеваниями на всех уровнях оказания медицинской помощи;

5.4. контроль за формированием статистической информации по основным показателям деятельности кардиологической службы (заболеваемость, в том числе с временной нетрудоспособностью, первичный выход на инвалидность, смертность) в лечебно-профилактических учреждениях, на уровне районов. Тесное взаимодействие с отделами статистики областных больниц, отделов (управлений) здравоохранения по составлению статистической отчетности.

Анализ статистической информации в динамике, в том числе изучение причин выявляемых отклонений и подготовка предложений по их коррекции;

5.5. мероприятия по внедрению в практику здравоохранения новых методов профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, а также новых форм организации медицинской помощи. Обобщение и распространение передового опыта лечебно-профилактических учреждений, касающегося вопросов кардиологии;

5.6. изучение потребности в аппаратуре и лекарственных препаратах, участие в составлении годовых заявок, а также контроль за рациональным использованием оборудования;

5.7. организацию работы по повышению квалификации врачей и средних медицинских работников по кардиологии, участие в аттестации кардиологов и терапевтов;

5.8. организацию пропаганды здорового образа жизни, вопросов первичной и вторичной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний;

5.9. анализ заявлений, предложений и жалоб населения по вопросам организации и оказания кардиологической помощи. Изучение причин, порождающих жалобы, и принятие мер по их устранению.

6. Главному кардиологу предоставляется право:

6.1. вносить на рассмотрение руководящих органов здравоохранения предложения:

– по организационно-методическим и специальным вопросам профилактики, диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний;

– по вопросам текущего и перспективного развития кардиологической помощи в области (городе) с учетом потребности населения, достижений медицинской науки и практического здравоохранения;

– по обеспечению оборудованием и медикаментами, эффективному их использованию;

– по организации и проведению научно-практических конференций, семинаров, совещаний по вопросам оказания кардиологической помощи;

6.2. привлекать в установленном порядке к работе по организации профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний врачей общетерапевтической сети и необходимых специалистов;

6.3. проверять лечебно-профилактические учреждения и клиники по вопросам организации кардиологической помощи и давать их руководителям указания по улучшению этой работы.

**Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской
помощи Минздрава Беларуси**

П.Н.Михалевич

Приложение 7
утратило силу

Приложение 8
к приказу
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
24.03.1993 № 47

ПЕРЕЧЕНЬ

**медицинского оборудования, необходимого для обеспечения достаточного объема
кардиологической помощи на всех уровнях ЛПУ**

1. ФАПы, сельские врачебные амбулатории, сельские участковые больницы:
 - электрокардиограф (одноканальный).
2. Линейные бригады скорой медицинской помощи:
 - электрокардиограф (одноканальный).
3. Специализированные бригады скорой медицинской помощи:
 - электрокардиограф (одноканальный);
 - преобразователь электрического тока для снятия ЭКГ в машине;
 - дефибриллятор;
 - аппаратура для ИВЛ.
4. Поликлиники:
 - эхокардиограф (Т и В-режим);
 - электрокардиографы (одноканальный, многоканальный);
 - велоэргометр;
 - реографическая аппаратура для определения центральной и мозговой гемодинамики и реовазографии;
 - кардиомониторы (типа микрокардиоанализатора);
 - дефибриллятор;

– электрокардиостимуляторы.

5. Центральная районная больница, городская больница – см. п. 4.

Дополнительно:

– диагностические комплексы для мониторингового наблюдения типа «Лента-МТ»;

– кардиомониторные блоки для палат интенсивной терапии, отделения реанимации;

– аппаратура для ИВЛ;

– велотренажеры.

6. Областная больница, кардиологические диспансеры:

см. пп. 4, 5.

Дополнительно:

– эхокардиограф (режим Т, В, доплер-импульсивный и непрерывный);

– аппаратура для электрофизиологических исследований сложных нарушений сердечного ритма;

– аппаратно-программный комплекс «Импекард» для определения центральной, мозговой и периферической гемодинамики.

**Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской
помощи Минздрава Беларуси**

П.Н.Михалевич

Приложение 9

к приказу

Министерства здравоохранения

Республики Беларусь

24.03.1993 № 47

ПОЛОЖЕНИЕ

по оценке качества работы отделений (учреждений) кардиологического профиля на основе моделей конечных результатов

Работа отделений, учреждений кардиологического профиля оценивается посредством оценки качества лечебно-диагностического процесса и оценки эффективности деятельности на основе моделей конечных результатов.

Оценка качества лечебно-диагностического процесса проводится на основе данных, экспертных оценок, соответствия медицинских технологий стандартам качества на данном этапе в данных условиях.

Для кардиологических кабинетов:

1. Экспертная оценка уровня качества лечения:

– выборочно на определенное количество больных, находящихся на лечении;

– на каждого больного, впервые признанного инвалидом вследствие сердечно-сосудистого заболевания;

– на каждого умершего на дому в трудоспособном возрасте.

2. Экспертная оценка уровня качества диспансеризации:

– по приведенным выше позициям на больных, стоящих на диспансерном учете.

Для кардиологических диспансеров:

1. Экспертная оценка уровня качества лечения и диспансеризации (см. выше) – относительно контингента, состоящего на диспансерном учете у врачей диспансера.

2. Экспертная оценка уровня качества лечебно-консультативной помощи (выборочно).

Для кардиологических стационаров:

1. Экспертная оценка уровня качества лечебно-диагностической помощи:

– больных, закончивших лечение (выборочно);

– умерших в стационаре больных;

– всех случаев повторной госпитализации;

– всех случаев расхождения клинико-патологоанатомического диагноза.

На всех уровнях оценки качества лечебно-диагностического процесса целесообразно дополнять данными изучения удовлетворенности населения качеством медицинской помощи (анкетирование, социальные опросы).

Оценка эффективности деятельности учреждений (отделений) на основе моделей конечных результатов проводится с учетом следующих показателей:

Для кардиологических кабинетов поликлиник:

В качестве показателей результативности используются наряду с оценкой качества лечения и диспансеризаций следующие показатели:

- процент охвата населения обслуживаемого района измерением АД;
- первичный выход на инвалидность вследствие сердечно-сосудистых заболеваний (случаев на 10 тыс. работающих на территории, обслуживаемой поликлиникой, ЦРБ);
- смертность лиц трудоспособного возраста;
- заболеваемость с временной нетрудоспособностью в диспансерной группе, среднее пребывание на больничном листке по сердечно-сосудистым заболеваниям;
- процент возвращения к труду лиц трудоспособного возраста, перенесших инфаркт миокарда;
- процент реабилитации инвалидов (полной, частичной).

Показатели дефектов:

- процент расхождения диагнозов при направлении в стационар, на консультации в кардиологический диспансер, БелНИИ кардиологии;
- количество инсультов, инфарктов миокарда среди больных ГБ, ИБС, не стоящих на диспансерном наблюдении;
- несвоевременная диагностика инфаркта миокарда;
- внезапная смерть на дому от сердечно-сосудистых заболеваний (инфаркт миокарда, острая коронарная недостаточность, инсульт) среди больных трудоспособного возраста, не наблюдавшихся врачом;
- несвоевременное выявление, взятие на диспансерный учет, дефекты наблюдения у лиц, впервые признанных инвалидами и умерших от БСК в трудоспособном возрасте;
- обоснованные жалобы.

Для кардиологического диспансера:

Показатели результативности:

- процент активно выявленных больных сердечно-сосудистыми заболеваниями из числа всех вновь зарегистрированных в текущем году;
- показатель первичного выхода на инвалидность по области (городу) на 10 тыс. работающих;
- показатель смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе в трудоспособном возрасте;
- временная нетрудоспособность (в случаях и днях на 100 работающих);
- процент возврата к труду среди лиц, перенесших инфаркт миокарда в трудоспособном возрасте;
- процент реабилитации инвалидов (полной, частичной).

Показатели дефектов:

- обоснованные жалобы.

Для кардиологического стационара:

Показатели результативности (наряду с оценкой уровня качества лечения):

- средняя длительность пребывания в стационаре при ГБ, стенокардии, инфаркте миокарда, активном ревматизме;
- процент охвата физической реабилитацией больных инфарктом миокарда (из числа показанных);
- летальность от инфаркта миокарда, острой коронарной недостаточности;
- общая летальность.

Показатели дефектов:

- расхождение клинико-патологоанатомического диагноза;
- повторная госпитализация в связи с преждевременной выпиской, осложнениями по вине отделения;
- необоснованный отказ в госпитализации.

**Начальник Главного управления
организации и контроля медицинской
помощи Минздрава Беларуси**

П.Н.Михалевич