

ПРИЛОЖЕНИЕ К ТЕМЕ №6

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО ДАННЫМ ГОДОВОГО ОТЧЕТА.

Основные положения темы

Для всех органов и учреждений здравоохранения существуют единые подходы к ведению учета и отчетности и соответственно единая медицинская документация: формы статической отчетности, утверждаемые Минздравсоцразвития России и Федеральной службой государственной статистики (Росстат), а также единые формы учета и инструкции по их заполнению. Медицинская документация представляет собой набор документов, предназначенных для записи данных о состоянии здоровья населения и отдельных лиц, отражающих характер, объем и качество оказываемой медицинской помощи, для ее организации и управления службами здравоохранения. Правильно организованный медицинский учет способствует рациональной организации труда медицинского персонала для улучшения медицинского обслуживания и создает возможность последовательно накапливать данные о деятельности учреждения. Медицинская отчетность представляет собой государственную общеобязательную программу обобщения сведений, накопленных в процессе ведения медицинского учета. Анализ данных медицинского учета и отчетности позволяет изучить деятельность ЛПУ, выявить достижения и недостатки в работе и понять их причины.

Кабинеты статистики в ЛПУ проводят работу по организации системы первичного учета, отвечают за текущую регистрацию деятельности, правильное ведение учетной документации и обеспечение руководства учреждения необходимой оперативной и итоговой статистической информацией. Они составляют отчеты и работают с первичной документацией. Медицинские информационно-аналитические центры (МИАЦ), организационно-методические отделы ЦРБ и бюро медицинской статистики субъектов Федерации обобщают результаты деятельности ЛПУ.

Анализ деятельности учреждений здравоохранения осуществляется для:

- совершенствования организации работ учреждения, текущего и перспективного планирования и экономической деятельности учреждений;
- определения эффективности различных методов лечения и диагностики, новых медицинских технологий и новых форм организации труда;
- оценки всех компонентов (структуры, технологии и результатов) качества оказания медицинской помощи населению.

Основную роль по организации первичного статистического учёта в учреждении и по составлению отчётной документации выполняют кабинеты медицинской статистики.

Функции кабинета медицинской статистики:

1. организация статистического учёта в подразделениях учреждений;
2. инструктаж работников, заполняющих учётную документацию и контроль за правильным ведением документации и достоверностью содержащейся в ней информации;
3. составление сводных (ежедневных, ежемесячных, квартальных и т.д.) учётных документов и вычисление показателей, необходимых для оперативного управления;
4. составление периодических (ежемесячных, квартальных, полугодовых) отчётов и годового отчёта и представление их по формам в адреса и сроки, предусмотренные табелем государственной статистической отчётности;
5. проведение специальных статистических разработок по заданию руководства;
6. подготовка статистических материалов и участие в работе по анализу деятельности учреждения по составлению бизнес-планов;
7. подготовка статистических материалов для лицензирования и аккредитации учреждения;
8. рациональная организация хранения учётных документов и контроль за бесперебойным снабжением всех подразделений необходимыми учётными статистическими документами.

Основным отчётным документом медицинского учреждения является годовой отчёт «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении за ____год» (ф. 30) и вкладыши к отчёту: «Сведения о медицинских кадрах» (ф. 17); «Сведения о числе заболеваний...» (ф.12), «Сведения и деятельности стационара» (ф.14), «Сведения о медицинской помощи беременным...» (ф.32), «Сведения о медицинской помощи детям...» (ф.31), «Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения в системе ОМС за 20__год» (ф. 52). Кроме того, в различных медицинских учреждениях заполняются вкладыши к отчёту, характеризующие особенности деятельности данных учреждений.

Структура годового отчёта (ф. 30) включает:

Введение.

Раздел I. Штаты учреждения на конец года.

Раздел II. Деятельность поликлиники (амбулатории, диспансера, консультации).

Раздел III. Деятельность стационара.

Раздел IV. Работа лечебных вспомогательных отделений (кабинетов).

Раздел V. Работа диагностических отделений.

Раздел VI. Антирабическая деятельность.

Раздел VII. Оснащённость электронно-вычислительной техникой.

Раздел VIII. Техническое состояние здания.

Введение содержит сведения о структуре учреждения и его мощности. Мощность поликлиники определяется числом плановых посещений в смену; мощность больниц – числом сметных коек.

Отчётные документы составляются в кабинете медицинской статистики на основании данных учётных статистических документов, которые заполняются работниками соответствующих подразделений. Для различных ЛПУ установлен и утверждён определённый перечень учётных статистических документов.

I. Анализ деятельности многопрофильной больницы по данным годового отчета

I. Оценка укомплектованности штатов и квалификации кадров.

Для всех лечебно-профилактических учреждений на основании данных ф. 30 «Сведения о медицинских кадрах» рассчитываются показатели, характеризующие кадры учреждения:

Показатели укомплектованности штатов:

1. Показатели укомплектованности штатов рассчитываются по каждой категории работников (врачи, средний и младший медперсонал) и по каждой врачебной специальности:

$$\text{а) Показатель укомплектованности штатов врачей} = \frac{\text{число занятых врачебных должностей}}{\text{штат}} \times 100\%$$

число штатных врачебных должностей

$$\text{б) Показатель укомплектованности штатов врачей физических лиц} = \frac{\text{число занятых врачебных должностей за счёт физических лиц}}{\text{число штатных врачебных должностей}} \times 100\%$$

При внедрении прогрессивных форм организации и оплаты труда (коллективного, арендного и особенно бригадного подряда) эти показатели а) и б) могут существенно отличаться в связи со стремлением за счёт интенсификации труда меньшим числом работников выполнять больший объём работ. Однако, непомерное уменьшение числа работников ведёт к увеличению нагрузки и, в конечном итоге, снижению качества медицинской помощи.

Квалификацию кадров позволяют оценить:

$$\text{Удельный вес врачей (средних медработников), имеющих квалификационную категорию} = \frac{\text{число врачей, имеющих квалификационную категорию}}{\text{число врачей, работающих в ЛПУ}} \times 100\%$$

Показатель рассчитывается по каждой категории (высшей, I, II для врачей и I, II для средних медработников).

$$\text{Удельный вес врачей (средних медработников), прошедших усовершенствование в течение последних пяти лет} = \frac{\text{число врачей, прошедших усовершенствование в течение 5 лет}}{\text{число врачей, работающих в ЛПУ}} \times 100\%$$

$$\text{Удельный вес врачей, имеющих учёную степень} = \frac{\text{число врачей, имеющих учёную степень кандидата или доктора медицинских наук}}{\text{число врачей, работающих в ЛПУ}} \times 100\%$$

Показатели, характеризующие укомплектованность штатов и состав кадров, являются одним из элементов оценки и контроля качества медицинской помощи населению.

$$\text{Соотношение врачей и средних медицинских работников} = \frac{\text{число врачей (физических лиц)}}{\text{число средних медицинских работников (физических лиц)}}$$

$$\text{Коэффициент совместительства должностей врачей и средних медработников} = \frac{\text{число занятых врачебных должностей}}{\text{число физических лиц врача}}$$

II. Структура, организация и анализ работы поликлиники.

В основу деятельности поликлиники положен территориально-участковый принцип, т.е. оказание медицинской помощи населению, проживающему на закреплённой территории. Этот принцип сохранён и в работе отдельных врачей.

Территориально-участковый принцип даёт много преимуществ в организации медицинского обслуживания населения, главным из которых является полная осведомлённость поликлиники и отдельных врачей о населении, т.е. о демографической ситуации, заболеваемости, условиях жизни, труда и пр.

Первостепенное место в повышении качества поликлинической помощи занимает продуманная научно-обоснованная система управления. Постоянное изучение потребностей населения во внебольничном обслуживании является важным моментом в развитии амбулаторно-поликлинической помощи. Основным плановым показателем в

поликлиниках является посещаемость (количество посещений в расчёте на одного жителя в год).

Современная **поликлиника** является крупным многопрофильным, специализированным лечебно-профилактическим учреждением, предназначенным оказывать медицинскую помощь и осуществлять комплекс профилактических мероприятий по оздоровлению населения и предупреждению заболеваний.

В её **функции** входят:

- оказание первой медицинской помощи при острых и внезапных заболеваниях, травмах;
- лечение больных при обращении в поликлинику и на дому;
- организация проведения диспансеризации;
- экспертиза временной нетрудоспособности, освобождение больных от работы и направление на медико-социальную экспертизу лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности;
- направление больных на санаторно-курортное лечение;
- своевременная госпитализация нуждающихся в стационарном лечении.

Поликлиника проводит большую профилактическую, противоэпидемическую, санитарно-просветительную работу среди населения, изучает здоровье прикрепленного контингента населения, выявляет заболевания в ранних стадиях, организует статистический учёт и анализ показателей состояния здоровья населения, заболеваемости с временной утратой трудоспособности, показателей деятельности отдельных врачей, учреждения в целом.

Основными структурными подразделениями поликлиники являются:

1. Руководство поликлиники.
2. Регистратура.
3. Отделение профилактики.
4. Лечебно-профилактические подразделения (терапевтические, хирургические, травматологические и другие специализированные отделения и кабинеты).
5. Вспомогательные диагностические и лечебные отделения (рентгеновское отделение, лаборатория, отделение функциональной диагностики, физиотерапии и т.д.).
6. Кабинет учёта и медицинской статистики.
7. Административно-хозяйственная часть.

В настоящее время в структуру поликлиники может входить дневной стационар, отделение неотложной помощи, центр амбулаторной хирургии и другие службы.

Поликлиникой на правах единоначалия руководит главный врач; вторым лицом является заместитель главного врача по лечебной работе, который отвечает за всю медицинскую деятельность поликлиники. Прямым помощником его является главная медицинская сестра, которая руководит работой среднего медицинского персонала.

Вопросы оценки качества медицинской помощи, экспертизы нетрудоспособности находятся в ведении заместителя главного врача по клинко-экспертной работе (который является председателем ВЭК). Ответственным лицом в поликлинике является заместитель главного врача по административно-хозяйственной части.

Первое знакомство посетителей с поликлиникой начинается в **регистратуре**. Она является основным её структурным подразделением по организации приёма больных поликлиники и на дому.

В её **задачи** входит:

- организация предварительной и неотложной записи больных на приём к врачу;
- обеспечение чёткого регулирования интенсивности потока населения с целью создания равномерной нагрузки врачей и распределение его по видам оказываемой помощи;
- проведение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей, правильное ведение и хранение картотеки поликлиники.

В настоящее время предусмотрено три метода организации записи посетителей на приём к врачу: талонная система, самозапись, комбинированный метод. При талонной

системе записи поток первично обратившихся больных проходит через участковых регистраторов. Посетители получают талоны с указанием порядкового номера очереди, фамилии врача, номера кабинета и времени явки на приём; при самозаписи на приём к врачу посетители сами в специальные листы вписывают свои паспортные данные с указанием удобного для них времени приёма. При комбинированном методе в лист записи записываются только первичные больные. Повторным больным врач выдаёт специальную «фишку» с указанием даты и времени приёма, которая подлежит обмену в регистратуре на талон приёма. В ряде поликлиник в настоящее время к участковым терапевтам пациенты могут попадать на приём, минуя регистратуру (т.е. отсутствуют как талоны на приём, так и самозапись).

В поликлиниках, обслуживающих более 30 тыс. населения, создаются отделения профилактики.

Основными задачами отделения профилактики являются:

- организационное обеспечение диспансеризации населения;
- организация и проведение предварительных и периодических осмотров;
- раннее выявление заболеваний и лиц, имеющих факторы риска;
- подготовка и передача врачам медицинской документации на выявленных больных и лиц с повышенным риском заболевания для дообследования, диспансерного наблюдения и проведения лечебно-оздоровительных мероприятий;
- санитарно-гигиеническое воспитание и пропаганда здорового образа жизни.

В состав отделения профилактики входят:

- кабинет доврачебного приёма;
- анамнестический кабинет;
- кабинет централизованного учёта диспансеризации;
- кабинет функциональных исследований;
- кабинет взятия материала для экспресс-диагностики;
- смотровой кабинет;
- кабинет пропаганды здорового образа жизни.

Важные функции в поликлинике выполняет терапевтическое отделение. Основным принципом его деятельности является участковый принцип, который заключается в том, что территория, обслуживаемая поликлиникой, делится на территориальные участки в 1700 человек. К каждому участку прикрепляется определённый врач-терапевт и медсестра, которые призваны оказывать лечебно-профилактическую помощь жителям своего участка.

Основными задачами врача-терапевта участкового являются:

- оказание квалифицированной терапевтической помощи населению участка на приёме в поликлинике и на дому;
- организация и проведение профилактических мероприятий среди населения участка;
- снижение заболеваемости и смертности населения на закреплённом участке.

Участковый врач обеспечивает:

- своевременную терапевтическую помощь населению участка в поликлинике и на дому;
- экстренную медицинскую помощь обратившимся больным;
- своевременную госпитализацию терапевтических больных;
- консультацию больным в необходимых случаях у специалистов;
- использование в своей работе современных методов профилактики, диагностики и лечения больных;
- экспертизу временной нетрудоспособности;
- диспансерное наблюдение;
- организацию и проведение профилактических осмотров;
- раннее выявление, диагностику и лечение инфекционных заболеваний;
- экспертизу трудоспособности;
- профилактическую работу на участке;

- медицинское обслуживание больных на дому.

Важным помощником участкового врача является участковая медицинская сестра.

Профилактическое направление в работе поликлиник наиболее полно выражено в диспансерном методе работы. Под диспансерным методом понимается активное динамическое наблюдение за состоянием здоровья определённых контингентов населения (здоровых и больных), взятие этих групп населения на учёт с целью раннего выявления заболеваний, динамического наблюдения, комплексного лечения заболевших, проведение мероприятий по оздоровлению их условий труда и быта, предупреждение развития и распространения болезней, восстановление трудоспособности и продление периода активной жизнедеятельности. Главным лицом в организации диспансерного обслуживания в поликлинике является участковый врач-терапевт. Но диспансерным наблюдением занимаются врачи всех специальностей.

Существует большое количество **методик проведения диспансеризации:**

- введение единых диспансерных дней для всей поликлиники;
- введение единых диспансерных дней для отделений;
- ежедневный вызов диспансерных больных по 2-3 человека на приём.

Более организованно диспансеризация проходит в специально выделенные для этого дни.

Цели диспансеризации:

- сохранение и укрепление здоровья населения;
- повышение работоспособности и производительности труда работающих;
- увеличение активного долголетия людей.

Задачи диспансеризации:

- изучение и устранение причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний;
- формирование у человека стремления к здоровому образу жизни;
- активное выявление прехорбидных состояний, начальных форм заболеваний и активное лечение больных;
- предупреждение рецидивов, обострений и осложнений имеющихся заболеваний.

Алгоритм диспансеризации

Первый этап – перепись населения с целью изучения социально-демографического состава населения обслуживаемой территории.

Второй этап – проведение профилактических осмотров, выявление больных и распределение населения по группам диспансерного наблюдения.

Различают:

- **периодические осмотры**, которые проводятся по плану (например, работающих на предприятии) и при текущей обращаемости населения за амбулаторной помощью;
- **предварительные осмотры** лиц, поступающих на работу, в школьно-дошкольные учреждения, в средние и в высшие учебные заведения;
- **целевой осмотр** – с целью выявления определённых заболеваний (туберкулёза, злокачественных новообразований, венерических, профессиональных и других заболеваний).

По результатам профилактических осмотров население делится **на три группы диспансерного наблюдения:**

I. Здоровые

II. Практически здоровые, т.е. имеющие:

- факторы риска (производственного, генетического, социально-бытового характера);
- хронические заболевания в анамнезе, длительное время вне обострений;
- данные лабораторных и функциональных исследований на границе нормы;
- начальные проявления заболеваний (преморбидные состояния);
- часто или длительно болеющие острыми заболеваниями;
- реконвалесценты после острых заболеваний.

III. Больные хроническими заболеваниями:

- а) в стадии компенсации;
- б) в стадии субкомпенсации;
- в) в стадии декомпенсации.

Третий этап – взятие на диспансерный учёт и заполнение соответствующих документов (медицинской карты амбулаторного пациента, в которой оформляется лист уточнённых диагнозов и эпикриз взятия на учёт; контрольная карта диспансерного наблюдения; талон амбулаторного пациента).

Четвёртый этап включает динамическое наблюдение с периодическими явками пациента к врачу и проведение лечебно-профилактических мероприятий в т.ч. противорецидивного лечения, санацию очагов инфекции, направление на санаторно-курортное лечение и стационарное лечение (при наличии показаний), диетпитание и рациональное трудоустройство.

Большое внимание уделяется профилактике. Первичная профилактика предусматривает профилактику у здоровых и новых заболеваний у лиц, уже имеющих хронические заболевания. Вторичная профилактика направлена на профилактику рецидивов и осложнений заболеваний.

В некоторых ЛПУ (детских поликлиниках, женских консультациях, наркологических и психоневрологических диспансерах) проводится патронаж, т.е. посещение пациентов на дому с целью ознакомления с их социально-бытовыми условиями.

Пятый этап включает определение эффективности диспансеризации с помощью трёх групп показателей.

Важнейшими направлениями реформирования амбулаторно-поликлинической помощи РФ является организация первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача).

Врач общей практики (ВОП) – специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную многопрофильную медико-социальную помощь населению.

Врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье, независимо от возраста и пола пациентов, является семейным врачом (СВ).

Свою деятельность ВОП может осуществлять:

- в государственном медицинском учреждении (поликлиника, МСЧ, амбулатории, здравпункты);
- в негосударственном медицинском учреждении;
- в порядке частной практики.

В соответствии с пр. МЗ РФ №237 от 26.08.92 г. **основной обязанностью** ВОП является оказание первичной медико-социальной помощи в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученным сертификатом. Кроме того, в его обязанности входит:

- проведение санитарно-просветительной работы, пропаганда здорового образа жизни;
- осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска;
- осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья пациентов с проведением необходимого обследования и оздоровления;
- оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях;
- своевременная консультация и госпитализация больных;
- проведение реабилитационных мероприятий;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и своевременное направление во МСЭК пациентов с признаками ограничения жизнедеятельности и жизнедееспособности;

-организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хронически больным;

-оказание консультативной помощи семье по вопросам иммунопрофилактики, вскармливания, воспитания детей, подготовки их к школе, профориентации, а также по проблемам планирования семьи, этики, психологии, гигиены, социальных и медико-сексуальных аспектов семейной жизни;

-ведение утверждённых форм учётной и отчётной документации.

Перечень практических навыков, необходимых врачу общей практики:

- Умение делать подкожное, внутримышечное и внутривенное введение лекарственных средств, крови и кровезаменителей.
- Проведение лечебных и диагностических пункций, парацентеза.
- Умение работать с аппаратом ЭКГ, самостоятельно расшифровывать ЭКГ.
- Промывание желудка через зонд.
- Проведение реанимационных мероприятий: ИВЛ, непрямой массаж сердца, внутрисердечные введения лекарств.
- Риноскопия, ларингоскопия, отоскопия, определение степени потери слуха.
- Пункция гайморовых пазух.
- Передняя и задняя тампонада носа при кровотечениях.
- Определение остроты зрения.
- Измерение внутриглазного давления, зондирование слёзного канальца.
- Исследование глазного дна.
- Оказание экстренной помощи при травмах, ранениях, ожогах органов зрения, удаление инородного тела.
- Умение обследовать неврологического больного без специальной аппаратуры.
- Ректальное пальцевое обследование.
- Умение наложить повязки, транспортные шины, наложить жгут при кровотечениях из магистральных сосудов.
- Умение наложить швы при поверхностных ранах, снять послеоперационные швы.
- Уметь вскрыть панариций, абсцесс, флегмону.
- Уметь оказывать первую врачебную помощь при травмах, ожогах, обморожениях, удушении, утоплении.
- Умение провести сортировку больных, организация помощи при массовой катастрофе и выявлении особо опасных инфекций.
- Умение проводить катетеризацию мочевого пузыря.
- Проведение вагинального исследования при акушерско-гинекологической ситуации.
- Ведение физиологических родов.
- Обследование предстательной железы.
- Проведение клинического исследования периферической крови на гемоглобин, лейкоцитоз, СОЭ.

Основными учётными статистическими документами в поликлинике являются:

- Медицинская карта амбулаторного больного (ф. №025/у)
- Талон амбулаторного пациента (ф. 025-10/у)
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у)
- Книга записей вызова врача на дом (031/у)
- Журнал учёта инфекционных заболеваний (060/у)
- Талон на приём к врачу (ф. 025-4/у)
- Врачебное свидетельство о смерти (ф. 106/у)
- Направление на МСЭК (ф. 088/у)

- Журнал для записей консультаций ВЭЖ (ф. 035/у)
- Книга регистрации выданных листков нетрудоспособности (ф. 036/у)
- Книга регистрации больных, назначенных на госпитализацию (ф. 034/у)
- Ведомость учёта посещений в поликлинике (амбулатории, диспансере, консультации и на дому) (ф. 039/у)

На основании данных, содержащихся в учётных документах, составляются отчётные документы: периодические (ежемесячные, квартальные, полугодовые) и годовые отчёты. Годовой отчёт поликлиники и сведения о лечебно-профилактическом учреждении за год (ф. 30) дополняются вкладышами:

- «Отчёт о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (ф. 12)
- «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» (ф. 16-ВН)
- «Сведения о медицинских кадрах» (ф. 17)
- «Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения, функционирующего в системе ОМС за 20__ год» (ф.52).

Показатели работы поликлиники

1. Показатель обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью:

а) обеспеченность поликлинической помощью =

$$\frac{\text{число посещений врачей за год}}{\text{численность обслуживаемого населения}}$$

На основании показателя можно судить о количестве посещений в год в расчёте на 1 жителя. На уровень показателя существенное влияние оказывает состав населения (прежде всего, взрослого), структура заболеваемости, доступность медицинской помощи, уровень специализации поликлиники, организация приёма пациентов, объём профилактической работы и др. факторы.

б) обеспеченность населения врачебными кадрами (по каждой врачебной специальности на 10000 населения).

Например: обеспеченность населения участковыми терапевтами =

$$\frac{\text{число участковых врачей-терапевтов}}{\text{численность обслуживаемого населения}}$$

В соответствии со штатными нормативами врачей городских поликлиник на 10000 взрослого населения (15 лет и старше) выделяется **врачебных должностей:**

- врачей участковых терапевтов – 5,9
- врачей-хирургов (травматологов, урологов) – 1,0
- врачей-оториноларингологов – 0,5
- врачей-окулистов – 0,5
- врачей-эндокринологов – 0,5

В настоящее время главный врач поликлиники имеет право вносить изменения в штатное расписание с учётом структуры населения и заболеваемости, фактической нагрузки врачей и т.д., и нормативы носят рекомендательный характер.

2. Показатели, характеризующие кадры поликлиники и укомплектованность штатов

Показатели, характеризующие нагрузку врачей:

а) средняя численность 1 терапевтического участка =

$$\frac{\text{численность населения, обслуживаемого поликлиникой}}{\text{число терапевтических участков}}$$

Норматив численности населения на одном терапевтическом участке составляет 1700 жителей, педиатрическом – 800 детей. Численность участка врача общей практики

должна составлять – 1500 жителей, а при внедрении семейного принципа участок семейного врача должен насчитывать 1200 жителей;

б) нагрузка врача на 1 час амбулаторного приёма =

$$\frac{\text{число амбулаторных посещений к врачу}}{\text{число часов работы врача на амбулаторном приёме}}$$

в) нагрузка врача на дому (в расчёте на 1 час работы) =

$$\frac{\text{число посещений на дому}}{\text{число часов работы врача по обслуживанию вызовов}}$$

Уровень нагрузки врача на амбулаторном приёме зависит от состава населения, структуры заболеваемости, медицинской активности населения, авторитета и квалификации врача, организации работы, объёма профилактических мероприятий и др. Оценивать деятельность врача только по данному показателю нельзя, т.к. высокий уровень нагрузки нередко ведёт к снижению качества медицинской помощи.

Рекомендуемые нормы нагрузки врачей на 1 час работы:

Специальность	Нагрузка (число больных) на 1 час работы	
	В поликлинике на приёме	При помощи на дому
Терапия	4	2
Хирургия	9	1,25
Травматология и ортопедия	7	1,25
Урология	5	1,25
Онкология	5	1,25
Педиатрия	5	1,5
Акушерство и гинекология	5	1,25
Офтальмология	8	1,25
Отоларингология	8	1,25
Дерматовенерология	8	1,25
Фтизиатрия	5	1,25
Неврология	5	1,25

3. Показатели, характеризующие организацию работы врачей терапевтов участковых

а) соблюдение участковости на амбулаторном приёме =

$$\frac{\text{число посещений у врачей-терапевтов, сделанных жителями своего участка} \times 100\%}{\text{общее число посещений у врачей-терапевтов}}$$

Показатели участковости считаются хорошими при уровне 80-85%.

б) активность посещений на дому =

$$\frac{\text{число активных посещений на дому} \times 100\%}{\text{число всех посещений на дому}}$$

Активное посещение – это посещение на дому, выполненное по инициативе врача. Активно наблюдаются больные с высокой температурой, гипертоническим кризом, больные со злокачественными новообразованиями, с инфекционными заболеваниями, лица пожилого и старческого возраста, инвалиды с тяжёлыми заболеваниями и др. Активные посещения помогают регулировать нагрузку в течение недели. Обычно показатель составляет около 30%.

в) повторность амбулаторных посещений =

$$\text{число повторных посещений к врачу}$$

число первичных посещений к этому же врачу

При высоком уровне показателя (5-6) можно думать о необоснованно назначенных посещениях, при низком (1,2-1,5) – о недостаточно внимательном отношении к пациентам, особенно при хронических заболеваниях.

4. Показатели заболеваемости и болезненности населения и инвалидности

а) заболеваемость населения =

число впервые зарегистрированных случаев заболевания
×1000

среднегодовая численность населения

б) болезненность населения =

число зарегистрированных случаев заболевания

×1000

среднегодовая численность населения

Уровень показателей зависит от состава населения, полноты учёта заболеваемости, квалификации врачей и т.д.

в) показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ).

Методика расчёта показателей заболеваемости с ВУТ:

1) число случаев ВУТ на 100 работающих = $\frac{\text{число случаев ВУТ}}{\text{среднее число работающих}} \times 100$

среднее число работающих

2) число дней ВУТ на 100 работающих = $\frac{\text{число дней ВУТ}}{\text{среднее число работающих}} \times 100$

среднее число работающих

3) средняя продолжительность одного случая = $\frac{\text{число дней нетрудоспособности}}{\text{среднее число случаев нетрудоспособности}}$

Указанные показатели рассчитываются не только по строке «Итого» ф. 16-ВН, но и по каждой нозологической форме.

4) показатели структуры заболеваемости – удельный вес случаев и дней нетрудоспособности в связи с отдельными заболеваниями или другими причинами нетрудоспособности в общем числе случаев утраты трудоспособности.

5) показатель первичного выхода на инвалидность =

число впервые признанных инвалидами
×1000

среднегодовая численность работающего населения

Профилактическую деятельность поликлиники характеризуют:

а) % профилактических посещений =

число профилактических посещений
×100%

число амбулаторных посещений

б) полнота охвата профилактическими осмотрами =

количество осмотренных во время профосмотров
×100

количество лиц подлежащих осмотру

в) показатели, характеризующие качество диспансерного наблюдения (которые делятся на 3 группы показателей):

I группа – контингент и объём диспансеризации.

1. Состав диспансеризуемых больных и здоровых (в том числе по группам здоровья).
2. Полнота охвата диспансерным наблюдением больных отдельными нозологическими формами болезни, в т.ч. полнота охвата диспансерным наблюдением больных с впервые в жизни установленным диагнозом.

II группа – выявление потребности диспансеризуемых в лечебно-профилактической помощи и активность в её реализации.

- Процент больных, нуждающихся в госпитализации (из числа диспансеризуемых).
- Удельный вес госпитализированных из числа нуждавшихся.
- Процент больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении.
- Удельный вес направленных в санаторно-курортные учреждения.
- Процент больных, нуждающихся в трудоустройстве.
- Удельный вес трудоустроенных.
- Процент больных, нуждающихся в диетпитании.
- Удельный вес больных, получивших диетпитание.
- Процент больных, нуждающихся в противорецидивном лечении.
- Удельный вес прошедших курс противорецидивного лечения.
- Процент выполненных явок в поликлинику от числа назначенных.
- Сгруппированные сроки числа посещений врача в поликлинике.

III группа – показатели эффективности диспансеризации.

- Исходы лечения больных (процент выздоровления, процент улучшения, процент состояния без перемен, летальность).
- Число случаев временной нетрудоспособности на 100 рабочих.
- Число дней временной нетрудоспособности на 100 рабочих.
- Средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности.
- Процент больных, переведённых на инвалидность.

Качество диагностики в поликлинике характеризует следующие показатели:

- 1) **процент позднего выявления злокачественных новообразований** =
$$\frac{\text{число больных со злокачественными новообразованиями, выявленными в IV стадии}}{\text{число впервые выявленных больных со злокачественными новообразованиями}} \times 100\%$$
- 2) **процент позднего выявления туберкулёза** =
$$\frac{\text{число больных с запущенными формами туберкулёза}}{\text{общее число больных с туберкулёзом лёгких}} \times 100\%$$
- 3) **процент расхождения диагнозов поликлиники и стационара** =
$$\frac{\text{число случаев расхождения диагноза поликлиники и стационара}}{\text{число госпитализированных больных}} \times 100\%$$

III. Организация и анализ деятельности стационара

Основным учреждением, оказывающим стационарную медицинскую помощь, является больница.

Среди ЛПУ больница всегда занимала и продолжает занимать особое место. В больницах население получает высококвалифицированную специализированную стационарную помощь, которая оказывается в основном при наиболее тяжёлых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению, применения наиболее сложных методов обследования и лечения с использованием новейших

медицинских технологий, порой очень дорогостоящих, сложных оперативных вмешательств, постоянного врачебного наблюдения и интенсивного ухода.

Больничная помощь является наиболее капиталоемким сектором системы здравоохранения, на неё расходуется от 60 до 80% всех ассигнований, которые выделяются системе здравоохранения.

В зависимости от административно-территориального положения больницы делятся на областные (краевые, республиканские), городские, районные, участковые.

По профилю выделяют многопрофильные стационары и специализированные больницы (инфекционные, туберкулёзные, онкологические, психоневрологические и др.).

По порядку госпитализации выделяют больницы скорой помощи, больницы плановой госпитализации и больницы для общей (смешанной) госпитализации.

По подчинённости имеются ведомственные больницы (больницы на водном транспорте – центральная бассейновая, бассейновая, портовая, линейная), на железнодорожном транспорте (центральная, дорожная, отделенческая, узловая, линейная); медико-санитарная часть.

По составу больных – больницы, обслуживающие взрослое население, детские больницы, родильные дома.

По мощности различают городские больницы 8-ми категорий: от 100 (VIII категории) до 1000 (I категории). Больницы с числом коек более 1000 являются внекатегорийными.

При планировании стационарной помощи прежде всего должна учитываться потребность населения в койках разного профиля. В настоящее время уровень госпитализации населения составляет 160-170 человек на 1000 человек населения. Чтобы обеспечить такую потребность в госпитализации, необходимо иметь 10-12 коек на 1000 человек населения.

Стационарное учреждение имеет, как правило, следующую структуру:

- приёмное отделение;
- профилированные лечебные отделения;
- отделения интенсивной терапии и реанимации;
- при наличии хирургических коек – операционный блок;
- диагностические отделения (функциональной диагностики, рентгеновское, физиотерапевтическое, лаборатория и др.);
- аптека;
- патологоанатомическое отделение;
- административно-хозяйственные подразделения.

К управлению больницей относятся кабинеты руководителей (главного врача и его заместителей, главной мед.сестры), канцелярия, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, бухгалтерия, плановый отдел, отдел кадров, библиотека и др.

Хозяйственные подразделения: пищеблок, склады, прачечная, технический отдел, транспорт, дезинфекционная камера и др.

Во главе больницы стоит главный врач, который отвечает за всю лечебно-профилактическую, административно-хозяйственную и финансовую деятельность отделения. У главного врача имеется заместитель по медицинской части, который отвечает за организацию и качество всей медицинской деятельности больницы; непосредственно руководит лечебно-профилактической и санитарно-эпидемической работой, контролирует качество диагностики, лечения и ухода за больными, обеспечивает правильную организацию лечебного питания, медикаментозного снабжения и пр.

Если в состав больницы входит поликлиника, устанавливается должность заместителя по поликлинике, который руководит поликлиникой.

Заместитель главного врача по административно-хозяйственной части руководит всей административно-хозяйственной деятельностью больницы, обеспечивает снабжение

хозяйственным оборудованием, инвентарём, продуктами питания, теплом, горячей водой, освещением, отоплением, проведением ремонта, транспортом и пр.

Работа больницы в новых экономических условиях потребовала в крупных больницах введения должности заместителя главного врача по экономике, который руководит всеми планово-экономическими вопросами, а также заместителя главного врача по медицинскому страхованию и клинико-экспертной работе.

Приёмное отделение больницы может быть централизованным (для всей больницы) и, децентрализованным (для отдельных отделений).

Как правило, в стационар поступают больные по направлению врачей амбулаторий, поликлиник, диспансеров и других учреждений внебольничного типа, а в экстренном порядке – по направлению скорой помощи.

Основными функциями приёмного отделения являются:

1. Приём больных, постановка диагноза и решение вопроса о необходимости госпитализации.
2. Регистрация больных и учёт движения в стационаре.
3. Медицинская сортировка больных.
4. Оказание при необходимости неотложной медицинской помощи.
5. Санитарная обработка больных (при необходимости).
6. Выполнение функций справочного учёта о состоянии больных.
7. Оформление медицинской документации

В крупных больницах, работающих в режиме скорой помощи, в приёмных отделениях организуется блок-отделение неотложной помощи с реанимацией. Для больных с подозрением на инфекционное заболевание организуются диагностические палаты для кратковременного пребывания больных до уточнения диагноза.

Основной структурный элемент больницы – это лечебные отделения (хирургические, терапевтические, неврологические, урологические и пр.). В отделениях проводится весь лечебный процесс, в котором нуждаются больные. Наиболее оптимальным числом коек в отделении крупной больницы принято считать 60-70 коек.

Руководит отделением – заведующий отделением. Основная функция заведующего – руководство и контроль за лечебно-диагностической работой отделения.

Старшая медицинская сестра отделения руководит средним медицинским персоналом.

Непосредственное лечение больных ведут врачи-ординаторы. На одну должность врача-ординатора приходится в среднем 25 коек. Успех лечения больных в значительной мере зависит от качества ухода.

В концепции развития стационарной помощи в период реформы здравоохранения предусмотрена дифференциация больничных учреждений на уровне лечебно-диагностического процесса.

Выделяют следующие типы стационаров:

1. Больничные учреждения интенсивного обслуживания, ориентированные преимущественно на оказание экстренной помощи и лечение острых больных.
2. Больницы, ориентированные на лечение плановых больных, к ним относятся больницы общего профиля, оказывающие мед. помощь в среднем по 5-7 основным специальностям, а также специализированные больницы (онкологические, туберкулёзные и др.).
3. Больницы долечивания и реабилитации.
4. Больницы медико-социального типа (больницы сестринского ухода, гериатрические; хосписы – специализированные стационарные учреждения для оказания комплексной медико-социальной помощи инкурабельным онкологическим больным).

Анализ деятельности больницы.

Основными учётными документами стационара являются:

- медицинская карта стационарного больного (история болезни) (учётная форма № 003/у)
- карта выбывшего из стационара (ф. 066/у)

- журнал операций (ф. 008/у)
- журнал приёма больных и отказов в госпитализации (ф. 001/у)
- листок ежедневного учёта больных и коечного фонда (ф. 007/у)
- журнал патологоанатомических вскрытий (ф. 12/у)

Отчётные документы:

- Сведения о лечебно-профилактическом учреждении (годовой отчёт) (ф.30)
- Сведения о медицинских кадрах (ф. 17)
- Сведения о деятельности стационара (ф.14)
- Сведения о деятельности лечебно-профилактического учреждения, функционирующего в системе ОМС за 20__ год (ф. 52)

При анализе деятельности стационара учитываются показатели укомплектованности штатов и состав кадров (по ф.30 и ф. 17), которые рассчитываются аналогично таковым в поликлинике.

Основные показатели работы больницы

(методика расчёта, ориентировочные уровни, влияющие факторы).

А. Показатели использования коечного фонда.

1. Использование пропускной способности стационара =

$$\frac{\text{число койко-дней, проведённых больными в стационаре}}{\text{плановое число койко-дней}} \times 100\%$$

При этом плановое число койко-дней определяется произведением числа коек (среднегодовых) и количества дней работы койки в течение года (которое по нормативу составляет для большинства профилей коек в городских больницах 340 дней).

В оптимальном случае показатель составляет 100%. Если он менее 100%, - больница работает с недогрузкой, если более 100% - с перегрузкой (т.е. появляются незапланированные койки).

2. Средняя длительность работы койки в год =

$$\frac{\text{число проведённых больными койко-дней}}{\text{среднегодовое число коек}}$$

Если больница работает в соответствии с планом, данный показатель составляет 340 дней соответственно, если он больше или меньше 340 дней, больница работает с пере- или недогрузкой. Основными причинами невыполнения плана могут быть: недостаточное поступление больных (что требует сокращения количества коек, их перепрофилизации), незапланированный простой коек (вследствие экстренной необходимости ремонта и т.д.).

Показатель изменяется синхронно с предыдущим.

3. Средняя длительность пребывания больного на койке =

$$\frac{\text{число проведённых больными койко-дней}}{\text{среднее число лечившихся в больнице}}$$

Число лечившихся в больнице определяется как полусумма поступивших в неё и выбывших в течение года, т.е. $\frac{\text{число поступивших} + \text{число выписанных} + \text{число умерших}}{2}$

2

Данный показатель рассчитывается как в целом по больнице, так и по разным отделениям, нозологическим формам и зависит от следующих основных факторов: профиля коек, характера и степени тяжести основного заболевания, наличия осложнений и сопутствующей патологии, возраста пациентов, характера госпитализации и состояния при поступлении, качества и организации лечебно-диагностического процесса (своевременное начало и адекватность лечебных и диагностических мероприятий,

интенсивность лечения, применение новых технологий, проведение активного лечения в выходные и праздничные дни и т.д.).

Имеет большое значение изучение показателя в динамике и сравнение его в однопрофильных отделениях.

$$4. \text{Оборот койки} = \frac{\text{число лечившихся в больнице}}{\text{среднегодовое число коек}}$$

Показатель находится в обратной зависимости от предыдущего и определяется влиянием тех же факторов.

$$5. \text{Время простоя койки} = \frac{356 \text{ дней} - \text{среднегодовая занятость койки (фактически)}}{\text{средний оборот койки}}$$

Б. Стоимостные показатели.

$$1. \text{Стоимость одного койко-дня} = \frac{\text{сумма расходов больницы}}{\text{фактически}}$$

проведённое число койко-дней

$$2. \text{Стоимость содержания одной койки в год} = \frac{\text{сумма расходов больницы}}{\text{среднегодовое число коек}}$$

3. **Стоимость содержания одного больного** = стоимость одного койкодня × средняя длительность пребывания больного на койке.

4. **Экономические потери от простоя коек** = разница в плановой и фактической стоимости одного койко-дня × фактическое число койко-дней.

В. Показатели качества лечения в больнице.

$$1. \text{Больничная летальность} = \frac{\text{число умерших}}{\text{число лечившихся}} \times 100\%$$

Показатель рассчитывается в целом по больнице, по отделениям, по отдельным нозологическим формам и анализируется как путём сравнения в однопрофильных отделениях, так и в динамике. В среднем он составляет в настоящее время 5-6%.

Уровень показателя зависит как от состояния больных при поступлении (в т.ч. характера, сроков экстренной госпитализации), так и профиля заболеваний, возраста больных, а также от качества их ведения в стационаре (адекватности лечебно-диагностических мероприятий, тактики ведения).

Нередко отдельному анализу подвергается досуточная летальность (т.е. случаи смерти больных в первые сутки от момента госпитализации).

Процент совпадений (расхождений) клинических и патологоанатомических диагнозов =

$$\frac{\text{число больных с правильно (неправильно) установленным при жизни диагнозом}}{\text{общее число патологоанатомических вскрытий}} \times 100\%$$

При этом анализируется не только общее число диагностических ошибок, но и их категория. К ошибкам первой категории относят те из них, где установление диагноза в данном стационаре было невозможно или затруднено в силу объективных причин (тяжесть состояния, кратковременность пребывания и др.). К ошибкам второй категории относятся такие случаи, когда диагноз мог быть установлен, но допущенная ошибка не сыграла существенной роли в судьбе больного. К ошибкам третьей категории относят такие диагностические ошибки, которые обусловлены грубыми дефектами диагностического процесса в данном стационаре, что повлекло за собой неадекватную или несвоевременную терапию и, в конечном счёте, послужило причиной летального исхода.

Кроме того, в хирургическом стационаре анализируются такие показатели:

1. **Частота послеоперационных осложнений** =

число послеоперационных осложнений
×100%

число проведённых операций

Показатель в среднем составляет 2% и зависит от характера производимых операций и от качества проведённого вмешательства.

2. Послеоперационная летальность =
число больных, умерших после операций
× 100%

число прооперированных больных

Средний уровень и факторы, влияющие на показатель, аналогичны предыдущим.

3. Процент больных, доставленных по экстренным хирургическим показаниям* в разные сроки (до 6 часов, 6-24 часа, > 24 часов) от начала заболевания. Например: число больных с острым аппендицитом, доставленных

через сутки и более от начала заболевания
× 100%

общее число больных с острым аппендицитом

Срок доставки больных определяется как своевременностью их обращения за медицинской помощью (что зависит от уровня медицинской грамотности населения), так и точностью диагностики на догоспитальном этапе.

4. Хирургическая активность.

5. Состав и исходы проведённых оперативных вмешательств.

6. Длительность предоперационного периода у плановых больных.

7. Распределение выписанных больных по результатам лечения: с выздоровлением, с улучшением, без перемен, с ухудшением.

Комплексная оценка и анализ всех показателей позволяют получить адекватное представление о деятельности того или иного лечебно-профилактического учреждения (что важно для страховых компаний, для органов управления здравоохранением и лицензионно-аккредитационных комиссий), выявить дефекты в организации медицинской помощи и наметить пути её оптимизации.

IV. Анализ показателей деятельности учреждений системы охраны материнства и детства.

Оказание медицинской помощи женщинам и детям в РФ обеспечивается достаточно развитой сетью больничных, амбулаторно-поликлинических, санаторно-курортных учреждений, специализированных центров и домов ребенка.

В соответствии с приказом МЗ РФ №50 от 10 февраля 2003г. «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» установлен единый перечень первичной медицинской документации.

Основные формы первичной учетной медицинской документации учреждений охраны материнства и детства

Название	Номер формы
Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц	002/у
Медицинская карта прерывания беременности	003-1/у
Температурный лист	004/у
Лист регистрации трансфузионных средств	005/у
Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/у
Журнал записи родов в стационаре	010/у
Журнал записи родов в стационаре	010/у
Лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии	011/у

Лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии кардиологического отделения с диагнозом	012/y
Извещение на ребенка с врожденными пороками развития	025-11/y
Медицинская карта ребенка (для школы, школы-интерната, детского дома, детского сада, яслей-сада)	026/y
Журнал записи родовспоможения на дому	032/y
Журнал регистрации посещений изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники	059/y
Карта профилактических прививок	063/y
Тетрадь записи беременных, состоящих под наблюдением фельдшерско-акушерского пункта	075/y
Направление на ребенка до 16 лет для проведения медико-социальной экспертизы	080/y-97
История родов	096/y
История развития новорожденного	097/y
Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале	097-1/y-95
Журнал учета приема больных и рожениц в стационар фельдшерско-акушерского пункта	089/y
История родов для фельдшерско-акушерского пункта	099/y
[Журнал отделения (палаты) новорожденных	102/y
Медицинское свидетельство о рождении	103/y-98
Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	106-2/y-98
[Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/y
История развития ребенка	112/y
Медицинская карта ребенка, воспитывающегося в доме ребенка	112-1/y
Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113-y
Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/y
Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/y
Карта для записи питания ребенка (заполняется на детей в возрасте до 9 мес.)	124/y
Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью	309/y

Для анализа деятельности учреждений охраны материнства и детства используются многие показатели, приведенные ранее, характеризующие работу амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений (показатели объемов, нагрузки персонала, диспансеризации и качества стационарной помощи и др.). В то же время особенности деятельности женской консультации, родильного дома, детской поликлиники определили необходимость разработки и использования для статистического анализа целого ряда дополнительных специальных показателей.

Основным документом, позволяющим произвести расчет и оценку показателей деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка, является отчетная форма государственного федерального статистического наблюдения №32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

Показатели деятельности женской консультации анализируются в следующей последовательности.

1. Общие данные о женской консультации.

2. Организация работы женской консультации:
 - а) прием беременных и гинекологических больных;
 - б) оказание врачебной помощи на дому.
3. Проведение профилактической работы в женской консультации и ее результаты:
 - а) периодические осмотры;
 - б) целевые осмотры;
 - в) диспансерное наблюдение за больными.
4. Качество врачебной диагностики и лечения больных в женской консультации.

Женская консультация создается органом местного самоуправления или руководителем лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа) как самостоятельное лечебно-профилактическое; учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа) для оказания по территориальному принципу первичной медико-санитарной (амбулаторной) акушерско-гинекологической помощи женщинам.

По имеющимся в женской консультации данным первичного учета можно вычислить **сведения о средней численности населения на акушерском (территориальном) участке:**

Численность женского населения района обслуживания

Число территориальных акушерских участков

Этот показатель дает представление о нагрузке акушера-гинеколога.

Анализ деятельности женской консультации проводят по следующим основным показателям:

а) своевременность поступления беременных под наблюдение женской консультации:

Показатель раннего поступления =

$$\frac{\text{Поступило под наблюдение беременных женщин со сроком беременности до 12 недель}}{\text{Поступило всего под наблюдение беременных}} \times 100.$$

Своевременное поступление беременных под наблюдение женской консультации позволяет полноценно обследовать женщину, определить риск для плода при наличии экстрагенитальной или акушерской патологии и отягощенном акушерском анамнезе, своевременно скорректировать имеющиеся патологические состояния матери и плода, наметить тактику наблюдения женщины в следующие сроки беременности, а также правильно определить срок декретного отпуска;

б) процент женщин, поздно поступивших под наблюдение женской консультации (при сроке беременности 28 нед. и позже):

$\frac{\text{Число поступивших беременных под наблюдение позже 28 нед. беременности}}{\text{Общее число поступивших беременных под наблюдение в отчетном году}} \times 100;$

Общее число поступивших беременных под наблюдение в отчетном году

в) полнота обследования беременных женщин, поступивших под наблюдение женской консультации:

Показатель обследования на резус-принадлежность =

$\frac{\text{Число беременных женщин, обследованных на резус-принадлежность}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами (аборт)}} \times 100;$

Число женщин, закончивших беременность родами (аборт)

Также считается полнота обследования беременных на реакцию Вассермана и токсоплазмоз. Отдельно рассчитывается процент женщин с отрицательным резус-фактором, выявленным при обследовании;

г) процент беременных, осмотренных терапевтом:

$$\frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом}}{\text{Число беременных, закончивших беременность родами в срок} + \text{преждевременными родами} + \text{абортами}} \times 100.$$

Число беременных, закончивших беременность родами в срок
+ преждевременными родами + абортами

д) осложнения беременности, % =

$$\frac{\text{Число беременных, страдавших гестозами второй половины беременности}}{\text{Число беременных, закончивших беременность родами в срок} + \text{преждевременными родами} + \text{абортами}} \times 100.$$

Аналогично рассчитывается процент женщин, страдавших экстрагенитальными заболеваниями, анемией и имевших другие осложнения.

$$\frac{\text{Число беременных, страдающих экстрагенитальной патологией}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100.$$

Общее число женщин, закончивших беременность родами

е) полнота охвата беременных женщин диспансерным наблюдением:

$$\frac{\text{Число беременных, находившихся под наблюдением женской консультации}}{\text{Общее число женщин, закончивших беременность родами в районе деятельности поликлиники}} \times 100.$$

Общее число женщин, закончивших беременность родами
в районе деятельности поликлиники

Оптимально этот показатель должен быть равным 100%. Наблюдение беременной у врача женской консультации в значительной мере снижает риск исходов родов как для самой женщины, так и для плода;

е) частота окончания беременности родами:

$$\frac{\text{Процент закончивших беременность родами женщин}}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами}} \times 100;$$

Роды при сроке беременности от 37 полных недель до 42-й недели называются своевременными, в 42 полные недели и более — запоздалыми. Роды при сроке беременности менее 37 полных недель (менее 259 дней) называются преждевременными. В связи с особенностями акушерской тактики и выхаживания детей, родившихся при разных сроках гестации, целесообразно выделение следующих интервалов:

- преждевременные роды в 22-27 недель,
- преждевременные роды в 28-33 недели,
- преждевременные роды в 34-37 недель;

$$\frac{\text{ж) частота преждевременных родов}}{\text{Число женщин, закончивших беременность преждевременными родами}} \times 100$$

Число женщин, закончивших беременность
родами в срок и преждевременными

з) Частота применения средств контрацепции = $\frac{\text{Число женщин, пользующихся контрацепцией (всего и отдельно: гормональными, ВМС и др.)}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 100$

$$\frac{\text{ж) частота преждевременных родов}}{\text{Число женщин, закончивших беременность преждевременными родами}} \times 100$$

Число женщин фертильного возраста

фертильного возраста

Кроме того, работу женской консультации характеризуют следующие показатели, имеющие медико-социальную значимость:

- показатели частоты аборт на 1000 женщин:

и) Число аборт на 1000 Абсолютное число аборт

$$\text{женщин} = \frac{\text{Абсолютное число аборт}}{\text{Число женщин в возрасте 15-49 лет фертильного возраста}} \times 1000;$$

к) Число аборт на 100 родившихся живыми и мертвыми Абсолютное число аборт

$$= \frac{\text{Абсолютное число аборт}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 100$$

л) Доля внебольничных аборт в общем числе аборт Число внебольничных аборт

$$= \frac{\text{Число внебольничных аборт}}{\text{Число аборт за отчетный год}} \times 100$$

м) Соотношение родов и аборт Число всех родов за отчетный год

$$= \frac{\text{Число аборт за отчетный год}}{\text{Число всех родов за отчетный год}}$$

н) Доля аборт у женщин до 15-летнего возраста Число аборт у женщин в возрасте до 15 лет

$$= \frac{\text{Число аборт у женщин в возрасте до 15 лет}}{\text{Число аборт в отчетном году}} \times 100$$

о) Доля аборт у первобеременных женщин Число аборт у первобеременных женщин

$$= \frac{\text{Число аборт в отчетном году}}{\text{Число аборт у первобеременных женщин}} \times 100$$

п) Частота аборт у первобеременных женщин Число аборт у первобеременных женщин

$$= \frac{\text{Число первобеременных женщин, закончивших беременность в отчетном году (роды + аборт)}}{\text{Число аборт у первобеременных женщин}} \times 100$$

р) Частота осложнений после аборт Число осложнений после аборт

$$= \frac{\text{Число осложнений после аборт}}{\text{Число всех аборт}} \times 100$$

Показатели деятельности родильного дома

Родильный дом создается органом местного самоуправления (или руководителем лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа) как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа) для оказания первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам в период беременности, родов в послеродовом периоде, медицинской помощи новорожденным детям и женщинам с заболеваниями репродуктивной системы.

Для анализа деятельности стационара родильного дома помимо общепринятых для любого стационара показателей целесообразно рассчитывать специальные показатели. К ним относятся:

а) частота оперативных пособий при родах (наложения акушерских щипцов, применения вакуум-экстрактора, ручного отделения последа и др.), например:

$$\frac{\text{Число операций наложения щипцов}}{\text{Число родов в стационаре}} \times 1000$$

б) частота осложнений в родах (разрывов промежности, кровотечений, аномалий родовой деятельности, сепсиса и др.), например:

$$\frac{\text{Число родильниц, имеющих разрыв промежности}}{\text{Число женщин, родивших в стационаре} + \text{число}} \times 1000$$

поступивших женщин, родивших вне роддома

в) частота применения кесарева сечения при родах:

$$\frac{\text{Число родов, завершённых операцией кесарева сечения}}{\text{Число родов в стационаре}} \times 1000$$

г) частота осложнений в послеродовом периоде (по видам осложнений на 1000 родильниц):

-Частота осложнений в послеродовом периоде = $\frac{\text{Число родильниц, имевших осложнения в послеродовом периоде (кровотечение, эндометриты, расхождение швов промежности и др.)}}{\text{Общее число родов в стационаре}} \times 1000$

-Частота осложнений после кесарева сечения = $\frac{\text{Число осложнений после операции кесарева сечения}}{\text{Общее число операций кесарева сечения}} \times 1000$;

-Частота недоношенности и мертвыми = $\frac{\text{Число детей, родившихся недоношенными (живыми и мертвыми)}}{\text{Общее число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$

д) материнская смертность:

$$\frac{\text{Число умерших беременных (с начала беременности), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности}}{\text{Число живорожденных}} \times 100\ 000$$

Материнская смертность — один из основных критериев, свидетельствующих о качестве и уровне организации работы лечебно-профилактических родовспомогательных учреждений, эффективности внедрения научных достижений в практику здравоохранения, уровне санитарной культуры населения.

Материнская смертность является интегрирующим показателем здоровья женщин репродуктивного возраста и отражает популяционный итог взаимодействия экономи-

ческих, экологических, культурных, социально-гигиенических и медико-организационных факторов.

Материнская смертность определяется как смерть женщины, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Данный показатель позволяет оценить все потери беременных (от аборт, внематочной беременности, от акушерской и экстрагенитальной патологии в течение всего периода гестации), рожениц, родильниц в течение 42 дней после прекращения беременности.

Случаи материнской смертности следует подразделять на **2 группы**.

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, то есть смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности (то есть беременности, родов и послеродового периода), а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.
2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, то есть смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственно акушерской причиной, но не отягощенной физиологическим воздействием беременности.

Показатель следует рассчитывать на уровне республик в составе РФ, края, области, городов республиканского подчинения. В учреждении, где произошла смерть, следует проводить детальный анализ каждого случая смерти с позиций ее предотвратимости.

Кроме общего показателя материнской смертности важно рассчитывать показатели материнской смертности от отдельных причин (аборт вне лечебного учреждения, кровотечения при беременности и родах, токсикозы беременности и др.);

е) перинатальная смертность:

$$\frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми} + \text{число детей, умерших в возрасте 0-6 дней (168 часов)}}{\text{Число всех родившихся (живыми + мертвыми)}} \times 1000$$

Перинатальная смертность — это мертворождаемость плюс смертность в раннем неонатальном периоде. Перинатальным периодом считается промежуток времени, начиная с 22 недель беременности и кончая шестым днем жизни новорожденного (0-6 дней, или 167 часов 59 минут после рождения). Термин «перинатальная смертность» в буквальном переводе означает «смертность вокруг родов» (до, во время и вскоре после родов). Этот термин подчеркивает единство этиологии и патогенетических механизмов, которые в зависимости от целого ряда обстоятельств могут привести к гибели плода еще в период внутриутробной жизни (антенатально), в момент родов (интранатально) или в первые дни после родов (постнатально). В свою очередь показатель мертворождаемости состоит из двух компонентов - из **антенатальной и интранатальной смертности:**

$$\text{ж) Мертворождаемость} = \frac{\text{Число детей, родившихся мертвыми}}{\text{число всех родившихся детей}}$$

$$\text{Антенатальная смертность} = \frac{\text{Число мертворожденных с 22-й недели беременности до родов}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$

$$\text{Интранатальная смертность} = \frac{\text{Число мертворожденных, умерших во время родов}}{\text{Число родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$$

$$\text{3) Ранняя неонатальная смертность} = \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0-6 дней (168 часов)}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000$$

и) доля новорожденных, умерших в первые 24 часа после рождения:

$$\frac{\text{Число новорожденных, умерших в возрасте 0-24 часа}}{\text{Число новорожденных, умерших в возрасте 0-6 дней}} \times 100$$

к) частота недоношенности на 100 родившихся:

$$\frac{\text{Родилось недоношенными (живыми и мертвыми)}}{\text{Родилось всего (живыми и мертвыми)}} \times 100$$

л) смертность новорожденных (доношенных, недоношенных) в целом и по отдельным заболеваниям:

$$\text{Смертность новорожденных общая} = \frac{\text{Умерло новорожденных}}{\text{Родилось живыми}} \times 1000$$

$$\text{Смертность доношенных детей} = \frac{\text{Число доношенных детей, умерших в первую неделю жизни}}{\text{Число детей, родившихся доношенными}} \times 1000$$

$$\text{Смертность недоношенных детей} = \frac{\text{Число недоношенных детей, умерших в первую неделю жизни}}{\text{Число детей, родившихся недоношенными}} \times 1000$$

м) летальность новорожденных:

$$\text{Летальность новорожденных по отдельным заболеваниям} = \frac{\text{Число детей, умерших от данного заболевания}}{\text{Число заболевших новорожденных}} \times 100$$

Летальность новорожденных рассчитывается в зависимости от того или иного заболевания как среди всех новорожденных, так и отдельно - для доношенных и недоношенных новорожденных (число умерших новорожденных на 100 заболевших).

V. Показатели деятельности детской поликлиники

При анализе деятельности детской поликлиники по отчету-вкладышу «О медицинской помощи детям» (форма №31) и первичной медицинской документации используются следующие показатели:

а) Показатели организации патронажа — дородового (отношение числа детей, матери которых посещались медицинской сестрой, к числу новорожденных, в %) и послеродового (отношение числа новорожденных, находившихся под наблюдением в первые 3 дня после выписки из родильного дома, к числу новорожденных, в %):
-Охват Число беременных, охваченных патронажем

$$\text{дородовым} = \frac{\text{патронажем}}{\text{Общее число новорожденных}} \times 100$$

патронажем — Общее число новорожденных

$$\text{-Охват ранним} \quad \text{Число новорожденных, осмотренных врачом-педиатром} \\ \text{врачебным} \quad \text{в первые три дня после выписки из родильного дома} \\ \text{наблюдением} = \frac{\text{новорожденных}}{\text{Общее число новорожденных, поступивших под}} \times 100$$

наблюдение в детскую поликлинику (консультацию)

б) Регулярность наблюдения детей в возрасте 1,2 и 3 лет (отношение числа детей, наблюдавшихся регулярно к общему числу детей), а также полнота охвата больных и здоровых детей диспансерным наблюдением в возрасте до 18 лет включительно:

$$\text{-Охват систематическим} \quad \text{Число детей данной возрастной группы,} \\ \text{врачебным наблюдением} \quad \text{находящихся под систематическим врачебным} \\ \text{детей от 0 до 3 лет} = \frac{\text{наблюдением}}{\text{Общее число детей данной возрастной группы}} \times 100$$

включительно

$$\text{-Полнота охвата} \quad \text{Число больных детей в возрасте 0-17 лет} \\ \text{больных детей} \quad \text{включительно, состоящих на диспансерном учете} \\ \text{диспансерным} = \frac{\text{наблюдением}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 1000$$

$$\text{-Общий} \quad \text{Полнота охвата больных детей диспансерным наблюдением} \\ \text{показатель} = \text{+ полнота охвата здоровых детей; диспансерным наблюдением} \\ \text{диспансеризации} \\ \text{детского населения}$$

в) Доля детей, находившихся на грудном вскармливании до 3 месяцев (а также до 6 месяцев, 1 года):

$$\text{-Удельный вес детей,} \quad \text{Число детей, находящихся на грудном} \\ \text{находившихся на грудном} \quad \text{вскармливании, в возрасте до 3 месяцев (6 месяцев, 1 года)} \\ \text{вскармливании} = \frac{\text{Общее число детей, достигших 1 года}}{\text{к концу отчетного периода}} \times 100$$

до 3 месяцев (6 месяцев, 1 года)

г) распределение детей по группам здоровья и индекс здоровья детей различных возрастных групп:

$$\text{-Распределение детей} \quad \text{Число детей определенного возраста} \\ \text{по группам здоровья} = \frac{\text{I, (II, III, IV, V) группы здоровья}}{\text{Общее число детей данной возрастной группы}} \times 100$$

д) Заболеваемость новорожденных и повозрастная заболеваемость (на 1000 детей):

$$\text{Младенческая} \quad \text{Число умерших детей в возрасте до одного года} \\ \text{смертность за} \quad \text{в данном календарном году} \times 1000 \\ \text{календарный год} = \frac{\text{Число родившихся живыми в данном календарном году}}$$

е) **Младенческая смертность по Ратсу** =
$$\frac{\text{Число умерших детей в возрасте до 1 года в данном году}}{\frac{1}{3} \text{ родившихся живыми в прошлом году} + \frac{2}{3} \text{ родившихся живыми в данном году}} \times 1000$$

ж) **Неонатальная смертность** =
$$\frac{\text{Число умерших детей в первые 28 дней жизни}}{\text{Число родившихся живыми}} \times 1000$$

з) **Постнеонатальная смертность** =
$$\frac{\text{Число умерших детей в возрасте от 29 дней до 1 года}}{\text{Число родившихся живыми} - \text{Число умерших на первом месяце жизни}} \times 1000$$

и) Выявляемость острых инфекционных заболеваний в поликлинике:

Инфекционная заболеваемость среди детей =
$$\frac{\text{Число детей, заболевших инфекционными заболеваниями}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100000$$

к) Удельный вес активных посещений детей педиатром на дому;

л) Полнота охвата детей профилактическими осмотрами по возрастным группам:
Полнота охвата детей периодическими осмотрами по декретированным возрастным группам =
$$\frac{\text{Число детей, охваченных периодическими медицинскими осмотрами по декретированным возрастным группам}}{\text{Общее число детей данной возрастной группы}} \times 100$$

м) Выявляемость заболеваний при профилактических осмотрах:

Частота заболеваний, впервые выявленных у детей при периодических медицинских осмотрах =
$$\frac{\text{Число заболеваний, впервые выявленных у детей при периодических медицинских осмотрах}}{\text{Общее число детей, охваченных периодическими медицинскими осмотрами}} \times 100$$

н) летальность на дому;

о) доля детей, имеющих нарушения осанки, снижение остроты зрения и др.

Все эти показатели анализируются в динамике за ряд лет.

VI. Организация стоматологической помощи населению

Стоматологическая поликлиника – лечебно-профилактическое учреждение, деятельность которого направлена на профилактику стоматологических заболеваний, своевременное выявление и лечение больных с заболеваниями челюстно-лицевой области.

Стоматологическая поликлиника организуется в установленном порядке и осуществляет свою деятельность среди населения, на промышленных предприятиях, в высших и средних учебных заведениях, организациях, в детских коллективах.

Основными задачами поликлиники являются:

1. Проведение мероприятий по профилактике заболеваний челюстно-лицевой области среди населения и в организованных коллективах.
2. Организация и проведение мероприятий, направленных на раннее выявление больных с заболеваниями челюстно-лицевой области и своевременное их лечение.

3. Оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи населению

Для осуществления основных задач **стоматологическая поликлиника организует и проводит:**

1. В плановом порядке, по графикам, согласованным руководителями предприятий и организаций, профилактические осмотры работников промышленных предприятий, строительных организаций, учащихся высших и средних учебных заведений, работников и учащихся других организованных коллективов с одновременным осуществлением лечения выявленных больных.
2. Осуществление полной санации полости рта всем лицам, обращающимся в поликлинику по вопросам оказания стоматологической помощи
3. Полную санацию полости рта у допризывных и призывных контингентов.
4. Оказание экстренной медицинской помощи больным при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области.
5. Диспансерное наблюдение за определенными контингентами больных стоматологического профиля.
6. Оказание квалифицированной амбулаторной стоматологической помощи с осуществлением своевременной госпитализации лиц, нуждающихся в стационарном лечении.
7. Экспертизу временной нетрудоспособности больных, выдачу листков нетрудоспособности и рекомендаций по рациональному трудоустройству.
8. Весь комплекс реабилитационного лечения патологии челюстно-лицевой области и прежде всего зубное протезирование и ортодонтическое лечение.
9. Анализ заболеваемости населения стоматологическими болезнями, в том числе заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих, а также разработку мероприятий по снижению и устранению причин, способствующих возникновению заболеваний и их осложнений.
10. Отбор больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении.
11. Внедрение современных методов диагностики и лечения, новой медицинской техники и аппаратуры, лекарственных средств.
12. Санитарно-просветительную работу среди населения с привлечением общественности и использованием всех средств массовой информации (печать, телевидение, радиовещание и др.).
13. Мероприятия по повышению квалификации врачей и среднего медицинского персонала.

В состав стоматологической поликлиники могут входить:

1. отделение терапевтической и хирургической стоматологии (в том числе в соответствующих случаях – детские)
2. передвижные стоматологические установки
3. отделения зубного протезирования
4. оргметодкабинет
5. вспомогательные подразделения (рентгенологический, физиотерапевтический кабинеты)
6. регистратура
7. административно-хозяйственная часть
8. бухгалтерия.

Стоматологическая поликлиника республиканского, краевого, областного подчинения:

- осуществляет организационно-методическое руководство стоматологическими поликлиниками, отделениями и кабинетами, расположенными на соответствующей территории.

- анализирует заболеваемость на этой территории, потребность в стоматологической помощи и разрабатывает мероприятия, направленные на ее совершенствование.

- в установленном порядке в необходимых случаях обеспечивает выезды специалистов в населенные пункты сельской местности для проведения в них всего комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

Оснащение стоматологической поликлиники медицинской аппаратурой, инструментарием, твердым и мягким инвентарем, хозяйственным имуществом производится в соответствии с действующим табелем. Непосредственное руководство стоматологической поликлиникой осуществляет главный врач поликлиники, права и обязанности которого определяются соответствующим положением.

Режим работы поликлиники устанавливается органом здравоохранения по подчиненности с учетом потребности населения и конкретных условий.

При поликлинике организуется общественный совет, который проводит работу в соответствии с действующим положением. При главном враче создается медицинский совет.

Стоматологическая поликлиника пользуется правом юридического лица, имеет круглую печать и штамп.

Штатное расписание стоматологической поликлиники устанавливается по действующим и типовым штатным нормативам.

Государственные и муниципальные поликлиники подразделяются по:

1. *уровню обслуживания*
 - республиканские, краевые, областные
 - городские
 - районные
2. *подчиненности*
 - территориальные
 - ведомственные
3. *источнику финансирования*
 - бюджетные
 - хозрасчетные
4. *категориям* (выделяют 5 категорий в зависимости от мощности, которая определяется числом врачебных должностей)

Формы медицинской документации, использующиеся в работе врача-стоматолога:

- Медицинская карта стоматологического больного (ф. №043/у)
- Единый талон амбулаторного пациента (ф. №025-8/у-95)
- Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (ф. №037/у-88) – срок хранения 1 месяц после заполнения «Сводной ведомости»
- Сводная ведомость учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета (ф. №039-2/у-88) – срок хранения 1 год после составления отчета
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. №030/у).
- Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ф. №037-1/у)
- Дневник учета работы врача-стоматолога-ортодонта (ф. №039-3/у)
- Дневник учета работы врача-стоматолога-ортопеда (ф. №039-4/у)
- Журнал записи амбулаторных операций (ф. №069/у).
- Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты (ф. №028/у).

Показатели деятельности стоматологической поликлиники (отделения, кабинета)

Для отчетной деятельности стоматологической поликлиники рассчитываются следующие показатели:

1. **Укомплектованность врачебных должностей** = Занятые должности

$$\frac{\text{Штатные должности}}{\text{Штатные должности}} \times 100$$

2. **Удельный вес первичных посещений, сделанных к врачу-стоматологу** =

$$\frac{\text{Число первичных посещений (в день, месяц)}}{\text{Всего сделано посещений (в день, месяц)}} \times 100$$

3. **Удельный вес первичных посещений детей до 14 лет** =

$$\frac{\text{Число первичных посещений детьми до 14 лет}}{\text{Число всех первичных посещений}} \times 100$$

4. **Удельный вес сельских жителей в общем числе посещений** =

$$\frac{\text{Число посещений сельскими жителями}}{\text{Общее число посещений}} \times 100$$

5. **Доля санированных из общего числа больных** =

$$\frac{\text{Общее число санированных больных среди первичных}}{\text{Общее число первичных больных}} \times 100$$

6. **Доля лиц, нуждающихся в санации полости рта от числа планово осмотренных** =

$$\frac{\text{Число лиц, нуждающихся в санации полости рта}}{\text{Число лиц, осмотренных в порядке плановой санации}} \times 100$$

7. **Доля санированных лиц из числа нуждающихся, выявленных при плановом осмотре**

$$= \frac{\text{Число санированных лиц из числа нуждающихся, выявленных при плановом осмотре}}{\text{Число выявленных лиц, нуждающихся в санации полости рта}} \times 100$$

8. **Структура посещений стоматологической поликлиники по врачебным специальностям (видам стоматологической помощи)** =

$$\frac{\text{Число посещений специалистов (по видам стоматологической помощи)}}{\text{Общее число посещений}}$$

x100

9. **Показатель участковости** =

$$\frac{\text{Число посещений к участковому стоматологу жителями своего участка}}{\text{Общее число посещений, сделанных жителями района обслуживания к участковым стоматологам}} \times 100$$

10. **Доля посещений на дому** =

$$\frac{\text{Число посещений на дому к участковому стоматологу жителями своего участка}}{\text{Число посещений на дому к участковому стоматологу жителями своего участка}}$$

Общее число посещений, сделанных жителями района
обслуживания к участковым стоматологам
x100

11. *Полнота охвата профилактическими осмотрами* =
$$\frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число лиц, подлежащих осмотру по плану}} \times 100$$

12. *Полнота охвата больных диспансерным обслуживанием* =
$$\frac{\text{Число больных, состоящих под диспансерным наблюдением в течение года}}{\text{Общее число зарегистрированных больных}} \times 100$$

13. *Охват диспансерным обслуживанием больных с впервые установленным диагнозом (по нозологическим формам) – своевременность постановки на учет* =
$$\frac{\text{Число вновь взятых на диспансерное обслуживание с диагнозом, установленным в данном году}}{\text{Число всех больных с диагнозом, впервые установленным в данном году}} \times 100$$

14. *Число пациентов, прошедших полный курс профилактики по поводу кариеса зубов, заболеваний пародонта по учетной форме ф. №039-2/у-88 (в абсолютном выражении).*

15. *Соотношение числа вылеченных зубов* =
$$\frac{\text{Количество вылеченных зубов по поводу кариеса}}{\text{Количество вылеченных зубов по поводу пульпита + периодонтита}} \times 100$$

16. *Среднее число пломб, приходящихся на 1 рабочий день врача* =
$$\frac{\text{Всего наложено пломб (запломбировано зубов)}}{\text{Количество рабочих дней (в году, месяце)}} \times 100$$

17. *Среднее число посещений для наложения одной пломбы* =
$$\frac{\text{Число всех посещений с лечебной целью (по поводу кариеса, пульпита, периодонтита)}}{\text{Всего наложено пломб}} \times 100$$

18. *Соотношение числа вылеченных и удаленных зубов* =
$$\frac{\text{Число запломбированных зубов (всего наложено пломб)}}{\text{Число удаленных зубов}} \times 100$$

19. *Среднее число санаций в день на одного врача по уч. форме ф. №039-2/у-88* =
$$\frac{\text{Всего санаций (человек) в месяц}}{\text{Число рабочих дней за месяц}} \times 100$$

20. *Количество пломб на 1 первичного больного =*

$$\frac{\text{Всего наложено пломб}}{\text{Количество первичных больных}}$$

x100

21. *Частота осложнений после лечения зубов* (Рассчитывается на 100 пролеченных больных).

Показатели работы хирургического кабинета стоматологической поликлиники (отделения).

Рассчитываются по форме №039-2/у-88 и форме №037/у-88.

1. Характеристика посещений:

- всего (за день, месяц)
- из них первичных
- консультативных

2. Число удаленных зубов в день =

$$\frac{\text{Число удаленных зубов за год}}{\text{Количество рабочих дней в году}}$$

x100

3. Применение обезболивания при удалении зубов =

$$\frac{\text{Количество зубов, удаленных с обезболиванием}}{\text{Всего удаленных зубов}}$$

x100

4. Доля осложнений после удаления зубов =

$$\frac{\text{Число случаев осложнений после экстрагирования}}{\text{Всего удалено зубов}}$$

x100

5. Структура причин обращения за хирургической помощью: периодонтит, периостит, хронический остеомиелит, абсцесс, флегмона, альвеолит и др. заболевания.

6. Характер хирургических операций: структура оперативных пособий.

7. Процент своевременной госпитализации стоматологических больных (не позднее 24 часов с момента появления медицинских показаний).

8. Показатель заболеваемости с временной утратой трудоспособности (ВУТ) =

$$\frac{\text{Число случаев с ВУТ}}{\text{Среднегодовое число рабочих (число обратившихся работающих) и в днях}}$$

x100

9. Длительность одного случая временной утраты трудоспособности (ВУТ) =

$$\frac{\text{Число дней ВУТ}}{\text{Число случаев с ВУТ}}$$

x100

Оценка деятельности стоматологической поликлиники

1. Характеристика кадров (укомплектованность, возраст, стаж, текучесть, расстановка и использование кадров).
2. Количество врачебных посещений по видам помощи.
3. Численность обслуживаемого населения (из них детей до 14 лет и 15-18 лет).
4. Стоматологическая заболеваемость и потребность в стоматологической помощи.
5. Кратность посещений на 1 обращение.
6. Охват осмотрами всего населения (из них детей до 14 лет, 15-18 лет и старше).
7. Количество нуждающихся в санации полости рта (из них детей до 14 лет, 15-18 лет и старше).
8. Количество санированных от числа нуждающихся (из них детей до 14 лет, 15-18 лет и старше) (в процентах).
9. Охват населения профилактической помощью (из них детей до 14 лет, 15-18 лет).
10. Охват населения стоматологической помощью (из них детей до 14 лет, 15-18 лет в расчете на 1000 населения).
11. Число диагностированных форм осложненного кариеса на 1000 первично обратившихся больных (из них у детей до 14 лет, 15-18 лет).
12. Число удаленных зубов на 1000 первично обратившихся больных (из них у детей до 14 лет, 15-18 лет).

VII. Организация лечебно-профилактической помощи сельским жителям

Число сельских жителей в России составляет 27% (до Революции составляла - 87%)

Особенности жизни и быта на селе:

1. низкая (по сравнению с городом) плотность населения, разбросанность населенных пунктов и их отдаленность;
2. плохое качество, а порой и отсутствие дорог;
3. специфика сельскохозяйственного труда (сезонность полевых работ, зависимость от погодных условий и т.д.);
4. особенности условий, образа жизни, национальных традиций и обычаев сельского населения (например, в районах Крайнего Севера затруднены работы по планированию семьи, развито шаманство, сыроедение, не соблюдаются гигиенические требования при захоронении умерших и т.д)
5. широкое распространение пьянства, отсутствие элементарных гигиенических условий, крайне низкий экономический уровень жизни, безработица и т.д.
6. низкая обеспеченность специалистами

Особенности организации системы медицинской помощи в сельской местности:

- этапность помощи
- наличие специальных медицинских учреждений на селе
- применение специальных организационных форм и методов работы.

Проблемы сельского здравоохранения

- Низкая доступность медицинской помощи
- Недостаточная медицинская грамотность населения
- Нехватка медицинских кадров (обеспеченность врачами в 4,4 раза, а медсестрами в 2 раза меньше, чем в городе)
- Ориентация на затратное стационарное лечение. В больницах нередко лечатся больные, которым требуется амбулаторное лечение, либо находятся пациенты по медико-социальным показаниям.
- Утрачена система санаторно-курортной помощи жителям села.
- Ухудшается демографическая ситуация (естественная убыль населения за последние 8 лет увеличилась в 10 раз, жизни снизилась с 66 лет до 64 лет, увеличение преждевременной смертности лиц трудоспособного возраста, увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста)

Для преодоления критического положения социального развития села принята долгосрочная целевая программа «Социальное развитие села»

Программа предусматривает:

1. Укрепление МТБ ЛПУ (в т.ч. реконструкция ФАПов, участковых больниц, надбавки врачам ЦРБ за работу в сельской местности, надбавки к пенсии, оснащение оборудованием)
2. Внедрение принципов общей врачебной (семейной практики), развитие института врача общей (семейной практики)
3. Совершенствование скорой медицинской помощи жителям села (в том числе открытие подстанций, оснащение автомобилями)
4. Внедрение выездных форм оказания медицинской помощи
5. Организация медико-санитарного мониторинга (создание единого информационного поля, внедрение телемедицины, совершенствование медицинской статистики)

В **земской медицине** были заложены новые и весьма прогрессивные методы оказания мед. помощи населению, которые не потеряли своей актуальности и по сей день:

- ориентация не на фельдшерский, а на врачебный уровень оказания первичной медико-санитарной помощи;
- участковое обслуживание сельского населения (с организацией на участке одного-двух фельдшерских пунктов и аптеки, а в центре каждого участка - больницы с амбулаторией);
- ведение «карточного» учета при амбулаторном приеме больных, позволявшего собирать ценный материал для статистического анализа заболеваемости;
- совмещение лечебной и санитарно-профилактической работы в деятельности земских врачей;
- активная санитарно-просветительская работа;
- бесплатное оказание медицинской помощи.

Этапы оказания помощи, учреждения, их функции

Этап оказания помощи	Учреждение	Функции
Сельский врачебный участок	Сельская участковая больница, амбулатория	Оказание первой квалифицированной врачебной помощи и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий
Районные учреждения	Центральная районная больница (ЦРБ), районные диспансеры	Оказание специализированной помощи по основным ее видам
Областные учреждения	Областная больница, областные диспансеры	Оказание всех видов высококвалифицированной специализированной медицинской помощи

Задачи сельского здравоохранения и пути их решения

1. Приближение к городским ЛПУ и повышение качества амбулаторно-поликлинической помощи путем:
 - строительства сельских врачебных амбулаторий, работы врачей общей практики, семейных врачей
 - развитие сети приписных терапевтических и педиатрических участков
2. Приближение специализированной помощи путем:
 - укрупнение ЦРБ (межрайонные)
 - создание межрайонных специализированных отделений
 - создание мобильных (передвижных) кабинетов

Первый этап помощи - Сельский врачебный участок

В его состав входят: ФАП, сельские участковые больницы, врачебные амбулатории. Средняя численность населения на врачебном участке составляет 5-7 тыс. жителей при оптимальном радиусе 7-10 км.

Все медицинские учреждения, входящие в состав врачебного участка, организационно объединены и работают по единому плану под руководством главного врача участковой больницы.

А) Фельдшерско-акушерский пункт

Рекомендуемый норматив числа жителей для организации ФАП - 700 и более при расстоянии до ближайшего медицинского учреждения не менее 5 км.

Работает: фельдшер, медицинская сестра, санитарка. На ФАП возлагаются следующие функции:

- оказание населению доврачебной медицинской помощи;
- обеспечение населения лекарственными средствами (по утвержденной органами управления здравоохранения номенклатуре);
- своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача;
- организация патронажа детей и беременных женщин, динамическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан;
- проведение под руководством врача комплекса профилактических противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий направленных на снижение заболеваемости, прежде всего инфекционных и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;
- проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности;
- санитарно-гигиеническое обучение и воспитание населения и т.д.

Б) Сельская участковая больница (СУБ).

Мощность СУБ зависит от радиуса обслуживания, численности и плотности населения, расстояния до ЦРБ, особенности местных условий.

<i>Койки по специальностям</i>	<i>1-я категория 75-100 коек</i>	<i>2-я категория 50-75 коек</i>	<i>3-я категория 35-50 коек</i>	<i>4-я категория 25-35 коек</i>
Терапия	+	+	+	+
Хирургия	+	+	+	+
Акушерство	+	+	+	+
Педиатрия	+	+	+	
Инфекц. болезни	+			

В задачи СУБ входит:

- обеспечение населения закрепленной территории квалифицированной врачебной помощью (амбулаторной и стационарной);
- планирование и проведение мероприятий по профилактике и снижению заболеваемости и травматизма среди различных групп сельского населения;
- проведение лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья матери и ребенка;
- внедрение в практику современных методов профилактики, диагностики и лечения передовых форм и методов организации медицинской помощи;
- организационно-методическое руководство и контроль за деятельностью ФАПов и других учреждений здравоохранения, входящих в состав врачебного участка.

В функции сельской амбулатории входит:

- проведение мероприятий по приближению внебольничной помощи к работникам сельского хозяйства в период массовых полевых работ;
- проведение комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий (профилактические прививки, текущий санитарный надзор за учреждениями и объектами, водоснабжением и очисткой населенных мест и т.д.)

- плановые выезды врачей в подчиненные ФАПы и детские образовательные учреждения для оказания практической помощи и проведения контроля за их работой.

Особенности в организации амбулаторной и стационарной помощи в СУБ:

1. Нет четкого ограничения времени амбулаторного приема
2. Часы приема больных должны назначаться в наиболее удобное для населения время с учетом сезонности сельскохозяйственных работ
3. Возможность приема больного фельдшером при отсутствии врача
4. Вызовы на дом в отдаленные населенные пункты осуществляются фельдшером
5. Выделение одного профилактического дня в неделю у врача для объезда участка
6. Дежурство в стационаре с правом пребывания дома и обязательном информировании персонала о своем местонахождении на случай необходимости оказания неотложной помощи

Основные обязанности врача, ответственного за обслуживание детей на сельском врачебном участке:

- осуществление непрерывного профилактического наблюдения за детьми раннего возраста в приписанных к участковой больнице селах;
- периодический врачебный осмотр всех детей раннего возраста, особенно первого года жизни, на участке;
- активное выявление больных и ослабленных детей на врачебном участке, взятие их на диспансерный учет с целью регулярного наблюдения и оздоровления;
- организация своевременного и полного охвата детей профилактическими прививками;
- обеспечение регулярного наблюдения за детьми в организованных коллективах, наблюдение за правильным нервно-психическим и физическим развитием детей, проведение необходимых оздоровительных мероприятий;
- активное выявление заболевших детей, особенно раннего возраста, своевременное оказание им квалифицированной медицинской помощи и обеспечение в случае необходимости госпитализации;
- постоянное изучение условий и образа жизни детей в семье, выявление и содействие устранению неблагоприятно влияющих на состояние здоровья и развитие детей факторов внешней среды;
- контроль за работой ФАПов по вопросам медико-санитарного обеспечения детей путем регулярного (по графику) выезда на места, оказания им необходимой организационно-методической помощи;
- организация и проведение широкой санитарно-просветительной работы среди родителей, детей, педагогов, воспитателей по вопросам охраны здоровья детей.

Второй этап помощи –районные учреждения (ЦРБ, противотуберкулезный диспансер и др.)

В состав ЦРБ входят:

- стационар с отделением по основным специальностям;
- поликлиника с лечебно-диагностическими кабинетами и лабораторией;
- отделения скорой и неотложной медицинской помощи;
- патологоанатомическое отделение;
- организационно-методический кабинет;
- вспомогательные структурные подразделения (аптека, кухня, медицинский архив и др.)

Существует 6 категорий ЦРБ от 400 до 100 коек (в среднем 270 коек)

Главный врач ЦРБ является одновременно и главным врачом района. Имеются заместители: по организационно-методической работе; по детству и родовспоможению; по медицинской части. Организационные формы руководства: медицинский совет, совет медсестер, деятельности оргметодкабинета, деятельность районных специалистов.

Больничная помощь сельскому населению в ЦРБ оказывается по 10-15 специальностям.

Документация в ЦРБ - такая же, как и в городской больнице. Особенность - все формы учетной документации дублируются на ФАПе и СУБ.

В задачи поликлиники ЦРБ входит:

- обеспечение квалифицированной амбулаторно-поликлинической помощью прикрепленного населения района и районного центра;
- организационно-методическое руководство амбулаторно-поликлиническими подразделениями района, контроль за их деятельностью;
- планирование и проведение мероприятий, направленных на профилактику и снижение заболеваемости и инвалидности;
- своевременное и широкое внедрение в практику работы всех амбулаторно-поликлинических учреждений района современных методов и средств профилактики и лечения заболеваний, передового опыта оказания амбулаторно-поликлинической помощи.

Основные задачи ЦРБ:

- обеспечение населения района и районного центра квалифицированной специализированной стационарной и поликлинической медицинской помощью;
- оперативное и организационно-методическое руководство всеми учреждениями здравоохранения района, контроль за их деятельностью;
- планирование, финансирование и организация материально-технического обеспечения учреждений здравоохранения района;
- разработка и осуществление мероприятий, направленных на повышение качества медицинского обслуживания населения, снижение заболеваемости, младенческой и общей смертности, укрепление здоровья;
- разработка и осуществление мер по расстановке, рациональному использованию, повышению квалификации и воспитанию медицинских кадров учреждений здравоохранения.

Существует **5 категорий Областных больниц** от 300 до 1000 коек.

Областная больница, независимо от численности населения административной территории и коечной мощности, должна иметь следующие структурные подразделения:

- организационно-методический отдел;
- консультативную поликлинику;
- диагностический отдел;
- стационар с приемным отделением;
- отдел клинико-экспертной и организационно-экономической работы;
- отдел экспертной и планово-консультативной помощи;
- патологоанатомическое отделение /бюро - при отсутствии самостоятельного республиканского (краевого окружного) бюро/;
- прочие структурные подразделения, необходимые для нормального функционирования больницы (пищеблок, бухгалтерию, медицинский архив, библиотеку, гараж и др.);
- пансионат для пациентов;
- общежитие для медицинских работников.