


Р.Б. Замов  
Васильева О.В.  


ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Научно-исследовательская работа

на тему:

**«Показатели деятельности детской поликлиники»**

Выполнил:

Обучающийся 5 курса 2 группы

педиатрического факультета

Мелихов Михаил Сергеевич

## Содержание:

1. Введение.....	3
2. Цели научно-исследовательской работы.....	4
3. Задачи научно-исследовательской работы.....	5
4. Теоретическая часть научно исследовательской работы	
4.1 Организация работы детской поликлиники.....	6
4.2 Педиатрическое отделение.....	7
4.3 Отделение медицинской реабилитации.....	10
4.4 Педиатрическое отделение по оказанию медицинской помощи в организованных коллективах.....	11
4.5 Режим работы детской поликлиники.....	11
4.6 структура детской поликлиники.....	12
4.6.1 Кабинет доврачебной помощи.....	15
4.6.2 Кабинет здорового ребёнка.....	15
4.6.3 Педиатрический кабинет.....	16
4.7 Основная медицинская учётная документация детской поликлиники.....	18
4.8 Анализ показателей детской поликлиники.....	19
5. Собственное исследование	
5.1 Исходные данные для расчёта статистических показателей детской поликлиники.....	25
5.2 Расчёт статистических показателей детской поликлиники.....	26
5.3 Анализ статистических показателей детской поликлиники.....	28
6. Выводы.....	30
7. Список литературы.....	31

## 1. Введение

Новые направления демографической политики России – в частности, прекращение убыли населения и дальнейшее повышение темпов прироста, зафиксированные в разделе 3 «Концепции развития системы здравоохранения в РФ до 2020 года», предусматривают существенное улучшение деятельности всех звеньев служб оказания медицинской помощи в масштабах страны.

В целях обеспечения устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации одним из приоритетов государственной политики является сохранение и укрепление здоровья населения. Одним из этапов этой политики стала разработка Концепции развития здравоохранения, в центре внимания которой – усиление первичного звена медицинской помощи, развитие профилактики и диспансеризации, повышение доступности высокотехнологических видов медицинской помощи. Можно сказать, что поставленные в ней задачи в полной мере относятся и к учреждениям рассматриваемого нами типа.

Расширение диагностических и лечебных воздействий на пациентов в амбулаторных условиях, новые технологии лечения и новые лечебные субстанции, использование стационарзамещающих технологий в форме дневных стационаров, более полная и системная работа со всеми сторонами оказания медицинской помощи детям – все это в настоящий момент становится предпосылками для нового качественного «витка» в деятельности детских поликлиник страны.

В данном проекте мною будет рассмотрена организация работы детской поликлиники, ее задачи и показатели деятельности. В пункте 6 на определенном примере будут рассмотрены статистические показатели деятельности детской поликлиники, а также будет проведен статистический анализ на основе полученных результатов.

## 2. Цель научно-исследовательской работы.

- Изучить структуру, организацию работы детской поликлиники;
- Ознакомиться с показателями деятельности детской поликлиники;
- Провести собственное исследование.

### 3. Задачи научно-исследовательской работы.

#### ❖ Изучить:

- организацию работы детской поликлиники;
  - Режим работы детской поликлиники;
  - Структуру детской поликлиники.
- #### ❖ Ознакомиться с показателями деятельности детской поликлиники.

#### 4. Теоретическая часть научно-исследовательской работы.

##### 4.1 Организация работы детской поликлиники

Амбулаторно-поликлиническая помощь детскому населению занимает ведущее место в общей системе здравоохранения и осуществляется с помощью широкой сети детских поликлиник и поликлинических отделений. Детская поликлиника – государственное учреждение. Она может быть самостоятельным учреждением или входить в состав детской городской больницы, общегородской или центральной районной больницы. Основные направления деятельности, организационно-функциональная структура, штатные нормативы, стандарты оснащения детской поликлиники устанавливаются в соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 23 января 2007 г. N 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».

Детская городская поликлиника обеспечивает лечебно-профилактическую помощь детям от рождения до 17 лет включительно. Оказание медицинской помощи осуществляется непосредственно в поликлинике, на дому, в детских дошкольных учреждениях и школах.

Детская поликлиника выполняет функции организации и проведения комплекса профилактических мероприятий (динамическое медицинское наблюдение за детьми различных возрастных групп, периодичность комплексных осмотров их врачами узких специальностей); лечебно-консультативной помощи на дому и в поликлинике; реабилитации с использованием санаторного и курортного лечения на соответствующих курортах, лечебно-профилактической помощи в детских дошкольных учреждениях и школах; проведения противоэпидемических мероприятий и прививочной иммунопрофилактики.

Категорийность детской поликлиники определяется численностью обслуживаемого детского населения, которая уточняется ежегодно переписью, проводимой участковыми патронажными сестрами. Различают 5 категорий поликлиник: 1 – на 800, 2 – 700, 3 – на 500, 4 – на 300 и 5 – на 150 посещений в день.

В структуре детской поликлиники предусмотрены такие отделения, как педиатрическое, специализированной помощи, медицинской реабилитации, педиатрическое отделение по оказанию медицинской помощи в организованных коллективах. Рассмотрим их подробно.

#### 4.2 Педиатрическое отделение

Оказывает лечебно-профилактическую помощь детям, как в поликлинике, так и на дому. Данная система создает оптимальные возможности для непрерывного наблюдения за детьми одними и теми же врачом и медсестрой, дает возможность точно оценить развитие и состояние здоровья ребенка в динамике с учетом условий, в которых он живет и воспитывается. Работа отделения строится по участковому принципу.

На врачебном участке количество детей от рождения до 17 лет не должно превышать 800. Для их обслуживания предусмотрены 1 должность врача-педиатра и 1,5 должности медицинской сестры.

На каждые 8-9 педиатрических участков выделяется одна должность освобождённого заведующего. Должности врачей в детских учреждениях и школах общего профиля устанавливается из расчёта одна должность на 180-200 детей в детских яслях, на 600 детей – в детских садах и на 2000 учащихся в школах. В дошкольных учреждениях и школах общего типа устанавливается одна должность медсестёр на 700 учащихся школ, на 100 детей детских садов, на 50 детей санаторных детских садов и на 300 учащихся вспомогательных школ с умственно отсталыми детьми.

Главной фигурой, оказывающей медицинскую помощь детям в поликлинике, несмотря на значительное увеличение объема специализированной помощи, является участковый педиатр. По нормативам, утвержденным МЗ РФ, участковый-педиатр в течение 1 часа работы обслуживает в поликлинике 5 детей, на дому - 2 ребёнка; при профилактических осмотрах число посещений на 1 час работы составляет 7 детей.

Цели участкового врача-педиатра: добиваться снижения заболеваемости и смертности детей всех возрастов; проводить мероприятия, направленные на создание оптимальных условий для физического, психического, полового и иммунологического развития ребенка, осуществлять специфическую и неспецифическую профилактику.

Задачи участкового врача-педиатра:

- 1) обеспечение контактов и преемственности в работе с врачами женской консультации для наблюдения за беременными женщинами, особенно из группы риска;
- 2) посещение новорожденных в первые 3 дня после выписки из родильного дома, а также контроль патронажа новорожденных участковой медсестрой;
- 3) прием здоровых детей в поликлинике, оценка их физического и психического развития, назначение в зависимости от возраста и состояния ребенка режима, рационального питания, рекомендаций по специфической и неспецифической профилактике рахита, гипотрофии, ожирения, анемии;
- 4) организация на дому и в поликлинике профилактического наблюдения за детьми, особенно раннего и дошкольного возраста; по мере необходимости направление их для лабораторного исследования и консультации других специалистов;
- 5) составление плана прививочной работы и контроль его выполнения совместно с участковой медсестрой, динамическое наблюдение за здоровыми и больными детьми, осуществление вместе с другими специалистами



реабилитации взятых на учет детей, анализ эффективности динамического наблюдения;

6) организация обследования и оздоровления детей перед поступлением их в детские дошкольные учреждения и школу;

7) посещение по вызовам родителей детей на дому в случае их болезни, оказание лекарственной и физиотерапевтической помощи, ЛФК, при необходимости активное наблюдение больного дома до его выздоровления, госпитализации или разрешения ему посещения поликлиники;

8) направление детей на лечение в стационар, в случае необходимости принятие всех мер для экстренной госпитализации больного;

9) информирование руководства поликлиники о случаях, когда по каким-то причинам тяжелобольной ребенок остается негоспитализированным;

10) своевременное и в установленном порядке информирование о выявлении инфекционного заболевания или подозрении на него, комплексная профилактика инфекционных заболеваний;

11) отбор и соответствующий учет детей, нуждающихся по состоянию здоровья в санаторном и курортном лечении.

Врач и медицинская сестра, работающие на педиатрическом участке, ведут плановую санитарно-просветительную работу с родителями ребенка, пропагандируют здоровый образ жизни, объясняют вред алкоголизма, курения в семьях.

В каждой поликлинике организуется работа наиболее необходимых специалистов: отоларинголога, хирурга, окулиста, невропатолога, кардиоревматолога, стоматолога.

Более узкие специалисты, такие как ортопед, уролог, нефролог, эндокринолог, врач функциональной диагностики, вводятся в штат одной из детских поликлиник района и обслуживают всех детей административной территории.

Врачи-специалисты строят свою работу в тесном контакте с педиатрами и принимают больных в основном по их направлениям.

Определенные виды специализированной медицинской помощи детям оказываются в диспансерах: психоневрологическом, дерматологическом, онкологическом, противотуберкулезном, сурдологопедическом, – в штатах которых предусмотрены должности детских врачей.

#### 4.3 Отделение медицинской реабилитации

В состав детской поликлиники входит отделение медицинской реабилитации, содержащее кабинеты физиотерапии, лечебной физкультуры, массажа. Основной контингент больных отделения реабилитации составляют дети с заболеваниями органов дыхания, нервной системы, опорно-двигательного аппарата, с ЛОР-патологией. В данное отделение больные направляются заведующими структурными подразделениями учреждений здравоохранения. Прием и отбор больных осуществляются врачебно-консультативной реабилитационной комиссией поликлиники. В отделение принимаются больные после купирования острого периода заболевания или его обострения, а также инвалиды с индивидуальной программой реабилитации.

Задачи отделения медицинской реабилитации:

- 1) своеобразное формирование индивидуальной программы оздоровления и использования реабилитационных средств и методов;
- 2) выполнение индивидуальной программы реабилитации инвалидов и больных;
- 3) использование комплекса всех необходимых методов и средств реабилитации;
- 4) проведение разъяснительной работы среди населения и больных детей о средствах и методах восстановления и укрепления здоровья.

#### 4.4 Педиатрическое отделение по оказанию медицинской помощи в организованных коллективах

Для оказания лечебно-профилактической помощи детям в дошкольных учреждениях и школах созданы педиатрические отделения. В их задачи входят контроль за санитарно-гигиеническими условиями, режимом учебной работы и трудовым воспитанием, охрана здоровья детей и снижение их заболеваемости, улучшение их физического воспитания и закаливания в дошкольных учреждениях и школах. Сотрудники таких отделений проводят плановые профилактические осмотры в ДДУ и школах. Врачи детских воспитательных учреждений осуществляют диспансерное наблюдение за больными детьми, занимаются их оздоровлением: контролируют чередование занятий и отдыха, питание и физическое воспитание дошкольников и школьников. Они оказывают медицинскую помощь детям, посещающим ДДУ и школы.

#### 4.5 Режим работы детской поликлиники

Наиболее рациональна работа по шестидневной неделе с 8 до 19 часов в рабочие дни. В выходные и праздничные дни устанавливаются дежурства педиатров с 9 до 14 часов. В остальное время больных обслуживает станция скорой помощи. Информация о работе поликлиники, размещённая вблизи от регистратуры, включает графики работы врачей, ведущих приём, диагностических, процедурных, физиотерапевтических кабинетов и вспомогательных служб во все дни недели. В графике участкового врача из соображений целесообразности один из дней недели (вторник) выделен для профилактического приёма детей раннего возраста, а другой (четверг) – для диспансерного приёма детей с отклонениями в состоянии здоровья.

При наличии в поликлинике более двух педиатрических участков (отделений) целесообразно чередовать их работу по сменам, обеспечивая в

обязательном порядке вечерние приёмы. Приёмы врачей-специалистов организуется также с обязательным чередованием смен. Продолжительность приёма участковыми врачами-педиатрами в поликлинике устанавливается администрацией в зависимости от местных условий (времени года, отдаленности участка и т.п.) – в пределах 2,5 – 3 часов. При необходимости график может меняться. Процедурный кабинет работает все дни недели, в том числе, в выходные и праздничные дни на протяжении всех часов работы поликлиники.

#### 4.6 Структура детской поликлиники

В детской городской поликлинике предусмотрены: фильтр с отдельным входом, изолятор с боксом (не менее двух), регистратура, гардероб, кабинеты (педиатров, врачей узких специальностей, лечебно-диагностические, доврачебного приема, по воспитанию здорового ребенка, рентгеновский, физиотерапевтический, процедурный, прививочный, лечебной физкультуры, массажа, социально-правовой помощи, статистики), лаборатория, административная часть, другие вспомогательные помещения.

Организационная структура данной детской поликлиники представлена на рисунке 1.

### Примерная организационная структура детской поликлиники

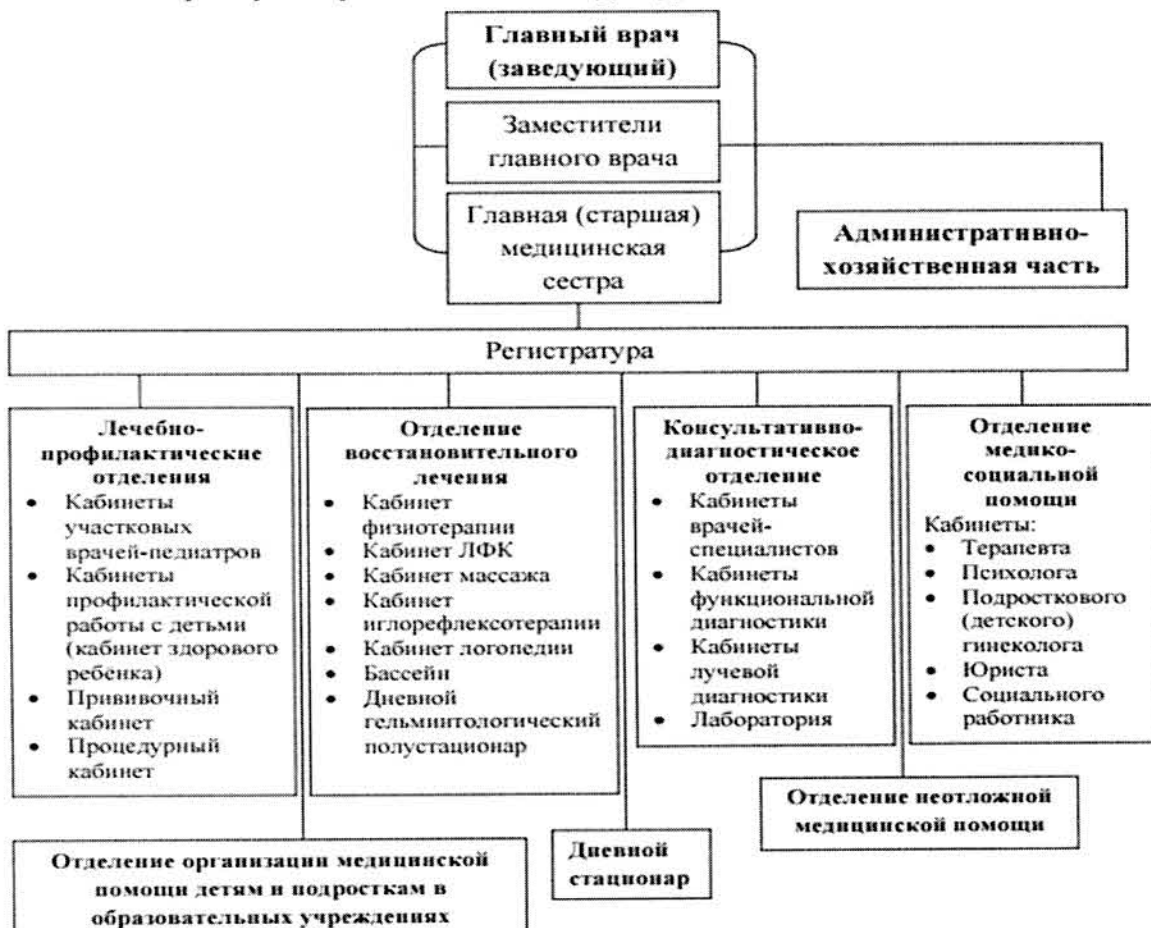


Рисунок 1 – Организационная структура детской поликлиники.

В поликлинике в удобных для обозрения местах (холлах, коридорах) вывешены красочно оформленные плакаты, стенды, информирующие о развитии и принципах воспитания здорового ребенка, профилактике заболеваний, нарушений зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата и по другой тематике.

На специальном стенде находится оперативная информация о случаях инфекционных заболеваний и карантинных сроках в детских дошкольных учреждениях и школах, что позволяет быстрее осуществлять противоэпидемические мероприятия.

Регистратура является важным структурным звеном как в организации обслуживания детей в поликлинике, так и в оказании им медицинской

помощи на дому. Главная задача регистратуры – обеспечить взаимосогласованную деятельность всех подразделений.

В выходные и праздничные дни в поликлинике работают дежурные врачи, которые ведут амбулаторный прием и обеспечивают вызовы на дом. Число дежурных врачей зависит от количества детей в районе поликлиники и нагрузки в эти дни, в субботние дни организуются приемы врачей-специалистов, по возможности работают процедурный, прививочный, физиотерапевтический и другие кабинеты. Для ликвидации очередей в регистратуре и для удобства населения в день приема в поликлинике существуют предварительная запись к врачам на все дни недели по телефону, заблаговременная выдача талонов с указанием даты и часа явки, а также предварительная самозапись на прием.

В последнем случае на каждого врача заведена папка с листами самозаписи на определенный день. В каждой строчке листа проставлены часы и минуты приема. При самозаписи родители выбирают наиболее удобное для них время и вписывают паспортные сведения ребенка.

Вызовы врача на дом, переданные по телефону, при личном посещении регистратуры или в порядке самозаписи вносятся в книгу записи вызовов врача на дом, отдельную для каждого участка. Принимая вызов на дом, регистратор обязательно уточняет состояние больного, основные жалобы, температуру тела. О случаях тяжелого состояния он немедленно сообщает участковому педиатру, при отсутствии последнего – заведующему поликлиническим отделением или заведующему поликлиникой.

Родители должны знать, что врача следует вызывать на дом в случае острого инфекционного заболевания или подозрения на него, при тяжелом состоянии больного, при первичном заболевании, по активу на выписанного из больницы ребенка, при наличии контакта с инфекционным больным.

#### 4.6.1 Кабинет доврачебной помощи

Кабинет доврачебной помощи является самостоятельным структурным подразделением и подчиняется старшей медицинской сестре поликлиники.

В него обращаются дети и их родители для проведения контрольного кормления, обработки микротравм, выдачи справок об эпидемиологической обстановке по месту жительства, оформления выписок из историй развития и направлений на различные виды исследований перед определением детей в дошкольные учреждения либо при поступлении в школу, отъезде в детские санатории и летние оздоровительные учреждения.

В кабинете доврачебной помощи проводятся также антропометрические измерения, определение температуры тела и артериального давления у детей перед осмотром педиатра.

#### 5.6.2 Кабинет здорового ребенка

Кабинет здорового ребенка – структурное подразделение детской поликлиники – играет роль методического центра по проведению профилактической работы среди детей раннего возраста.

Главной задачей кабинета здорового ребенка является обучение молодых матерей теоретическим знаниям и практическим навыкам по вопросам ухода, воспитания, особенностям развития здоровых детей раннего и дошкольного возраста. В кабинете имеется: кровать для ребенка раннего возраста с набором спальных принадлежностей; простейший манеж; коляску детскую; пеленальный стол; весы медицинские; ростомер; столик детский; стульчик детский; стеклянный шкафчик для предметов ухода за ребенком (в котором по полкам раскладываются термометры медицинские и для измерения температуры воды и воздуха, груша резиновая, банки для ваты и пипеток, газоотводная трубка, масло вазелиновое, калия перманганат, спиртовой раствор бриллиантового зеленого, борная кислота в порошке, детский крем, пузырек емкостью 30—100 мл для воды, соски для кормления и питья; детское мыло), шкафчик для детского белья со сложенными

распашонками, пеленками байковыми (100\*120 см), хлопчатобумажными (такого же размера), подгузниками, косынкой, чепчиком, ползунками; шкафчик для игрушек, шкафчик для образцов продуктов детского питания; ванночка детская.

Из наглядных пособий существуют стенды, содержащие информацию о питании и режиме беременной женщины и кормящей матери, профилактике гипогалактии, проведении дородового патронажа, режиме дня, показателях физического развития, возрастных комплексах массажа и гимнастики, методах закаливания детей первых трех лет жизни.

В кабинете здорового ребенка участковые педиатры ведут прием здоровых детей первого года жизни. Здесь организовываются групповые приемы детей одного возраста или имеющих одинаковые отклонения в состоянии здоровья. Участковая медицинская сестра приглашает на одно время (с небольшим интервалом) 3–4 детей.

Когда врач принимает второго ребенка, сестра кабинета обучает мать первого осмотренного малыша приемам массажа и гимнастики, выдает ей памятки, а участковая сестра готовит к приему следующего пациента.

После приема последнего из приглашенных на групповой осмотр детей врач проводит с матерями беседу о воспитании детей этого возраста или с данным видом отклонений в состоянии здоровья.

В кабинете проводится работа по профилактике рахита. На занятиях родители знакомятся с анатомо-физиологическими особенностями организма годовалого ребенка, изменениями в его психофизиологическом развитии.

#### 4.6.3 Педиатрический кабинет

Педиатрический кабинет размещен в изолированном от шума помещении с достаточным освещением, хорошей вентиляцией и равномерной температурой воздуха (не ниже 20–22 °С). Кабинет оборудован столом для врача, стульями, пеленальным столиком для осмотра детей раннего возраста и кушеткой для осмотра старших детей, раковиной с



подводкой горячей и холодной воды, ростомером, детскими весами. В нем есть небольшой столик для медицинских инструментов, шпателя, сантиметровая лента, игрушки.

В настоящее время среди малообеспеченных и социально неблагополучных семей первостепенной задачей для врача-педиатра является проведение профилактических бесед о гигиенических нормах и правилах ухода, а также воспитании детей разных возрастных групп.

Наиболее актуальные темы санитарной пропаганды для участкового врача-педиатра в зависимости от возраста ребенка:

1) правила ухода, рационального вскармливания, проведения комплекса мероприятий по закаливанию, профилактика рахита – для родителей, имеющих детей грудного возраста;

2) соблюдение режима дня, методы закаливающих мероприятий, профилактика острых респираторных заболеваний, специфическая профилактика детских инфекций – для родителей детей младшего и старшего ясельного возраста;

3) привитие навыков личной гигиены, методы закаливания и гигиеническая гимнастика, профилактика острых детских инфекций, аллергических и инфекционно-аллергических заболеваний, детского травматизма – для родителей, имеющих детей дошкольного возраста;

4) профилактика нарушений осанки, близорукости, ревматизма и других инфекционно-аллергических заболеваний, неврозов, вопросы полового воспитания – для родителей, имеющих детей школьного возраста, педагогов и самих школьников.

Эффективность санитарного просвещения повышается при использовании наглядных пособий, а также обеспечении родителей специально подобранной литературой для самостоятельного изучения.

В санитарно-просветительной работе по гигиеническому воспитанию широко практикуется организация школ молодых матерей, школ отцовства, общественных университетов для родителей при дошкольных учреждениях.

Особое внимание в вопросах гигиенической дисциплины должно уделяться детям, которые уже перенесли серьезные заболевания и находятся в стадии ремиссии.

Соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок, проведение лечебной физкультуры и умеренных закаливающих процедур предупреждают рецидивы. В этих случаях нельзя пренебрегать беседами с самим ребенком, объясняя ему необходимость этих временных мер, предупреждая непредвиденные психологические срывы.

#### 4.7 Основная медицинская учётная документация детской поликлиники

Качество работы детской поликлиники во многом зависит от точности и своевременности заполнения надлежащей медицинской документации. Важнейшее значение имеет грамотное ведение медицинской документации.

Основные учетные документы при вакцинации:

а) журналы: приема пациентов в прививочном кабинете; выполненных прививок; учета необычных реакций и поствакцинальных осложнений; поступления и расхода медицинских иммунобиологических препаратов; контроля температуры холодильников, в которых хранят вакцины и др.

б) индивидуальные учетные формы: история развития ребенка; карта ребенка, посещающего детское образовательное учреждение; карта профилактических прививок; экстренное извещение о побочном действии вакцин (ф. 058/у).

Основные учетные документы стационара детской больницы:

Документация стационара детской больницы, как и расчет показателей ее деятельности, принципиально не отличаются от таковых в стационаре для взрослых:

- медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у);
- журнал приема больных и отказов в госпитализации (ф. 001/у);
- лист врачебных назначений (ф. 003-4/о);

- лист физиотерапии (ф. 044/у);
- журнал учета массажа (процедур) (ф. 029-у);
- журнал учета нагрузки медицинской сестры (ф. 035/у);
- лист учета процедур и полученных ребенком медикаментов (ф. 005/у);
- статистическая карта выбывшего из стационара (ф. 066/у-02).

#### 4.8 Анализ показателей деятельности детской поликлиники

Анализ показателей очень важен для планирования, оценки качества амбулаторно-поликлинической помощи населению в целом, выработки приоритетных направлений ее развития.

1. Показатель обеспеченности врачебными кадрами (средними медицинскими работниками):

$$\text{Обеспеченность врачебными кадрами (средними медицинскими работниками)} = \frac{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников)}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 10\,000$$

В настоящее время штатные нормативы обеспеченности населения врачебными должностями устанавливаются руководителем ЛПУ с учетом структуры населения, его заболеваемости, фактической нагрузки врачей и других факторов. Нормативы приказа Минздрава СССР от 11.10.1982 № 999 “О штатных нормативах медицинского и педагогического персонала городских поликлиник, расположенных в городах с населением свыше 25 тысяч человек” носят рекомендательный характер. В данном учреждении установлена норма в 10,5 врачебных должностей на 10 000 детского населения.

Коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников):

$$\text{Коэффициент совместительства врачей (средних медицинских работников)} = \frac{\text{Число занятых врачебных должностей (средних медицинских работников)}}{\text{Число физических лиц врачей (средних медицинских работников)}}$$

Показатель свыше 1,0 может отрицательно сказаться на качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья работников.

3. Показатель укомплектованности врачами (средними медицинскими работниками):

$$\text{Показатель укомплектованности врачами (средними медицинскими работниками)} = \frac{\text{Число занятых врачебных должностей (средних медицинских работников)}}{\text{Число штатных должностей врачей (средних медицинских работников)}} \times 100$$

Хороший показатель укомплектованности врачами должен стремиться к 100%.

4. Показатель удельного веса посещений с профилактической целью:

$$\text{Удельный вес профилактических посещений ДП} = \frac{\text{Число врачебных посещений ДП с профилактической целью на конец отчетного периода}}{\text{Общее число врачебных посещений ДП на конец отчетного периода}} \times 100$$

Этот показатель должен составлять не менее 30% числа всех врачебных посещений.

5. Показатель выполнения плана посещений на конец отчетного периода:

$$\text{Выполнение плана посещений на конец отчетного периода} = \frac{\text{Фактическое число врачебных посещений ДП на конец отчетного периода}}{\text{Плановое число врачебных посещений ДП на конец отчетного периода}} \times 100$$

Хороший показатель выполнения плана посещений на конец отчетного периода должен соответствовать 100%.

6. Показатель полноты охвата населения медицинскими осмотрами:

$$\text{Полнота охвата населения медицинскими осмотрами} = \frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число лиц, подлежащих медицинским осмотрам}} \times 100$$

Оптимальный показатель должен приближаться к 100%.

7. Показатель своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение:

$$\text{Своевременность взятия больных под диспансерное наблюдение} = \frac{\text{Число больных, взятых под диспансерное наблюдение в течение года (из числа лиц с впервые установленным диагнозом)}}{\text{Общее число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом}} \times 100$$

Оптимальный показатель должен приближаться к 100%.

Для углубленного статистического анализа детской поликлиники используют ряд специальных показателей. Для отдельного лечебно-профилактического учреждения они имеют несомненное значение. Это следующие показатели:

1. Показатель охвата ранним врачебным наблюдением новорожденных:

$$\text{Охват ранним врачебным наблюдением новорожденных} = \frac{\text{Число новорожденных, осмотренных врачом – педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома}}{\text{Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение в детскую поликлинику}} \times 100$$

Охват ранним врачебным наблюдением новорожденных характеризует своевременность диспансерного наблюдения за новорожденными, и его значение должно приближаться к 100%.

Общий показатель диспансеризации детского населения:

$$\text{Общий показатель диспансеризации детского населения} = \frac{\text{Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0 – 17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением на конец периода отчетного года}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 1000$$

Общий показатель диспансеризации детского населения характеризует охват динамическим наблюдением здоровых и больных детей. Значение этого показателя должно приближаться к 1000%.

Удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании 3 мес. жизни ребенка:

$$\frac{\text{Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании к 3 мес. жизни ребенка}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100$$

6 мес. жизни ребенка:

$$\frac{\text{Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании к 6 мес. жизни ребенка}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100$$

12 мес. жизни ребенка:

$$\frac{\text{Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании к 12 мес. жизни ребенка}}{\text{Общее число детей, достигших 1 года к концу отчетного периода}} \times 100$$

Показатели удельного веса детей, находящихся на грудном вскармливании от 0 до 3 мес (от 3 до 6; от 6 до 12 мес) жизни ребенка характеризуют охват детей первого года жизни естественным вскармливанием. Рекомендуемые значения этих показателей для детей от 0 до 3 мес жизни - 80%, от 3 до 6 мес - 50%, от 6 до 12 мес - 30%.

Показатель полноты охвата детей профилактическими прививками:

$$\begin{aligned} & \text{Полнота охвата} \\ & \text{детей профилактическими} \\ & \text{прививками} \\ & = \frac{\text{Число привитых детей}}{\text{Общее число детей, подлежащих иммунизации}} \times 100 \end{aligned}$$

Показатель полноты охвата детей профилактическими прививками характеризует работу детских поликлиник и консультаций по иммунизации детского населения в рамках Национального календаря профилактических прививок. Значение этого показателя должно приближаться к 100%.

Структура детей по группам здоровья:

Удельный вес детей I группы здоровья:

$$\frac{\text{Число детей I группы здоровья}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100$$

Удельный вес детей II группы здоровья:

$$\frac{\text{Число детей II группы здоровья}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100$$

Удельный вес детей III группы здоровья:

$$\frac{\text{Число детей III группы здоровья}}{\text{Среднегодовая численность детского населения}} \times 100$$

Распределение детей по группам здоровья позволяет комплексно оценить здоровье детского населения. Этот показатель может рассчитываться по отдельным возрастным группам. По итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года 32,1% детей признаны здоровыми (I группа здоровья), 51,7% имеют функциональные отклонения (II группа здоровья), 16,2% имеют хронические заболевания (III-IV-V группы здоровья).



## 5. Собственное исследование.

### 5.1 Исходные данные для расчета статистических показателей детской поликлиники

Нормативы амбулаторной помощи: число посещений, приходящихся на 1 ребенка: Всего – 8,65, в т.ч. к педиатрам – 4,7, стоматологам – 1,39, ЛОР - 0,6.

Численность среднего медицинского персонала на одного врача в 2013 г. составила 2,6 человека.

Исходные данные для расчета статистических показателей приведены в таблице 1.

Таблица 1

Среднегодовая численность населения	300 000
Число физических лиц врачей амбулаторного приёма	122
из них:	
врачей-педиатров	95
узких специалистов	27
Число физических лиц средних медицинских работников	331
Число занятых врачебных должностей	159
Число штатных врачебных должностей	166
Число занятых должностей средних медицинских работников	355
Число штатных должностей средних медицинских работников	362
Число врачебных посещений ДП с профилактической целью на конец отчетного периода	287445
Общее (фактическое) число врачебных посещений ДП на конец отчетного периода	741983
Плановое число врачебных посещений ДП на конец отчетного периода	737040
Число осмотренных лиц	6435
Число лиц, подлежащих медицинским осмотрам	6520
Число больных, взятых под диспансерное наблюдение в течение года (из числа лиц с впервые установленным диагнозом)	10042
Общее число лиц с впервые в данном году установленным диагнозом	12532
Число новорожденных, осмотренных врачом-педиатром в первые 3 дня после выписки из родильного дома	13932

Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение в детскую поликлинику	14400
Число детей, находящихся исключительно на грудном вскармливании:	
к 3 мес. жизни ребенка	13510
к 6 мес. жизни ребенка	10125
к 12 мес. жизни ребенка	6150
Общее число детей, достигших 1 года к концу отчётного периода	13950
Общее число больных и здоровых детей в возрасте 0-17 лет включительно, находящихся под диспансерным наблюдением на конец отчётного периода	62815
Среднегодовая численность детского населения	75450
Число привитых детей	29310
Общее число детей, подлежащих иммунизации	31715
Число детей I группы здоровья	16610
Число детей II группы здоровья	43765
Число детей III группы здоровья	15075

## 5.2 Расчет статистических показателей детской поликлиники

Для расчета статистических показателей воспользуемся формулами, приведенными в пункте 1.9:

— Обеспеченность врачебными кадрами врачей амбулаторного приёма

$$= \frac{122}{300000} \times 10\,000 = 4,07 \text{ на } 10\,000 \text{ населения};$$

— Обеспеченность кадрами средних медицинских работников =

$$\frac{331}{300000} \times 10\,000 = 11,03 \text{ на } 10\,000 \text{ населения};$$

— Коэффициент совместительства врачей амбулаторного приёма =

$$\frac{159}{122} = 1,3;$$

— Коэффициент совместительства средних медицинских работников =

$$\frac{355}{331} = 1,07;$$

— Показатель укомплектованности врачами =  $\frac{159}{166} \times 100 = 95,8\%$ ;

— Показатель укомплектованности средними медицинскими работниками =  $\frac{355}{362} \times 100 = 98,07\%$ ;

— Показатель удельного веса посещений с профилактической целью =  $\frac{287445}{741983} \times 100 = 38,7\%$ ;

— Показатель выполнения плана посещений на конец отчетного периода =  $\frac{741983}{737040} \times 100 = 100,7\%$

— Показатель полноты охвата населения медицинскими осмотрами =  $\frac{6435}{6520} \times 100 = 98,7\%$ ;

— Показатель своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение =  $\frac{10042}{12532} \times 100 = 80,1\%$ ;

— Показатель охвата ранним врачебным наблюдением новорожденных =  $\frac{13932}{14400} \times 100 = 96,75\%$ ;

— Общий показатель диспансеризации детского населения =  $\frac{62815}{75450} \times 1000 = 832,5$  промилле;

— Удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании к 3 мес. жизни ребенка =  $\frac{13510}{13950} \times 100 = 96,85\%$ ;

— Удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании к 6 мес. жизни ребенка =  $\frac{10125}{13950} \times 100 = 72,6\%$ ;

— Удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании к 12 мес. жизни ребенка =  $\frac{6150}{13950} \times 100 = 44,01\%$ ;

— Показатель полноты охвата детей профилактическими прививками =  $\frac{29310}{31715} \times 100 = 92,42\%$ ;

— Удельный вес детей I группы здоровья =  $\frac{16610}{75450} \times 100 = 22,02\%$ ;

— Удельный вес детей II группы здоровья =  $\frac{43765}{75450} \times 100 = 58\%$ ;

— Удельный вес детей III группы здоровья =  $\frac{15075}{75450} \times 100 = 19,98\%$ .

### 5.3 Анализ статистических показателей детской поликлиники

При анализе показателей обеспечения кадрами выявлено, что показатели обеспеченности врачебными кадрами и средними медицинскими работниками не соответствуют среднестатистическим. Обеспеченность врачами-педиатрами намного ниже, чем средний показатель, более, чем в 2 раза. Необходимо принять меры для укомплектования имеющихся штатных должностей врачей-педиатров и среднего медицинского персонала, а также срочно обратиться в органы управления здравоохранением данного региона с целью принять меры по увеличению штатной численности врачей-педиатров, чтобы довести показатель укомплектованности кадрами врачей-педиатров до среднего уровня по РФ. В противном случае невозможно организовать качественную медицинскую помощь детям данного региона.

Настораживает высокий коэффициент совместительства врачей амбулаторного приёма - 1,3 и средних медицинских работников - 1,07, что может отрицательно сказываться на качестве оказываемой медицинской помощи и состоянии здоровья медицинских работников. Зато показатель выполнения плана посещений (100,7%) немного превышает рекомендуемое значение.

Анализ профилактической работы детской поликлиники выявил, что показатель охвата населения медицинскими осмотрами в пределах нормы, а показатель своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение существенно ниже среднестатистических показателей.

Углубленный статистический анализ деятельности детской поликлиники на основе полученных результатов выявил, что значение общего показателя диспансеризации детского населения ( $832,5^{0/00}$ ), а также показатель полноты охвата детей профилактическими прививками (92,42%) ниже рекомендуемого значения.

Но в то же время по показателю удельного веса детей, находящихся на грудном вскармливании по всем возрастам значения существенно выше

среднестатистических, что говорит о хорошо организованной информационно-профилактической работе с родителями.

Также на хорошем уровне находится показатель охвата ранним врачебным наблюдением новорожденных (96,75%) – примерно соответствует среднестатистическим показателям.

Однако анализ структуры детей по группам здоровья показал результаты хуже среднестатистических по всем группам здоровья, что свидетельствует о необходимости принятия дополнительных мер по улучшению качества работы данного учреждения.

## 6. Выводы.

В примере, рассмотренном в пункте 6, выявлены низкие показатели своевременности взятия больных под диспансерное наблюдение, общего показателя диспансеризации детского населения, также показателя полноты охвата детей профилактическими прививками. Согласно статистическим данным из Концепции развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года, подобные проблемы распространены по всей системе оказания медицинской помощи.

Кроме того, соотношение между численностью врачей и среднего медицинского персонала в нашей стране значительно ниже, чем в большинстве развитых стран мира, что вызывает дисбаланс в системе оказания медицинской помощи, ограничивает возможности развития служб, патронажа, реабилитации.

Кроме того, наблюдается существенная диспропорция в распределении врачебных кадров: излишняя концентрация их в стационарных учреждениях и нехватка в амбулаторно-поликлинических.

Большинство этих проблем коснулись и данной поликлиники. Например, показатель укомплектованности врачами, рассчитанный нами, стремится к 100%, но не достигает их, что не может не сказываться на качестве оказываемых услуг.

Данные проблемные моменты деятельности медицинского учреждения должны более эффективно реализовываться посредством организации более плотной и системной работы по обеспечению качества работы врачей поликлиники.

Организация широкого комплекса мер по улучшению качества оказываемой медицинской помощи даст положительные результаты по охране детского здоровья.

## 7. Список литературы

1. В.А. Медик, В.К. Юрьев. Общественное здоровье и здравоохранение / Москва - 2014.-608 с.
2. Омолоева Т.С. Принципы оформления медицинской документации в условиях детской поликлиники: учебное пособие для студ. 5 курса педиатрического факультета под ред. Т.С. Омолоевой. – М.: МИА, 2011.- 35с.
3. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия: учебное пособие / под ред. В.А. Доскина.- М.: МИА, 2008. – 464с
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 января 2007 г. N 56 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники».
5. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 года. [Электронный документ] //Доступ: <http://www.protown.ru/information/doc/4293.html>.

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная рабочей программой производственной практики «Производственная клиническая практика (помощник врача детской поликлиники, научно-исследовательская работа)» обучающегося 5 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 7 группы

Мелихов Михаил Сергеевич

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



О.В. Полякова