

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
ОРГАНИЗАЦИИ I ЭТАПА ПМСП
(ФАП, ВА, СУБ)**

(учебно-методическое пособие)

Минск 2005

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

УТВЕРЖДАЮ
Ректор БЕЛМАПО
_____ профессор Г.Я.Хулуп
« » _____ 2005 г.

С.Ф. Михалюк

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИИ I ЭТАПА
ПМСП
(ФАП, ВА, СУБ)
(учебно-методическое пособие)**

Обсуждено на кафедре
общественного здоровья и
здравоохранения и
рекомендовано для внедрения в
учебный процесс
« » _____ 2005 г.
Зав. кафедрой общественного
здоровья и здравоохранения
БЕЛМАПО
_____ профессор Э.А.Вальчук

Обсуждено на Совете факультета
общественного здоровья и
здравоохранения и
рекомендовано для внедрения в
учебный процесс
« » _____ 2005 г.
Декан факультета общественного
здоровья и здравоохранения
БЕЛМАПО
_____ профессор Э.А.Вальчук

Минск 2005

УДК

ББК

П

Учреждение - разработчик:

Белорусская медицинская академия последипломного образования (БЕЛМАПО), кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Автор:

Михалюк Сергей Федорович - старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения Белорусской медицинской академии последипломного образования, кандидат медицинских наук.

Рецензенты:

Ответственный за выпуск:

проректор по науке Белорусской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук профессор Камышников В.С.

АННОТАЦИЯ

В учебно-методическом пособии осязаны вопросы анализа деятельности врачебного округа на основании учетной документации и годового отчета.

Учебно-методическое пособие предназначено для главных врачей врачебных амбулаторий, сельских участковых больниц, а также организаторов здравоохранения различного уровня, повышающих свою квалификацию в БЕЛМАПО на кафедре общественного здоровья и здравоохранения. Правильная оценка деятельности лечебно-профилактических организаций требует умения анализировать статистические данные, способствует своевременному выявлению некоторых недостатков и составляет аналитическую основу для разработки конкретных лечебно-профилактических мероприятий.

ВВЕДЕНИЕ

Основной целью системы здравоохранения является разработка мероприятий по сохранению и укреплению здоровья населения. Для осуществления этой цели необходимо получение полной и достоверной информации о показателях здоровья населения и лечебно-профилактических организациях.

Данные медицинского учета и отчетности взаимно связаны, их оценка должна проводиться последовательно и комплексно. Задачами получения, обработки, анализа статистической информации о сети, штатах и деятельности лечебно-профилактических организаций занимается статистика здравоохранения, которая включает в себя вопросы материальных средств, кадры врачей и среднего медицинского персонала. Основное место в статистической информации занимают способы анализа лечебной и профилактической работы, использование диагностических возможностей медицинской организации.

Полноценная характеристика работы лечебно-профилактической организации зависит от состояния учета, отчетности и обеспечения постоянным изучением деятельности организации на протяжении всего года. Анализ качества работы, определение уровня обслуживания населения позволяет выявить дефекты, дает возможность улучшить работу, придать ей оперативность, целенаправленность.

Руководитель любой медицинской организации при составлении текущих и перспективных планов работы должен основываться на изучении и анализе тенденций и закономерностях развития как здравоохранения, так и состояния здоровья населения, проживающего в районе обслуживания организации. Умение широко использовать статистическую информацию о деятельности лечебно-профилактических организаций помогает решать задачи современного управления здравоохранением.

Владеть методами анализа медицинской организации и ее подразделений должны не только руководители общественного здоровья и здравоохранения, но и все врачи.

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Медицинская (санитарная) статистика – одна из отраслей статистики, которая изучает количественную сторону массовых явлений и процессов в медицине. Санитарная статистика в свою очередь состоит из статистики здоровья и статистики здравоохранения.

Материалы статистики здравоохранения используются:

- в целях текущего и перспективного планирования;
- для осуществления контроля и управления организациями здравоохранения;
- при изучении различных форм медицинской помощи населению;
- для оценки экономической эффективности;
- для характеристики здоровья населения.

Статистика здравоохранения дает возможность:

- органам здравоохранения планировать, контролировать, целенаправленно размещать и перестраивать сеть медицинских организаций;
- руководителям оперативно управлять организациями здравоохранения и разрабатывать мероприятия по улучшению медицинской помощи населению;
- врачам всех специальностей судить о качестве и эффективности различных методов лечения, о состоянии здоровья населения.

Текущую документацию медицинских организации можно условно разделить на 3 группы:

1. оперативную документацию, необходимую в повседневной работе врача;
2. оперативно-учетную документацию, необходимую в повседневной работе учреждения и, в то же время, использующуюся для учета работы;
3. учетную документацию, обобщающую сведения определенного участка работы.

Для получения точных и полных статистических сведений необходимо соблюдать следующие условия:

- единство номенклатуры медицинских организаций;
- единство программ учета;
- единство показателей и методик их получения;
- единой системой первичной медицинской документации и стандартным порядком ее введения;
- единые сроки составления документов и представления отчетов;
- едиными методическими подходами к составлению отчетов всеми организациями;
- строгая статистическая дисциплина в медицинских организациях.

Анализ деятельности врачебного округа строится на данных годового статистического отчета, текущей учетно-оперативной документации и некоторых специально организованных исследований по следующей схеме:

I. Общая характеристика округа и района его деятельности.

II. Амбулаторная помощь населению.

A) общие сведения об амбулаторной помощи.

Б) организация работы амбулатории.

а) организация приема,

б) организация помощи на дому.

В) профилактическая помощь амбулатории.

- а) периодические осмотры,
- б) целевые осмотры,
- в) диспансеризация.

Г) заболеваемость.

III. Анализ деятельности стационара.

А) общая характеристика стационарной помощи населению.

Б) организация работы стационара.

IV. Организация медицинской помощи детям.

А) организация амбулаторной помощи детям.

Б) показатели медицинского обслуживания детей.

V. Акушерско-гинекологическая помощь населению.

VI. Работа лечебно-диагностических и вспомогательных кабинетов.

VII. Основные выводы о работе врачебного округа.

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧЕБНОГО ОКРУГА И РАЙОНА ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Необходимо дать краткую характеристику района деятельности (название лечебной организации, радиус обслуживания, максимальная удаленность населенного пункта от больницы (амбулатории), количество населенных пунктов во врачебном округе), указать численность обслуживаемого населения, распределение его по полу, мощность больницы (амбулатории) (количество коек, количество посещений в амбулаторию в день), число детей в возрасте до 1 года и от 0 до 14 лет, инвалидов и участников ВОВ, а также категорий граждан приравняемых к ним (бывшие узники фашистских концлагерей, члены семей погибших военнослужащих, работники тыла, войны интернационалисты, ликвидаторы аварии на Чернобыльской АС), количество ФАПов и их отдаленность от больницы (амбулатории), число населения на приписных

ФАПах: из них детей в возрасте до 1 года и от 0 до 14 лет, число школ и детских дошкольных организаций.

Для оценки состояния здоровья населения определенной территории нужно пользоваться демографическими данными и систематически наблюдать за процессами воспроизводства населения, условиями и причинами смертности. Без знания демографических данных невозможно планировать медицинское обслуживание населения. В общей характеристике анализируются данные о рождаемости, общей и младенческой смертности.

1. Годовой показатель рождаемости:

$$\frac{\text{число родившихся живыми за год} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

2. Показатель рождаемости за несколько месяцев

$$\frac{\text{число рождений (без мертворождений) за взятые месяцы} \times 1000 \times 12}{\text{среднегодовая численность населения} \times \text{число взятых месяцев}}$$

3. Показатель общей плодовитости:

$$\frac{\text{число детей родившихся живыми за год} \times 1000}{\text{число женщин фертильного возраста (15-49 лет)}}$$

4. Повозрастной показатель плодовитости:

$$\frac{\text{число детей родившихся живыми у женщин соответствующего возраста} \times 1000}{\text{среднегодовая численность женщин соответствующего возраста}}$$

5. Показатель брачной плодовитости:

$$\frac{\text{число детей родившихся живыми за год} \times 1000}{\text{среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке}}$$

6. Показатель смертности годовой:

$$\frac{\text{число умерших за год} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

7. Младенческая смертность:

$$\frac{\text{число умерших детей (0-12) мес.} \times 1000}{\frac{1}{5} \text{ родившихся живыми в прошедшем году} + \frac{4}{5} \text{ родившихся живыми в отчетном году}}$$

8. Показатель смертности соответствующей возрастно-половой группы:

$$\frac{\text{число умерших данного пола в данном возрасте за год} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

9. Естественный прирост населения:

$$\frac{\text{число родившихся} - \text{число умерших} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

Одним из показателей характеризующих медицинскую помощь населению является показатель обеспеченности врачами (средними медицинскими работниками)

10. Обеспеченность населения врачами (средними медработниками):

$$\frac{\text{число врачей (средних медработников)} \times 10000}{\text{численность населения на конец года}}$$

В общей характеристике, на основании штатного расписания, оценивается укомплектованность кадрами (отдельно врачебным, средним и младшим медицинским персоналом).

11. Укомплектованность врачебных (средних медицинских) должностей:

$$\frac{\text{число занятых врачебных (средних медицинских) должностей} \times 100}{\text{число штатных врачебных (средних медицинских) должностей}}$$

Для более полного представления о качестве медицинской помощи, оказываемой населению, предшествующие показатели необходимо оценивать параллельно с коэффициентом совместительства.

12. Коэффициент совместительства:

$$\frac{\text{число занятых врачебных должностей}}{\text{число физических лиц врачей на занятых должностях}}$$

При 100% укомплектованности медицинской организации кадрами, но при наличии совместительства (коэффициент больше 1,0) качество обслуживания будет страдать.

Необходимо также проанализировать число работающих пенсионеров среди врачебного, сестринского и младшего медицинского персонала.

В зависимости от показателей укомплектованности, совместительства и характеристики медицинских кадров можно сделать предварительный вывод об объеме и качестве медицинской помощи населению.

АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

Проводя анализ деятельности амбулатории необходимо остановиться на ее мощности, охарактеризовать систему работы, район ее деятельности.

Основные документы отражающие работу амбулатории:

- а). Медицинская карта амбулаторного больного (форма 25), на подростков форма 25 с вкладным листком на подростка (форма 25ю), на детей – история развития ребенка (форма 112).
- б). Дневник ежедневного учета работы врача амбулатории (форма 39), врача стоматологического кабинета (форма 39-стом).
- в). Контрольная карта диспансерного наблюдения (форма 30).
- г). Сводная ведомость учета заболеваний подлежащих диспансерному наблюдению в данной медицинской организации (форма 271 А,В).

1. Динамика посещений к врачам амбулатории:

$$\frac{\text{число посещений амбулатории за отчетный год} \times 100}{\text{число посещений амбулатории за предыдущий год}}$$

2. Динамика посещений к среднему медицинскому персоналу на самостоятельном приеме:

$$\frac{\text{число посещений к среднему медицинскому персоналу на самостоятельном приеме в данном году} \times 100}{\text{число посещений к среднему медицинскому персоналу на самостоятельном приеме за предыдущий год}}$$

Число посещений в амбулаторию за предыдущий год принимается за 100%, а разница полученного показателя от 100% показывает на сколько процентов увеличился объем посещений в амбулаторию в текущем году по сравнению с предыдущим.

3. Число посещений к врачам на одного сельского жителя:

$$\frac{\text{число посещений к врачам}}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

Для получения квалифицированной медицинской помощи на 1 сельского жителя должно быть 6-7 посещений в год.

4. Число посещений к среднему медицинскому персоналу на самостоятельном приеме:

$$\frac{\text{число посещений к среднему медицинскому персоналу на самостоятельном приеме}}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

В посещения к среднему медицинскому персоналу на самостоятельном приеме (фельдшер вместо врача) включаются посещения в смотровом кабинете, посещения беременных к акушеркам.

5. Самостоятельный прием больных средним медицинским персоналом:

$$\frac{\text{число посещений к среднему медицинскому персоналу на самостоятельном приеме} \times 100}{\text{общее число посещений к врачам и среднему медицинскому персоналу на самостоятельном приеме}}$$

Квалифицированность и качество медицинской помощи необходимо оценивать в связи с удельным весом амбулаторной помощи, оказываемой средними медицинскими работниками на самостоятельном приеме вместо врача. При хорошей организации работы и укомплектованности врачебными кадрами не должен допускаться самостоятельный прием больных средним медицинским персоналом.

6. Удельный вес посещений по поводу заболеваний:

$$\frac{\text{Число посещений к врачам по поводу заболевания} \times 100}{\text{общее число посещений к врачам амбулатории}}$$

7. Удельный вес профилактических посещений:

$$\frac{\text{Число профилактических посещений} \times 100}{\text{общее число посещений}}$$

Распределение посещений к врачам по виду обращения делает возможным выделить основное направление в работе.

Организация помощи больным на дому способствует улучшению качества лечения больных, уменьшает опасность контакта в амбулатории на приеме.

8. Активность помощи на дому:

$$\frac{\text{число посещений на дому сделанных врачами активно} \times 100}{\text{число всех посещений врачами больных на дому}}$$

На основании углубленного анализа, обобщая данные «Книги вызовов врачей на дом» (форма 31) можно рассчитать удельный вес активных

посещений на дом в общем количестве посещений на дом. Его размер колеблется от 30 до 50% и зависит прежде всего от соотношения первичных и повторных посещений к больному, которое связано с уровнем сезонности заболеваемости, возможностью госпитализации больного, тяжестью заболевания, укомплектованностью врачами, их физической нагрузкой, расселением населения.

9. Активность помощи на дому по отношению к повторным посещениям:

$$\frac{\text{число активных повторных посещений} \times 100}{\text{Число активных повторных посещений к больным на дому}}$$

Рассчитанный таким образом показатель значительно выше предыдущего и составляет 75-80%.

10. Обслуживание на дому средним медицинским персоналом:

$$\frac{\text{число посещений средним медицинским персоналом, оказывающим самостоятельную помощь на дому} \times 100}{\text{общее число посещений сделанных врачами и средним медицинским персоналом на дом}}$$

В современных условиях первичное посещение на дом к больному должен делать врач, для правильной оценки состояния, выработки тактики, рекомендации.

Профилактическое направление в работе амбулатории играет важную роль. Оно выражается в проведении профилактических осмотров, раннем выявлении заболеваний, проведении диспансеризации больных, противоэпидемической и санитарно-просветительной работе.

11. Процент полноты охвата периодическими осмотрами:

$$\frac{\text{число лиц фактически осмотренных} \times 100}{\text{число лиц, подлежащих осмотру}}$$

Показатель вычисляется по отдельным группам, подлежащим периодическому осмотру. Размер показателя должен приближаться к 100%, но он не должен быть выше 100%.

Не менее важным является показатель охвата населения профилактическими целевыми осмотрами на то или иное заболевание.

12. Процент населения, осмотренного в целях выявления туберкулеза (или иного заболевания):

$$\frac{\text{число обследованных лиц из жителей района деятельности амбулатории с целью раннего выявления туберкулеза (или иного заболевания)} \times 100}{\text{среднегодовая численность населения района обслуживания амбулатории}}$$

Диспансеризация населения является одним из важнейших методов профилактической работы в амбулатории. Большое место в этой работе занимает диспансеризация больных с ранними стадиями заболеваний, нуждающихся в оздоровлении.

13. Состав больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года:

$$\frac{\text{число больных, состоящих на диспансерном учете по поводу данного заболевания на конец отчетного года} \times 100}{\text{общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного периода}}$$

14. Своевременность охвата:

$$\frac{\text{число больных, взятых под наблюдение, из числа впервые диагностированных больных} \times 100}{\text{число заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом}}$$

15. Удельный вес вновь взятых под диспансерное наблюдение среди стоящих под наблюдением:

$$\frac{\text{число вновь взятых больных на диспансерное наблюдение с} \\ \text{данным заболеванием} \times 100}{\text{число больных, состоящих на диспансерном наблюдении на} \\ \text{начало года} + \text{вновь взятые в данном году}}$$

Показатель дает представление о систематичности работы по диспансеризации. Если он более 50%, то можно сделать вывод о недостаточно проводимой ранее работе по диспансеризации.

Эффективность диспансеризации можно рассматривать анализируя показатели исходов заболеваний диспансеризуемых контингентов.

16. Процент диспансерных больных, снятых с учета в связи с излечением (улучшением здоровья):

$$\frac{\text{число больных, снятых с диспансерного учета в связи с} \\ \text{излечением (улучшением здоровья)} \times 100}{\text{число диспансерных больных, состоящих на диспансерном} \\ \text{учете на начало года}}$$

17. Процент диспансерных больных, снятых с учета в связи со смертью:

$$\frac{\text{число умерших диспансерных больных} \times 100}{\text{число диспансерных больных, состоящих на диспансерном} \\ \text{учете в течение года}}$$

Показатели заболеваемости и болезненности, вычисленные на основании данных одной медицинской организации нельзя считать точными. Поскольку система оказания медицинской помощи населению дает возможность заболевшему обратиться в лечебные организации и по месту жительства, и по месту работы, и в специализированные медицинские организации, нередко имеет место дублирование в первичном учете одного и того же заболевания. При составлении отчетов и при специальном изучении заболеваемости не

учитываются диагнозы, поставленные фельдшерами и акушерками, даже в том случае, если фельдшер руководит сельским врачебным участком.

18. Общая болезненность:

$$\frac{\text{общее число зарегистрированных заболеваний в отчетном году} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

19. Общая заболеваемость:

$$\frac{\text{общее число впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в отчетном году} \times 1000}{\text{среднегодовая численность населения}}$$

20. Структура заболеваемости:

$$\frac{\text{число заболеваний данной болезнью, впервые в жизни выявленных в отчетном году} \times 100}{\text{общее число заболеваний, впервые в жизни установленных в отчетном году}}$$

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА

Анализ статистических данных о работе стационара можно разделить на три основных части: общие сведения, организация работы, качество медицинского обслуживания. В первой части анализируется укомплектованность кадрами, обеспеченность населения коечной сетью. Вторая часть включает в себя группу показателей, характеризующих использование коечного фонда. В третью часть вошли показатели, которые отражают качество обслуживания и лечения больных в стационаре.

Основная учетная документация используемая при анализе деятельности стационара:

- а). Журнал приема больных и отказов в госпитализации (форма 1);
- б). История болезни (форма 3);
- в). Листок ежедневного учета больных стационара и коечного фонда (форма 7);

г). Сводная ведомость учета больных и коечного фонда в стационаре (форма 16);

д). Карта выбывшего из стационара (форма 266)

Важнейшими показателями работы стационара являются показатели характеризующие использование коечного фонда.

1. Обеспеченность населения больничными койками:

$$\frac{\text{число сметных больничных коек на конец года} \times 1000}{\text{численность обслуживаемого населения на конец года}}$$

2. Среднегодовое количество коек:

$$\frac{\text{количество коек} \times \text{число дней функционирования койки за месяц}}{\text{количество дней данного месяца}}$$

3. Процент выполнения плана койко-дней:

$$\frac{\text{фактическое число койко-дней проведенных больными в стационаре} \times 100}{\text{плановое число койко-дней}}$$

4. Число дней занятости койки в году:

$$\frac{\text{число койко-дней фактически проведенных больными в стационаре}}{\text{число среднегодовых коек}}$$

5. Оборот (функция) койки:

$$\frac{\text{число использованных больных}}{\text{число среднегодовых коек}}$$

6. Среднее время простоя койки:

$$\frac{365 - \text{среднее число дней занятости}}{\text{оборот койки число среднегодовых коек}}$$

7. Средняя длительность лечения выбывших больных:

$$\frac{\text{число койко-дней, проведенных больными за год}}{\text{число выбывших больных}}$$

Показатель является важной характеристикой деятельности стационара. Среднее пребывание в больнице сельских жителей более длительное. Это объясняется составом больных, тяжестью патологического процесса в силу ряда обстоятельств (отсутствие на селе специализированной, высоко квалифицированной медицинской помощи и т. д.). При расчете показателя «Число прошедших больных» всегда включается суммарное число поступивших в стационар, выписанных и умерших, деленное пополам. Показатель средней длительности пребывания больного на койке может свидетельствовать о необоснованной госпитализации, о длительных задержках больных в стационаре, о затратах времени на ненужные и повторные исследования, о недостаточной обеспеченности населения стационарной помощью, о преждевременной выписке больных, организационных неполадках затягивающих или сокращающих сроки госпитализации.

8. Общебольничный показатель летальности:

$$\frac{\text{число умерших в стационаре} \times 100}{\text{число использованных больных}}$$

Судить о качестве лечения в стационаре только на основе показателей летальности нельзя. Сложность их оценки определяется не только качеством диагностики, лечения больного, но и различным составом больных (по возрасту, нозологическим формам), сроком госпитализации, качеством лечения до стационара.

Из числа умерших в стационаре необходимо определить удельный вес числа умерших в первые 24 часа после поступления в стационар.

9. Удельный вес умерших в первые сутки:

$$\frac{\text{число умерших в первые сутки} \times 100}{\text{общее число умерших в больнице}}$$

Смерть в первые сутки указывает на тяжесть заболевания и ответственность в отношении правильной организации помощи в момент госпитализации больного и в первые часы после ее.

10. Частота совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов:

$$\frac{\text{число случаев совпадений клинических диагнозов и патологоанатомическими} \times 100}{\text{общее число вскрытий умерших в больнице}}$$

Показатель является одним из самых объективных критериев качества диагностики в лечебной организации.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

Анализ и оценка деятельности врачебного округа по охране здоровья детей необходим для правильного планирования работы по медицинскому обслуживанию детей в округе, определения сдвигов в состоянии их здоровья. Для анализа используются данные отчета (форма 1 раздел 2) и отчета вкладыша №2, а также показатели характеризующие качество медицинской помощи больным детям полученные на основе разработки и анализа первичной медицинской документации (форма 112, 63, 30, 26).

Основные показатели организации помощи на дому.

1. Обслуженность больных детей на дому:

$$\frac{\text{число посещений врачами больных детей на дому} \times 100}{\text{число посещений врачами больных детей на дому} + \text{число посещений больными детьми амбулатории}}$$

2. Активность посещений больных детей на дому:

$$\frac{\text{число активных посещений врачами больных детей на дому} \times 100}{\text{число повторных посещений врачами больных детей на дому}}$$

3. Охват детского населения профилактическими прививками:

$$\frac{\text{число детей, охваченных прививками против данной болезни} \times 100}{\text{число детей, подлежащих данному виду прививки}}$$

Показатели медицинского обслуживания новорожденных.

4. Ранний охват наблюдением:

$$\frac{\text{число детей, поступивших под наблюдение в отчетном периоде в возрасте до 1-го месяца} \times 100}{\text{число детей поступивших под наблюдение в возрасте до 1-го года}}$$

5. Охват матерей дородовым патронажем (в %):

$$\frac{\text{число матерей, к которым был сделан дородовый патронаж} \times 100}{\text{общее число рождений в районе обслуживания}}$$

6. Регулярность наблюдений за детьми 1-го года жизни:

$$\frac{\text{число детей, достигших в отчетном году одного года жизни, наблюдавшихся врачом в течение одного года жизни систематически, без длительных перерывов} \times 100}{\text{число детей, достигших в отчетном году 1-го года жизни}}$$

По такой же методике подсчитывается показатель наблюдений фельдшером.

7. Врачебные посещения на дому:

$$\frac{\text{число врачебных посещений на дому (включая профилактические и патронажные) к детям из числа достигших 1-го года жизни}}{\text{общее число детей, достигших 1-го года жизни}}$$

8. Частота грудного вскармливания детей:

$$\frac{\text{число детей, которые находились до 4-ех месяцев только на грудном вскармливании} \times 100}{\text{число детей, достигших 1-го года жизни}}$$

9. Индекс здоровья (процент ни разу не болевших детей):

$$\frac{\text{число детей, достигших 1-го года жизни, ни разу не болевших} \times 100}{\text{число детей, достигших 1-го года жизни в отчетном году}}$$

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ

Акушерско-гинекологическая помощь на территории обслуживания врачебного округа оказывается участковыми больницами, амбулаториями, фельдшерско-акушерскими пунктами. Основными задачами врачебных округов в области акушерско-гинекологической помощи являются:

- выявление среди населения беременных в возможно ранние сроки;
- обеспечение всех беременных медицинским наблюдением в ранние сроки и в послеродовом периоде;
- психопрофилактическая подготовка к родам;
- своевременное обеспечение стационарной квалифицированной медицинской помощью при родах и особенно при патологической беременности;
- оказание медицинской помощи родильницам на дому после выписки их из стационара;
- профилактические прививки детям в возрасте до 1-го года под наблюдением врача;
- профилактически гинекологические осмотры женщин и направление их к гинекологу;

- борьба с абортами;
- санитарно просветительная работа.

1. Своевременность охвата беременных наблюдением:

$$\frac{\text{число беременных, поступивших под наблюдение своевременно (до 3-ех месяцев беременности)} \times 100}{\text{общее число беременных, поступивших под наблюдение}}$$

2. Процент женщин поступивших под наблюдение поздно:

$$\frac{\text{число беременных, поступивших под наблюдение поздно (свыше 7 месяцев)} \times 100}{\text{общее число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году}}$$

3. Процент беременных из числа родивших в отчетном году, ни разу не посетивших акушерку в дородовом периоде:

$$\frac{\text{число беременных, родивших в отчетном году, ни разу не посетивших акушерку} \times 100}{\text{число беременных, родивших в отчетном году}}$$

4. Процент беременных у которых беременность закончилась родами в срок:

$$\frac{\text{число беременных у которых беременность закончилась родами в срок} \times 100}{\text{общее число беременных, закончивших беременность в отчетном году}}$$

5. Частота абортотв:

а)

$$\frac{\text{число абортотв} \times 100}{\text{число родов}}$$

б)

$$\frac{\text{число абортотв} \times 100}{\text{общее число беременных, закончивших беременность (число родов + число абортотв)}}$$

РАБОТА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ КАБИНЕТОВ

Провести оценку деятельности вспомогательных кабинетов и их персонала только на основании данных представленных в основном отчете нельзя. Оценить нагрузку соответствующего кабинета, нагрузку персонала течение одного рабочего дня или года труднее, чем врачей основных служб, т. к. в отчет включены только сведения об отпущенных процедурах, о числе лиц закончивших лечение в данном году. Полноценный анализ требует привлечение соответствующей документации. Для рентгеновского кабинета «Журнал записи рентгенологических исследований» (форма 50); для лаборатории «Журнал лаборатории» (форма 48); для кабинета функциональной диагностики «Журнал записи кардиологических исследований» (форма 51); для физиотерапевтического кабинета «Карта больного, лечившегося в физиотерапевтическом кабинете» (форма 44); для кабинета лечебной физкультуры «Карта лечившегося в кабинете лечебной физкультуры» (форма 42).

1. Среднедневная нагрузка врача рентгенолога:

$$\frac{\text{число выработанных рентген процедур}}{\text{число занятых должностей врачей рентгенологов} \times \text{число рабочих дней в году}}$$

2. Количество рентген обследований на 100 больных:

$$\frac{\text{количество рентген обследований} \times 100}{\text{количество посещений}}$$

3. Количество рентген обследований на 100 посещений:

$$\frac{\text{количество рентген обследований} \times 100}{\text{число использованных больных}}$$

Аналогичным образом анализируется деятельность лаборатории, физиотерапевтического кабинета, кабинета функциональной диагностики.

ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ О РАБОТЕ ОКРУГА

Указанные показатели могут быть применены как при анализе отчетов отдельных сельских организаций здравоохранения, так и сводных отчетов о работе врачебных округов.

В объяснительной записке к отчету должны быть описаны причины, определившие тот или иной уровень показателей, наличие основных мероприятий по устранению недостатков, выявленных при анализе деятельности. Анализ отчета деятельности врачебного округа необходимо закончить общими выводами о работе в данном году по сравнению с предыдущим годом.

На основании анализа деятельности медицинских организаций и показателей здоровья населения разрабатывается комплексный план здравоохранения врачебного округа на предстоящий год и конкретные мероприятия, направленные на повышение качества лечебно-профилактической помощи населению округа.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧЕБНОГО ОКРУГА И РАЙОНА ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	6
АМБУЛАТОРНАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ	9
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА	15
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	18
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ НАСЕЛЕНИЮ	20
РАБОТА ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ КАБИНЕТОВ	21
ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ О РАБОТЕ ОКРУГА	23