

КАЛИНИНА Т.В., ПЛАХОТЯ Л.П., ЩАВЕЛЕВА М.В.

**МЕТОДИКА АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ**

Минск 2003

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения**

КАЛИНИНА Т.В., ПЛАХОТЯ Л.П., ЩАВЕЛЕВА М.В.

**МЕТОДИКА АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПОЛИКЛИНИКИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ**
(Учебно-методическое пособие)

Минск 2003

УДК 616-082-039.57:614.2

ББК 51.1(2)2

К 17

Т.В. Калинина, Л.П. Плахотя, М.В. Щавелева.

Методика анализа деятельности поликлиники для взрослых. Учебно-методическое пособие.
– Мн.: БелМАПО, 2003. – 36 с.

Учебно-методическое пособие содержит алгоритм анализа деятельности поликлиники для взрослых, методику расчета показателей деятельности учреждения по основным разделам работы. Предназначено для руководителей лечебно-профилактических учреждений, врачей, студентов медицинских ВУЗов республики.

Рецензент: И.В. Малахова – заместитель директора Белорусского центра медицинских технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения, кандидат мед. наук.

Учебно-методическое пособие утверждено Советом факультета социальной медицины, организации и управления здравоохранением БелМАПО 20.02.2003, протокол № 1.

ББК 51.1(2)2

Белорусская медицинская академия
последипломного образования. 2003

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	5
АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ	7
РАЗДЕЛЫ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ:	13
I. Общие данные о поликлинике. Штаты.	13
II. Характеристика района деятельности поликлиники	13
III. Организация работы поликлиники	15
- Организация приема больных в поликлинике.	15
- Организация медицинской помощи на дому	19
- Нагрузка врачей	20
- Функция врачебной должности	21
IV. Профилактическая работа	23
- Результаты профилактических осмотров	23
- Полнота охвата населения рентгено- флюорографическими обследованиями	24
- Показатель состояния иммунизации населения	24
- Онкопрофилактика среди закрепленного населения	24
V. Диспансерная работа	25
- Показатели, характеризующие организацию и объем диспансеризации	25
- Показатели, характеризующие активность и качество диспансеризации	26
- Показатели, характеризующие эффективность диспансеризации	28
VI. Лечебно-консультативная работа	29
- Качество лечения больных	29
- Качество диагностики	30
VII. Анализ деятельности дневного стационара	31
VIII. Экспертиза временной нетрудоспособности	32
IX. Работа диагностических и вспомогательных подразделений поликлиники	33
X. Преемственность в работе между поликлиникой и стационаром	33
XI. Работа с предложениями и заявлениями граждан	34
XII. Показатели здоровья обслуживаемого населения	34
XIII. Заключение	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	36

ВВЕДЕНИЕ

Амбулаторно-поликлиническая помощь занимает приоритетное значение в медицинском обслуживании как наиболее массовый и доступный вид медицинского обслуживания. На сегодняшний день в нашей стране она оказывается 1478 амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями, мощность которых составляет 213,4 посещений в смену на 10 тысяч человек. В течение 2002г. населением Республики Беларусь было выполнено 113,5 млн. посещений в эти организации, то есть в среднем на одного жителя республики в этом году приходилось 11,4 посещений к врачам (включая зубных). За последние 20 лет мощность амбулаторно-поликлинических организаций и учреждений республики увеличилась на 95%. Соответственно, возросло за этот период и число посещений, приходящихся на одного человека (на 15%).

К основным задачам, решаемым амбулаторно-поликлиническими организациями, относятся:

- накопление и анализ информации о состоянии здоровья обслуживаемого населения (заболеваемости, инвалидности, смертности);
- проведение широких профилактических мероприятий и работы по формированию здорового образа жизни;
- раннее выявление больных;
- проведение диспансерных мероприятий среди здоровых и больных;
- оказание квалифицированной, в т.ч. и специализированной, медицинской помощи;
- развитие ресурсосберегающих, в т. ч. стационарзамещающих, технологий.

От того, в какой мере и насколько качественно решаются данные задачи, зависит объем работы других медицинских организаций, а также многие показатели, характеризующие деятельность системы здравоохранения в целом.

Важнейшими современными характеристиками амбулаторно-поликлинической помощи наряду с массовостью и доступностью являются ее универсальность и экономичность. С точки зрения социальной значимости и потребности в медицинской помощи все заболевания могут быть разделены на 3 основные группы: - заболевания, которые являются основными причинами смертности населения; - заболевания, приводящие к различным жизненным ограничениям, включая инвалидность; - заболевания, вызывающие кратковременные расстройства здоровья, но ввиду массовости случаев, наносящие значительный экономический ущерб. В условиях амбулаторно-поликлинических организаций комплексно решаются проблемы профилактики, диагностики, лечения и реабилитации всех 3-х групп заболеваний. До 80% обратившихся за медицинской помощью начинают и заканчивают свое лечение в данных медицинских организациях. При этом затраты на оказание амбулаторно-поликлинической помощи (при такой ее масштабности) в несколько раз уступают затратам на оказание стационарной помощи населению. В этой связи эффективность происходящих реформ здравоохранения связывают с тем, насколько рационально произойдет перераспределение видов и объемов оказываемой медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап.

Поэтому в системе медицинского обеспечения населения нашей республики развитие амбулаторно-поликлинической помощи всегда было и остается в числе важнейших приоритетов здравоохранения.

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ

Анализ деятельности поликлиники основан на использовании текущей учетно-оперативной документации и осуществляется путем составления и разработки отчетных форм, перечень которых утвержден приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь №180 от 29.07.1994 «Об утверждении табеля форм государственной статистики».

Информация, включаемая в отчеты, содержится в первичной медицинской документации поликлиники. Перечень форм первичной медицинской документации поликлиники утвержден приказом МЗ СССР от 04.10.1980 года № 1030 «Об утверждении перечня форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» и другими инструктивно-методическими документами.

Порядок заполнения этих форм определен «Типовой инструкцией к заполнению первичной медицинской документации лечебно-профилактических учреждений (без документов лабораторий), утвержденных приказом Минздрава СССР от 4 октября 1980 года № 1030». Это позволяет обеспечить единообразие ведения первичной медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях и обеспечить достоверность составляемых на ее основании отчетов.

Всю текущую документацию поликлиники для взрослых можно условно разделить на следующие группы:

1. **Оперативная медицинская документация**, необходимая в повседневной работе врача. Она предназначена для накопления и хранения сведений о больном.

К таким документам относятся:

- Медицинская карта амбулаторного больного (ф.25/у) – заводится на каждого жителя района обслуживания поликлиники. Этот документ

является основным источником сведений о состоянии здоровья пациента и проведенных в отношении него лечебных и профилактических мероприятий.

- Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у) – предназначена для систематического наблюдения за состоянием здоровья лиц, состоящих на диспансерном учете по поводу заболевания, для записи лечебно-оздоровительных мероприятий и их результатов.
- Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице (ф.003-2/у).

2. Оперативно-учетная документация – используется для учета и последующего анализа различных разделов работы поликлиники. Это различные журналы, в которых отражается деятельность поликлиники по различным направлениям:

- Журнал учета процедур (ф. 029/у)
- Книга записи вызовов врачей на дом (031/у)
- Журнал для записи заключений ВКК (035/у)
- Книга регистрации листков нетрудоспособности (036/у)
- Журнал учета санитарно-просветительной работы (038/у)
- Журнал записи рентгенологических исследований (050/у)
- Журнал учета инфекционных заболеваний (060/у)
- Журнал учета профилактических прививок (064/у)
- Журнал записи амбулаторных операций (069/у)
- Журнал регистрации амбулаторных больных (074/у)
- Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний и др.

3. Учетная документация, необходимая для обобщения сведений по основным направлениям деятельности поликлиники:

- Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (ф.025-2/у) – предназначен для учета и статистического

анализа данных о заболеваниях, травмах и отравлениях у больных, обратившихся за медицинской помощью в поликлинику.

- Талон амбулаторного пациента (ф. 025-б/у) – служит для учета случаев поликлинического обслуживания. Данная учетная форма позволяет провести анализ посещений в поликлинику с разделением цели посещения (лечебно-диагностическая, консультация, диспансерное наблюдение, профилактический осмотр, медико-социальная цель), проанализировать оперативные вмешательства, госпитализацию, временную нетрудоспособность и т.д. Для эффективной разработки данного талона необходима компьютеризация кабинетов медицинской статистики.
- Ведомость учета заболеваний, посещений, пролеченных больных (ф.1) – позволяет проводить оценку нагрузки врача на приеме и на дому посредством учета и последующей статистической обработки числа и характера посещений; используется для регистрации заболеваний у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения, а также служит для анализа объема оказываемой амбулаторно-поликлинической помощи на основании учета числа лиц, закончивших лечение.
- Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансере, консультации и на дому (039/у) - используется для учета посещений в поликлинику, визитов на дому, посещений с профилактической целью и служит для определения объема работы врача.
- Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (058/у) – используется для учета случаев и составлении отчетов об инфекционных заболеваниях.

Врач, заполняющий учетную медицинскую документацию, обязан обеспечить достоверность данных и своевременное внесение информации в учетную медицинскую документацию.

Алгоритм анализа деятельности поликлиники на основании первичной медицинской документации представлен на Рис.1.

Проведению анализа предшествует сбор статистической информации на основании перечисленных выше первичных медицинских документов. С целью эффективного и последовательного анализа накопленной статистической информации выполняется ее группировка по основным и дополнительным учетным признакам и составление аналитических таблиц.

Наиболее частой ошибкой, которая допускается в анализе, является использование для сравнения и оценки абсолютных величин. Это возможно лишь в тех случаях, когда регистрируются единичные случаи изучаемого явления (до 10 случаев). В остальных случаях анализ выполняется на основании показателей (средних или относительных величин), вычисляемых по определенной методике.

Анализируя работу поликлиники, главный врач и его заместители должны остановиться на следующих моментах:

1. Расчетные показатели по всем разделам работы следует сравнивать со средними уровнями по республике, области, городу и пр.
2. Следует давать оценку расчетных показателей на соответствие их отраслевым нормам и нормативам (если таковые имеются).
3. В случае значительного отклонения ключевых расчетных показателей от средних показателей по региону и республике в целом, следует использовать методы стандартизации с целью нивелирования неоднородности сравниваемых совокупностей. Предварительно следует логически обосновать возможное влияние тех факторов, которые обусловили ухудшение статистических показателей.

4. Основные показатели здоровья обслуживаемого населения и показатели деятельности поликлиники используются для комплексной оценки по методике МКР.
5. Ведущие показатели следует проанализировать в динамике (не менее чем за 3 года). При этом рассчитываются показатели динамического ряда, применяются методики выравнивания динамического ряда с целью выявления тенденции (построение линии тренда). Желательно построение прогноза по ведущим показателям здоровья обслуживаемого населения и деятельности поликлиники. В этом случае период наблюдения следует увеличить как минимум до 5 лет. Желательно использовать методы наглядного изображения показателей, анализ которых выполняется в динамике.
6. Высшим уровнем аналитической работы главного врача поликлиники является анализ факторов, влияющих на уровни расчетных показателей. Это творческая работа, которая предполагает проведение логического и системного статистического анализа, с возможной (и желательной) публикацией аналитических материалов. В этом случае следует использовать дисперсионный анализ, корреляционно-регрессионный анализ, а также непараметрические статистические методы, и обосновывать достоверность и надежность полученных результатов и формулируемых выводов.

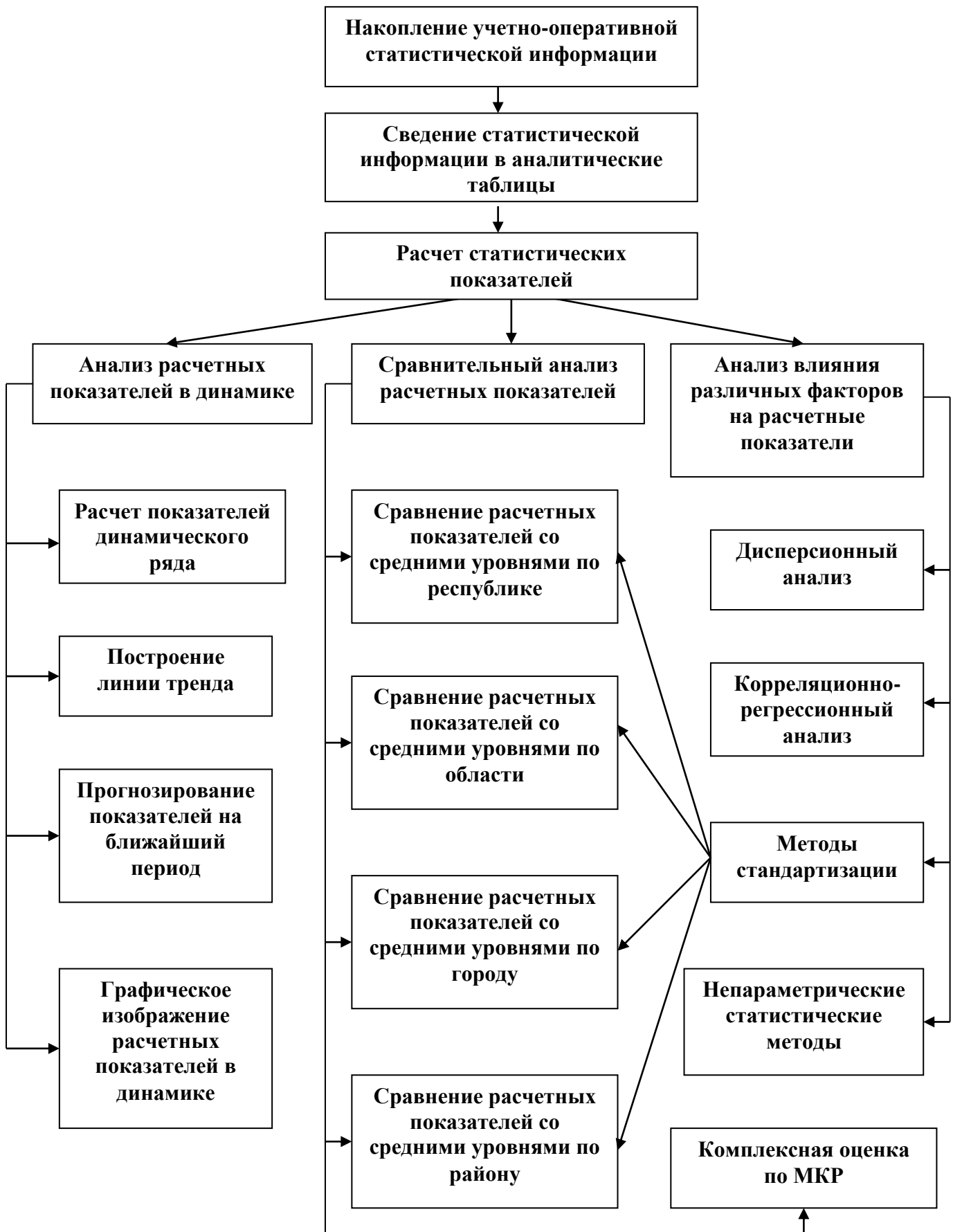


Рис.1. Схема анализа деятельности поликлиники.

РАЗДЕЛЫ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ

Основной отчетной формой, которая используется при анализе деятельности поликлиники, является годовой отчет. Анализ деятельности поликлиники по данным годового отчета и учетной медицинской документации выполняется по разделам работы. Группировка показателей для характеристики отдельных разделов может различаться в зависимости от цели и направления анализа.

Рекомендуется выполнять анализ деятельности поликлиники по следующим разделам работы и с расчетом следующих показателей:

I. Общие данные о поликлинике. Штаты.

1. Наименование организации здравоохранения
2. Мощность поликлиники (проектная, фактическая)
3. Структура поликлиники
4. Характеристика медицинских кадров поликлиники:

4.1 Укомплектованность врачами (средним медицинским персоналом):

$$\frac{\text{Число занятых врачебных должностей (должностей среднего медперсонала)} \times 100}{\text{Число штатных врачебных должностей (должностей среднего медперсонала)}}$$

4.2 Характеристика врачебных кадров: состав по возрасту, полу, стажу работы, аттестационные категории, число работающих пенсионеров, число инвалидов.

5. Организация работы поликлиники, режим работы в субботные и воскресные дни.

II. Характеристика района деятельности поликлиники

1. Численность и состав населения, обслуживаемого поликлиникой. Изучается по данным переписи населения, проживающего в районе

обслуживания, которая проводится персоналом поликлиники 2 раза в год (по спискам ЖЭСов).

Среднегодовая численность населения рассчитывается как полусумма численности населения на начало отчетного и на начало следующего календарного года. Полученные данные сравниваются в динамике за ряд лет, что позволяет выявить тенденцию изменения объема работы поликлиники и дать прогноз на ближайший период.

Состав обслуживаемого населения анализируется:

- по возрасту;
 - по полу (мужчины, женщины, в том числе женщины фертильного возраста);
 - по занятости (работающие, трудоспособные, пенсионеры);
 - по территории (городское, сельское, приписное);
 - по группам специального учета (инвалид Великой Отечественной войны, лица, пострадавших от катастрофы на ЧАЭС, и пр.).
2. Количество территориальных участков.
 3. Средняя численность населения на одном участке:

Среднегодовая численность обслуживаемого населения
Число территориальных участков

Полученные результаты сравниваются с нормативами, анализируются в динамике. Проводится сравнительный анализ численности населения по территориальным участкам. Результаты анализа с учетом информации о половозрастном составе населения на территориальных участках, а также их отдаленности от поликлиники следует учитывать при планировании численности населения на каждом участке и при выделении автотранспорта для нужд поликлиники.

III. Организация работы поликлиники

1. Организация приема больных в поликлинике.

Анализ организационной деятельности поликлиники целесообразно начинать с изучения объема ее работы, выполнения плана посещений, структуры и динамики числа посещений в целом и по специальностям.

1.1 Динамика посещений поликлиники:

$$\frac{\text{Число посещений поликлиники за данный год} \times 100}{\text{Число посещений поликлиники за предыдущий год}}$$

При расчете этого показателя число посещений за предыдущий год принимается за 100%, поэтому рассчитанный показатель характеризует темп роста. Разница полученного показателя от 100 покажет, на сколько процентов увеличился или снизился объем посещений поликлиники в данном году (темп прироста).

Динамику посещений за несколько лет можно анализировать и по показателям наглядности. При этом исходный уровень принимается за 100%, а остальные уровни рассчитываются в процентах по отношению к исходному.

Рост числа посещений в динамике может быть связан со следующими факторами: ростом численности населения и доли лиц пожилого возраста, увеличением числа штатных и занятых должностей, увеличением числа посещений врачей (в связи с ростом заболеваемости), повышением интенсивности труда медицинского персонала.

Снижение числа посещений может быть обусловлено уменьшением численности населения, снижением уровня заболеваемости гриппом и ОРВИ, уменьшением числа травм, не укомплектованностью штатных должностей врачей и др.

Для выяснения причин изменений этого показателя анализ проводится путем расчета следующих показателей: среднего числа посещений на одного

жителя, среднего числа посещений на 1 должность (нагрузка на 1 врачебную должность за год, месяц, час).

1.2 Среднее число посещений к врачам на одного жителя в год:

Число посещений к врачам, сделанных жителями района обслуживания
Среднегодовая численность населения, проживающего в районе обслуживания

Сопоставление динамики посещений с динамикой среднего числа посещений на одного жителя может выявить ситуацию, когда абсолютное число посещений растет, а среднее число посещений на 1 жителя не меняется или даже снижается.

Характеризуя объем работы поликлиники по числу посещений и динамику этого показателя, можно провести анализ этих данных по месяцам года, дням недели, что позволит получить дополнительную информацию для правильной организации приема больных по сезонам года, дням недели.

1.3 Выполнение плана посещений:

Число фактических посещений поликлиники за год x 100
Число запланированных посещений поликлиники в данном году

Данный показатель может превышать 100%, или быть ниже этой величины. Важно провести анализ этого показателя в динамике с целью выяснения причин его изменений: роста частоты заболеваемости, активизации профилактической работы и диспансеризации, изменения возрастной структуры населения в сторону постарения и др.).

1.4 Распределение посещений поликлиники по виду обращения:

а) **Число посещений поликлиники по поводу заболевания x 100**
Общее число посещений поликлиники

б) **Число посещений поликлиники с профилактической целью x 100**
Общее число посещений поликлиники

Анализ данного показателя следует проводить по поликлинике в целом и по отдельным специальностям врачей в сопоставлении с нагрузкой, с составом

обслуживаемого населения. Этот показатель позволяет видеть основное направление в работе врачей, значимость профилактического раздела работы.

Порядок учета посещений определен служебным письмом Минздрава СССР от 12.05.1988 № 08-14/9 –14 «О порядке учета в лечебно-профилактических учреждениях посещений к врачам и среднему медперсоналу».

При учете посещений по ф. 039/у к посещениям по поводу заболевания относятся обращения:

- по поводу острого или хронического заболевания;
- для оформления направлений на МРЭК;
- в период ремиссии для назначения противорецидивного лечения;
- больных, выписанных из стационара;
- диспансерных контингентов больных;
- с целью получения направлений на санаторно-курортное лечение;
- к врачам-специалистам с целью уточнения диагноза;
- с целью получения направлений на консультации в другие организации;
- для получения свидетельства о смерти,
- для получения справок и выписок из амбулаторных карт.

К профилактическим посещениям относятся обращения:

- по поводу профилактических осмотров;
- по поводу профилактических прививок;
- для получения справок на отдых;

При использовании «Ведомости» (ф.1) цель посещения по поводу заболевания определяется в следующих случаях:

- обращения пациентов по поводу острого или хронического заболевания;

- консультации (случаи обслуживания пациентов, выполненные по направлению лечащего врача к врачам других специальностей по поводу уточнения диагноза, обследования, лечения или коррекции тактики ведения больного);
- диспансерное наблюдение (случаи динамического наблюдения за больными хроническими или отдельными острыми заболеваниями);
- выявление заболеваний при проведении профилактических медосмотров;
- прочие посещения больными (случаи обращения по поводу получения справок на санаторно-курортное лечение, направление на консультацию в другое учреждение, справок и выписок из амбулаторной карты, оформления свидетельств о смерти и пр.).

К профилактическим посещениям при анализе по ф.1 относятся:

- профилактические медосмотры здоровых (случаи обращения по поводу предварительных, периодических осмотров определенных контингентов в соответствии с действующими приказами и инструктивными письмами);
- прочие посещения здоровыми лицами (случаи обращения по поводу профилактических прививок, для получения справок на отдых, для получения ответов на запросы и т.д.).

1.5 Структура посещений к врачам по специальностям:

$$\frac{\text{Число посещений к врачам данной специальности} \times 100}{\text{Общее число посещений}}$$

Данный показатель относится к группе экстенсивных показателей и не анализируется в динамике.

Анализ посещений к врачам разных специальностей в динамике по показателям структуры может привести к ошибочным выводам. Изменение удельного веса по одной специальности в динамике не свидетельствует об изменении объема работы врача. Структура посещений зависит от набора

специалистов, их занятость в течение года, укомплектованности врачебных ставок и пр.

При выборочном анализе структуры посещений к отдельным специалистам можно рассмотреть характер профилактических посещений, обоснованность повторных посещений по поводу заболеваний, сопоставить соотношение профилактических посещений и посещений по поводу заболеваний с нагрузкой врачей.

2. Организация медицинской помощи на дому

Важное место в медицинском обслуживании населения занимает помощь на дому. Для анализа этой работы используются показатели:

2.1 Объем врачебной помощи на дому:

$$\frac{\text{Число визитов, обслуженных врачами-терапевтами на дому} \times 100}{\text{Число посещений пациентами врачей-терапевтов в поликлинике} + \text{число визитов, обслуженных врачами терапевтами на дому}}$$

Величина этого показателя зависит он от ряда факторов:

- возрастного состава населения;
- доли профилактических посещений;
- территориальной компактности участков и удаленности их от поликлиники;
- состояния статистического учета и отчетности.

2.2 Активность медицинской помощи на дому:

$$\frac{\text{Число визитов на дому, обслуженных врачами активно} \times 100}{\text{Число всех визитов, обслуженных врачами на дому}}$$

Этот показатель зависит от соотношения первичных и повторных посещений к больному, сезонности, возможности госпитализации, соотношения острых и хронических заболеваний и т.д.

3. Нагрузка врачей.

Основными показателями, характеризующим организацию и интенсивность труда врачей, являются показатели нагрузки врачей. Они рассчитываются как среднечасовая, среднесуточная и среднемесячная нагрузка для каждого врача. Эти показатели рассчитываются как при анализе работы врачей по приему пациентов в поликлинике, так и по обслуживанию визитов на дому:

3.1 Среднечасовая нагрузка врача на приеме в поликлинике:

$$\frac{\text{Число посещений к врачу в поликлинику за день}}{\text{Число фактически отработанных по графику часов на приеме в поликлинике за день}}$$

3.2 Среднесуточная нагрузка врача на приеме в поликлинике:

$$\frac{\text{Число посещений к врачу в поликлинику за месяц (год)}}{\text{Число фактически отработанных по графику дней на приеме в поликлинике за месяц (год)}}$$

3.3 Среднемесячная нагрузка врача на приеме в поликлинике:

$$\frac{\text{Число посещений к врачу в поликлинику за год}}{\text{Число фактически отработанных по графику месяцев на приеме в поликлинике за год}}$$

3.4 Среднечасовая нагрузка врача по обслуживанию визитов на дому:

$$\frac{\text{Число визитов на дому, обслуженных врачом за день}}{\text{Число фактически отработанных по графику часов по обслуживанию визитов на дому за день}}$$

3.5 Среднесуточная нагрузка врача по обслуживанию визитов на дому:

$$\frac{\text{Число визитов на дому, обслуженных врачом за месяц (год)}}{\text{Число фактически отработанных по графику дней по обслуживанию визитов на дому за месяц (год)}}$$

3.6 Среднемесячная нагрузка врача по обслуживанию визитов на дому:

$$\frac{\text{Число визитов на дому, обслуженных врачом за год}}{\text{Число фактически отработанных по графику месяцев по обслуживанию визитов на дому за год}}$$

Показатели нагрузки анализируются по месяцам года (сезонность), по дням недели, что позволяет выявить ритмичность нагрузки и планировать графики отпусков.

Полученные данные сравниваются с нормативными величинами, на основании чего устанавливается оптимальный график работы врача по приему в поликлинике и по обслуживанию визитов на дому. Проводится также сравнительный анализ работы отдельных врачей, что позволяет судить об объеме выполняемой работы и интенсивности его труда.

Показатели нагрузки зависят от многих факторов:

- численности населения на участке;
- половозрастного состава населения;
- объема профилактической работы;
- уровня заболеваемости населения;
- состояния диспансерной работы;
- соотношения первичных и повторных посещений;
- квалификации врача и среднего медицинского персонала;
- удельного веса тяжелобольных;
- уровня госпитализации.

4. Функция врачебной должности

Рассчитываются и анализируются следующие показатели:

4.1. Функция врачебной должности:

$$\frac{\text{Число посещений к врачам в поликлинику за месяц (год)} + \text{число визитов, обслуженных врачами на дому за месяц (год)}}{\text{Число занятых врачебных должностей}}$$

Данный показатель зависит не столько от нагрузки, сколько от числа проработанных дней и занятости врачебных должностей, их укомплектованности.

4.2. Выполнение функции врачебной должности

Фактическое число посещений на 1 занятую должность за месяц (год) x 100

Плановое число врачебных посещений на 1 занятую врачебную должность за месяц (год)

Анализ выполнения функции врачебной должности проводится ежемесячно и с нарастающим итогом за квартал, полугодие, 9 месяцев и год по всем врачебным должностям. В практике результаты анализа используются чаще всего для решения вопросов премирования. Не менее важно использовать полученные данные для принятия управленческих решений и по другим вопросам: корректировки штатного расписания, изменения графиков работы, усиления отдельных служб, введения дежурств и т.д.

На основании рассчитанных показателей деятельности поликлиники и их анализа делаются выводы о состоянии организации медицинского обслуживания населения. В выводах указываются факторы, оказывающие благоприятное влияние на оказание медицинской помощи (достаточная оснащенность учреждения, полная укомплектованность кадрами, высокая квалификация медперсонала, организационные мероприятия и т.д.) и отмечаются показатели, которые улучшились по сравнению с предыдущим отчетным годом. Далее указываются недостатки в работе и их причины, даются рекомендации по улучшению качества медицинского обслуживания (путем проведения организационных мероприятий, решения кадровых вопросов, удовлетворения нужд амбулаторно-поликлинического учреждения, улучшения оснащенности, повышения квалификации и т.д.).

IV. Профилактическая работа

1. Результаты профилактических осмотров:

1.1 Полнота охвата периодическими осмотрами:

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

Этот показатель определяется по отдельным группам (инвалидам и участникам ВОВ, лицам, внесенным в Госрегистр и пр.).

1.2 Охват населения целевыми осмотрами на выявление отдельных заболеваний:

$$\frac{\text{Число обследованных с целью выявления заболевания} \times 100}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

1.3 Патологическая пораженность (в случаях):

$$\frac{\text{Число всех выявленных на профосмотре заболеваний и пограничных состояний} \times 1000}{\text{Число осмотренных}}$$

1.4 Моментная пораженность (в случаях):

$$\frac{\text{Число впервые выявленных на профосмотре заболеваний и пограничных состояний} \times 1000}{\text{Число осмотренных}}$$

Два последних показателя рекомендуется рассчитывать как для всех заболеваний, так и для отдельных нозологических форм. Кроме расчета данных показателей в случаях, можно провести их расчет в лицах:

1.5 Патологическая пораженность (в лицах):

$$\frac{\text{Число лиц, у которых на профосмотре выявлены заболевания и пограничные состояния} \times 1000}{\text{Число осмотренных}}$$

1.6 Моментная пораженность (в лицах):

$$\frac{\text{Число лиц, у которых на профосмотре впервые выявлены заболевания и пограничные состояния} \times 1000}{\text{Число осмотренных}}$$

1.7 Частота выявления больных с запущенными формами заболеваний (злокачественного новообразования, туберкулеза и т.д.)

$$\frac{\text{Число больных, выявленных в далеко зашедших стадиях заболеваний (IV стадии злокачественного новообразования) x 100}}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

2. Полнота охвата населения рентгено-флюорографическими обследованиями:

$$\frac{\text{Число лиц, обследованных с целью выявления больных туберкулезом (рентгено-флюорографически) x 100}}{\text{Число лиц, подлежащих обследованию}}$$

Оценивается также степень охвата обследованием на туберкулез угрожаемых контингентов, удельный вес лиц, не обследованных 2 и более года и др.

3. Показатель состояния иммунизации населения:

$$\frac{\text{Число лиц, которым сделана прививка по достижении определенного возраста x 100}}{\text{Численность населения данного возраста}}$$

4. Онкопрофилактика среди закрепленного населения. При анализе этого раздела работы рассчитываются следующие показатели:

- удельный вес больных, у которых впервые выявлены злокачественные новообразования;
- распределение больных со злокачественными новообразованиями по полу, возрасту, локализации;
- показатель заболеваемости на 100000 населения;
- удельный вес онкозаболеваний, выявленных при профосмотрах;
- частота выявления онкозаболеваний в запущенных формах (4 стадии);

Особо анализируются причины позднего выявления онкозаболеваний в запущенных формах и др.

В этом разделе работы также анализируются показатели, характеризующие эффективность мероприятий по раннему выявлению и динамическому

наблюдению за лицами с артериальной гипертензией, активному наблюдению за определенными контингентами населения (инвалиды и участники войны, пострадавшие от катастрофы на ЧАЭ, женщины из группы резерва родов).

V. Диспансерная работа

Диспансеризация населения является одним из важнейших методов работы поликлиники. Анализ диспансерной работы поликлиники проводится на основании данных «Контрольных карт диспансерного учета» (ф.030/у). Карты заполняются на всех больных, взятых под диспансерное наблюдение по поводу заболеваний. На больных, находящихся под диспансерным наблюдением по поводу двух и более заболеваний, этиологически не связанных между собой, заполняются отдельные контрольные карты. Карты хранятся в кабинете у врача, ведущего диспансерное наблюдение за больными, и раскладываются по месяцам назначенной явки к врачу (в целом или по нозологическим формам заболеваний). Контрольные карты используются в оперативных целях для контроля за систематичностью посещений больных, за своевременным обследованием и лечением, а также как статистический документ для оценки качества и эффективности диспансеризации. Для анализа диспансерной работы рекомендуется составлять в аналитические таблицы, позволяющие рассчитать показатели организации диспансерной работы, ее качества и эффективности.

1. Показатели, характеризующие организацию и объем диспансеризации:

1.1 Состав больных, состоящих на диспансерном учете на конец года:

**Число больных, состоящих на диспансерном учете
по поводу данного заболевания на конец отчетного года х 100**
Общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец года

Структура диспансерных больных по заболеваниям дает представление о контингентах диспансерных больных, об участии различных специалистов в диспансеризации.

1.2 Среднее число больных, состоящих на диспансерном наблюдении на участке:

$$\frac{\text{Число больных, состоящих под наблюдением на начало года} + \text{вновь взятые под диспансерное наблюдение}}{\text{Число участков}}$$

На участке может быть 200 и более больных, находящихся на диспансерном учете. У врачей узких специальностей эти цифры могут колебаться как в большую, так и в меньшую сторону. Ориентируясь на количество диспансерных больных у различных врачей, состав их по возрасту, заболеваемость хроническими болезнями, можно регулировать нагрузку врачей.

1.3 Полнота охвата диспансерным наблюдением больных данной нозологической формой:

$$\frac{(\text{Число больных, состоявших под диспансерным наблюдением на начало года} + \text{число вновь взятых под наблюдение в течение года} - \text{число не наблюдавшихся в течение года}) \times 100}{\text{Число зарегистрированных больных данным заболеванием}}$$

Этот показатель характеризует активность работы врача по диспансеризации больных.

2. Показатели, характеризующие активность и качество диспансеризации:

2.1 Своевременность охвата диспансерным наблюдением вновь выявленных больных:

$$\frac{\text{Число больных, вновь взятых под диспансерное наблюдение, с диагнозом, установленным впервые в жизни} \times 100}{\text{Число больных с диагнозом, установленным впервые в жизни}}$$

Основной принцип диспансеризации – раннее взятие больных на диспансерный учет. Поэтому при оценке качества диспансеризации следует обращать внимание на удельный вес взятых под наблюдение в ранних стадиях болезни.

2.2 Удельный вес вновь взятых на диспансерное наблюдение среди состоящих под наблюдением:

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

Определяя удельный вес вновь взятых на диспансерное наблюдение среди состоящих под наблюдением, можно судить о систематичности работы по диспансеризации в учреждении. Если доля вновь взятых более 50%, можно сделать вывод о недостаточно проводимой ранее работе по диспансеризации. Эти показатели необходимо анализировать по отдельным нозологическим формам. При быстро излечиваемых заболеваниях он может быть больше, при длительно протекающих хронических заболеваниях он составляет менее 30%.

Анализируется также соблюдение сроков осмотров (плановости) диспансерного наблюдения за год по всем нозологическим формам у врачей-терапевтов и врачей-специалистов.

2.3 Процент лиц, не наблюдавшихся в течение года

$$\frac{\text{Число диспансерных больных, не наблюдавшихся в течение года} \times 100}{\text{Число больных, состоящих на диспансерном наблюдении на начало года}}$$

Данный показатель свидетельствует об активности работы с диспансерными больными.

2.4 Охват больных противорецидивным лечением

$$\frac{\text{Число больных, прошедших полный курс лечения} \times 100}{\text{Число больных, нуждающихся в противорецидивном лечении}}$$

Этот показатель необходим для характеристики полноты проведения лечебно-оздоровительных мероприятий среди диспансерной группы больных.

Аналогично рассчитывается активность выполнения других лечебно-диагностических и оздоровительных мероприятий среди диспансерной группы больных (госпитализация, диетпитание, санаторно-курортное лечение и т.д.).

3. Показатели, характеризующие эффективность диспансеризации

Эффективность диспансеризации оценивается на основании изменений в состоянии здоровья лиц, находившихся на диспансерном учете. Показатели этой группы рассчитываются по отдельным нозологическим формам заболеваний.

3.1 Оценка изменений в состоянии здоровья:

Число диспансерных больных, у которых отмечено улучшение (без перемен, ухудшение), наблюдавшихся более года x 100
Общее число диспансерных больных, наблюдавшихся более года

3.2 Частота обострений основного заболевания:

Число наблюдавшихся более года и имевших обострение x 100
Число диспансерных больных данным заболеванием, наблюдавшихся более года

3.3 Удельный вес больных, снятых с диспансерного учета в связи с излечением:

Число снятых с диспансерного учета в связи с излечением x 100
Общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец года

3.4 Удельный вес больных, снятых с диспансерного учета в связи со смертью:

Число снятых с диспансерного учета в связи со смертью x 100
Общее число больных, состоящих на диспансерном учете на конец года

3.5 Заболеваемость с ВУТ у диспансерных больных:

Число случаев (дней) ВУТ в группе диспансерных больных x 100
Общее число диспансерных больных

3.6 Первичный выход на инвалидность диспансерных больных:

**Число лиц, впервые признанных инвалидами,
в группе диспансерных больных x 100
Общее число диспансерных больных**

Анализируются также другие показатели: удельный вес лиц, не имевших случаев временной нетрудоспособности за год, средняя длительность одного случая временной нетрудоспособности, тяжесть инвалидности и т.д.

VI. Лечебно-консультативная работа

1. Качество лечения больных

Качество лечения больных в поликлинике сложно выразить в каких-либо четких и определенных показателях. В отчете нет данных об этом. Некоторые показатели могут быть получены при разработке учетных документов. Для оценки качества лечения больных следует оценивать:

- своевременность и правильность лечения больных (по данным экспертных оценок);
- среднюю длительность нетрудоспособности (зависит от многих причин – состава больных по возрасту, тяжести заболевания, социального положения, бытовых условий и т.д.);
- удельный вес лиц, часто и длительно болеющих в трудоспособном возрасте (этот показатель может свидетельствовать об улучшении лечения и диспансерного наблюдения);
- кратность посещений больным поликлиники и обслуживания визитов на дому по поводу заболеваний (этот показатель зависит и от организации работы поликлиники);
- обслуживание визитов на дому врачами узких специальностей и применение на дому лечебно-диагностических методов (лабораторной диагностики, электрокардиографии и т.д.);
- летальность на дому, причины смерти на дому.

2. Качество диагностики

Качество врачебной диагностики зависит не только от квалификации врачей, но и от уровня организации медицинской помощи, обеспеченности поликлиники современными диагностическими технологиями. Для оценки качества диагностики используются следующие показатели:

2.1 Частота совпадений клинико-поликлинических диагнозов:

$$\frac{\text{Число поликлинических диагнозов, совпавших с клиническими} \times 100}{\text{Число диагнозов, поставленных в клинике}}$$

2.2 Расхождение клинико-поликлинических диагнозов:

$$\frac{\text{Число случаев несовпадений клинических и поликлинических диагнозов} \times 100}{\text{Число больных, выбывших из стационара, среди направленных в стационар поликлиникой}}$$

При более детальном анализе качества диагностики при отдельных заболеваниях определяются процент ошибочных диагнозов (по отношению к числу направленных в стационар с этим диагнозом), процент просмотренных диагнозов (по отношению к числу больных с этим диагнозом, установленным в стационаре) и процент неправильных диагнозов (ошибочные + просмотренные). Анализируется также процент лиц, направленных в стационар без диагноза или с нечетко обозначенным диагнозом

Такой анализ дает возможность главному врачу поликлиники и его заместителям планировать вопросы повышения квалификации врачей, организации врачебных конференций и т.д.

3. В разделе анализа по лечебно-диагностической работе следует также контролировать следующие вопросы:

- экстренную и отсроченную госпитализацию больных;
- разработку пролеченных больных (на дому, в дневном стационаре, в ОМР) по полу, возрасту, трудовой занятости;
- наблюдение за очагами инфекции;

- обследование лихорадящих больных;
- оперативную активность специалистов и др.

VII. Анализ деятельности дневного стационара

Для анализа деятельности дневного стационара ведется следующая учетно-оперативная документация:

- «Карта дневного стационара поликлиники» (ф. 003-2/у-88), по которой отслеживается число больных, закончивших лечение в дневном стационаре;
- «Листок учета движения больных и коечного фонда» (ф. 007), по которой оценивается число проведенных больными койко-дней в дневном стационаре.

При анализе работы дневного стационара поликлиники рассчитываются следующие показатели:

1. Занятость койки:

$$\frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Число койко-мест (x 2, если 2 смены)}}$$

2. Оборот койки

$$\frac{\text{Число пролеченных больных}}{\text{Число койко-мест (x 2, если 2 смены)}}$$

3. Средняя длительность пребывания на койке

$$\frac{\text{Число проведенных больными койко-дней}}{\text{Число пролеченных больных}}$$

4. Средние сроки лечения по отдельным заболеваниям

$$\frac{\text{Число койко-дней, проведенных больными по поводу данного заболевания}}{\text{Число больных данным заболеванием}}$$

Полученные показатели сравниваются с плановыми, рассчитывается процент выполнения плана по каждому показателю. Это необходимо для

планирования работы дневного стационара на очередной период. Анализируется также структура лечившихся больных по нозологическим формам, по возрасту, по результатам лечения и т.д. Выполняется анализ работы специалистов, задействованных в работе дневного стационара поликлиники.

VIII. Экспертиза временной нетрудоспособности

Анализ работы по экспертизе временной нетрудоспособности основывается на учете выданных листков нетрудоспособности и отчетных формах. При этом следует обращать внимание на следующие вопросы:

- организацию выдачи и регистрации листков нетрудоспособности;
- число выданных листков нетрудоспособности, профильность листков нетрудоспособности;
- число случаев (дней) временной нетрудоспособности на 100 работающих;
- структуру причин временной нетрудоспособности;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
- среднюю продолжительность 1 случая временной утраты трудоспособности;
- число лиц, направленных на МРЭК;
- первичную инвалидность, тяжесть первичной инвалидности, причины инвалидности;
- направление больных в отделение медицинской реабилитации;
- эффективность реабилитации больных;
- расхождение диагнозов ВКК и МРЭК;
- обоснованность направления больных на МРЭК.

IX. Работа диагностических и вспомогательных подразделений поликлиники

Для анализа состояния диагностической работы и работы лечебно-вспомогательных служб рассчитываются следующие показатели:

- число выполненных лабораторных и функциональных исследований (по видам) на 100 посещений (и на 100 заболеваний);
- число отпущенных процедур (по видам) на 100 посещений (и на 100 заболеваний);
- структура выполненных исследований (отпущенных процедур) по видам;
- удельный вес сложных видов исследований и специализированных исследований;
- число исследований, проведенных медперсоналом на дому;
- перечень используемого оборудования и аппаратуры.

X. Преемственность в работе между поликлиникой и стационаром

Данный раздел работы оценивается по следующим направлениям:

- организация учета больных, нуждающихся в плановой госпитализации;
- наличие закрепленных за поликлиникой мест в стационаре для госпитализации плановых больных, их число и профиль;
- полнота обследования больных, поступивших в стационар в плановом порядке;
- сроки ожидания для плановой госпитализации;
- процент отказов в госпитализации;
- показатель госпитализации по профилю коек;
- выполнение врачами поликлиники рекомендаций стационара;
- проведение совместных конференций по вопросам преемственности.

XI. Работа с предложениями и заявлениями граждан

- организация регистрации письменных и устных обращений населения;
- источники поступления письменных заявлений;
- число проведенных анкетных опросов среди населения, и результаты анкетирования;
- число поступивших жалоб, удельный вес повторных жалоб;
- удельный вес обоснованных жалоб;
- основное содержание жалоб;
- основные мероприятия, направленные на уменьшение числа заявлений и жалоб граждан.

XII. Показатели здоровья обслуживаемого населения

Для оценки работы поликлиники, наряду с показателями деятельности, используются и показатели здоровья населения: демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности населения.

XIII. Заключение

В заключении следует обратить внимание на следующие вопросы:

- дать общую оценку деятельности поликлиники (удовлетворительная, неудовлетворительная);
- отметить наиболее характерные трудности, встречающиеся в работе поликлиники, и подчеркнуть вопросы, требующие первоочередного решения;
- сформулировать предложения по повышению качества лечебно-диагностического процесса и профилактической работы поликлиники;
- определить направления совершенствования реабилитационной службы и работы дневного стационара поликлиники;

- наметить мероприятия по усилению преемственности в работе поликлиники с другими организациями здравоохранения;
- разработать меры по улучшению работы с предложениями и заявлениями граждан.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Вальчук Э.А., Гулицкая Н.И., Царук Ф.П. Основы организационно-методической службы и статистического анализа в здравоохранении. – Мн.: БелМАПО, 2003.
2. Галкин Р.А., Peter Toon, Иванова А.В., Мовшович Б.Л. Организация общей врачебной практики. – Самара, 1997.
3. Мальковец М.В., Зелезинская Г.А., Плахотя Л.П. Вычисление и оценка показателей деятельности ЛПУ: Методическая разработка. – Мн.: МГМИ, 1996.
4. Методические указания по теме «Диспансеризация населения» (для студентов 4 курса лечебного факультета) /Под ред. В.А. Миняева. – Ленинград, 1990.
5. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения. В 2-х томах. Под ред. Ю.П. Лисицына. – М.: Медицина, 1987.
6. Случанко И.С., Церковный Г.Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. М.: Медицина, 1983.
7. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство/ Ю.П. Лисицын, Н.В. Полунина, К.А. Отдельнова и др. Под ред. Ю.П. Лисицына – М., 1998.
8. Социальная гигиена и организация здравоохранения: Учебник /И.Б. Зеленкевич, Н.Н. Пилипцевич, К.Н. Анищенко и др. Под ред. И.Б. Зеленкевича, Н.Н. Пилипцевича. – Мн.: Выш. шк., 2000.
9. Социальная медицина и организация здравоохранения /Руководство для студентов, клинических ординаторов и аспирантов: В 2 томах. /В.А. Миняев, Н.И. Вишняков, В.К. Юрьев, В.С. Лучкевич. – СПб., 1998
- 10.Справочник по организации работы амбулаторно-поликлинических учреждений: Нормативные материалы. – М.: Грантъ, 1999.