

# ОСНОВЫ УПРАВЛЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ



В современных условиях развития здравоохранения, когда управленческие функции от центральных органов власти активно делегируются местным органам самоуправления, знания в области менеджмента оказываются остро необходимыми для медицинских работников среднего звена.

Развитие сети ФАП, амбулаторий, здравпунктов, лечебно-диагностических комплексов, передвижных форм лечебно-диагностической, консультативной помощи и других современных форм медицинской помощи требует от медицинских работников среднего звена не только высокой профессиональной квалификации, но и готовности осуществлять фактические функции управления, организации лечебно-диагностической помощи, планирования объемов медицинской помощи, ее материального обеспечения, взаимодействия с рыночными системами, страховыми компаниями, медицинскими ассоциациями.



Необходимыми в профессиональной подготовке фельдшеров, сестринского персонала и других специалистов становятся навыки

- поиска и принятия управленческих решений,
- умения организовывать взаимодействие персонала,
- разрешать конфликтные ситуации
- использовать развернутую систему мотивации труда — т.е. широких знаний в области современного менеджмента.

Организационная структура строится согласно единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ.

Перечень медицинских учреждений, входящих в организационную структуру, и их классификация представлены на следующем слайде.



# Схема организационной структуры здравоохранения



На практике сложилось несколько **моделей руководства** медицинским учреждением.

Первая модель представляет организацию, где общее руководство осуществляет генеральный директор, которому подчиняется главный врач. Чаще всего главное лицо, отвечающее за все предприятие, не имеет медицинского образования и не знает в полной мере всю специфику деятельности. Это не самый благоприятный вариант, где риск принятия неверных решений или зависимость от медицинского окружения велики. Вторая модель— когда во главе учреждения стоит медицинский специалист, не обладающий знаниями в области менеджмента. Здесь проблемы кроются в отсутствии профессиональных управленческих знаний.

Третья модель - медики получают дополнительное образование в области менеджмента, что позволяет качественно менять работу в медицинских организациях. Руководитель, имеющий два образования, системно видит свое предприятие и может объективно оценивать рынок.



Сложнейшей задачей для менеджмента в здравоохранении является установление эффективного баланса между качеством медицинских услуг и экономической эффективностью.

В погоне за прибылью и развитием организации нельзя забывать о контроле над соблюдением всех необходимых предписаний, за технологиями работы на оборудовании и использованием инструментария, качественном предоставлении медицинских услуг в полном объеме.

Менеджмент в медицинских учреждениях должен давать возможность роста и развития врачам, среднему звену медицинских работников и организации в целом.



Управление в системе здравоохранения строится согласно структуре законодательной и исполнительной власти:

- Государственная Дума (законодательный орган),
- Правительство Российской Федерации (исполнительный орган),
- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Министерства/департаменты здравоохранения субъектов Федерации,
- Управления здравоохранения муниципальных образований.

Каждый орган власти осуществляет свои функции.



В течение последних лет работы Государственной Думой начал формироваться **Кодекс законов об охране здоровья**, в котором можно выделить семь блоков — или направлений — правового регулирования в области охраны здоровья:

*В первый блок* надзорных законов включены следующие законы: «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; «О радиационной безопасности»; «О качестве и безопасности пищевых продуктов»; «Об охране атмосферного воздуха»; «О питьевой воде».

*Второй блок* составляют законы профилактического направления: «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»; «Об ограничении курения табака»; «О природных лечебных ресурсах, лечебно-оздоровительных местностях и курортах»; «О предупреждении распространения в РФ заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)»; «О предупреждении распространения туберкулеза»; «О наркотических средствах и психотропных веществах»; «О физической культуре и спорте».

*Третий блок* — законы, защищающие права граждан на охрану здоровья: «О правах пациентов»; «О рекламе медицинских услуг, медицинских изделий и лекарственных средств» (отдельная статья в законе «О рекламе»); «О защите прав потребителей».



В течение последних лет работы Государственной Думой начал формироваться **Кодекс законов об охране здоровья**, в котором можно выделить семь блоков — или направлений — правового регулирования в области охраны здоровья:

*В четвертый блок* входят законы, определяющие права и ответственность медицинских работников: «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников»; Кодекс об административных правонарушениях и Уголовный кодекс; статья в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан о профессиональной медицинской этике (клятва врача).

*Пятый блок* — законы, регламентирующие деятельность национальной системы здравоохранения: «О здравоохранении в Российской Федерации»; «О регулировании частной медицинской деятельности»; «О лекарственных средствах»; «О медицинских организациях»; «О фармацевтической деятельности».

*Шестой блок* состоит из законов, регулирующих финансирование здравоохранения: «О медицинском страховании граждан в РФ»; «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования»; «О тарифах страховых взносов на обязательное медицинское страхование»; «О таможенных пошлинах, налогах и акцизах».

*Седьмой блок* — законы, регулирующие отдельные виды медицинской деятельности: «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»; «О трансплантации органов и (или) тканей человека»; «О донорстве крови и ее компонентов»; «О Российском обществе Красного Креста»; «О временном запрете на клонирование человека» и др.

## Организационная структура и управление фельдшерско-акушерских пунктов

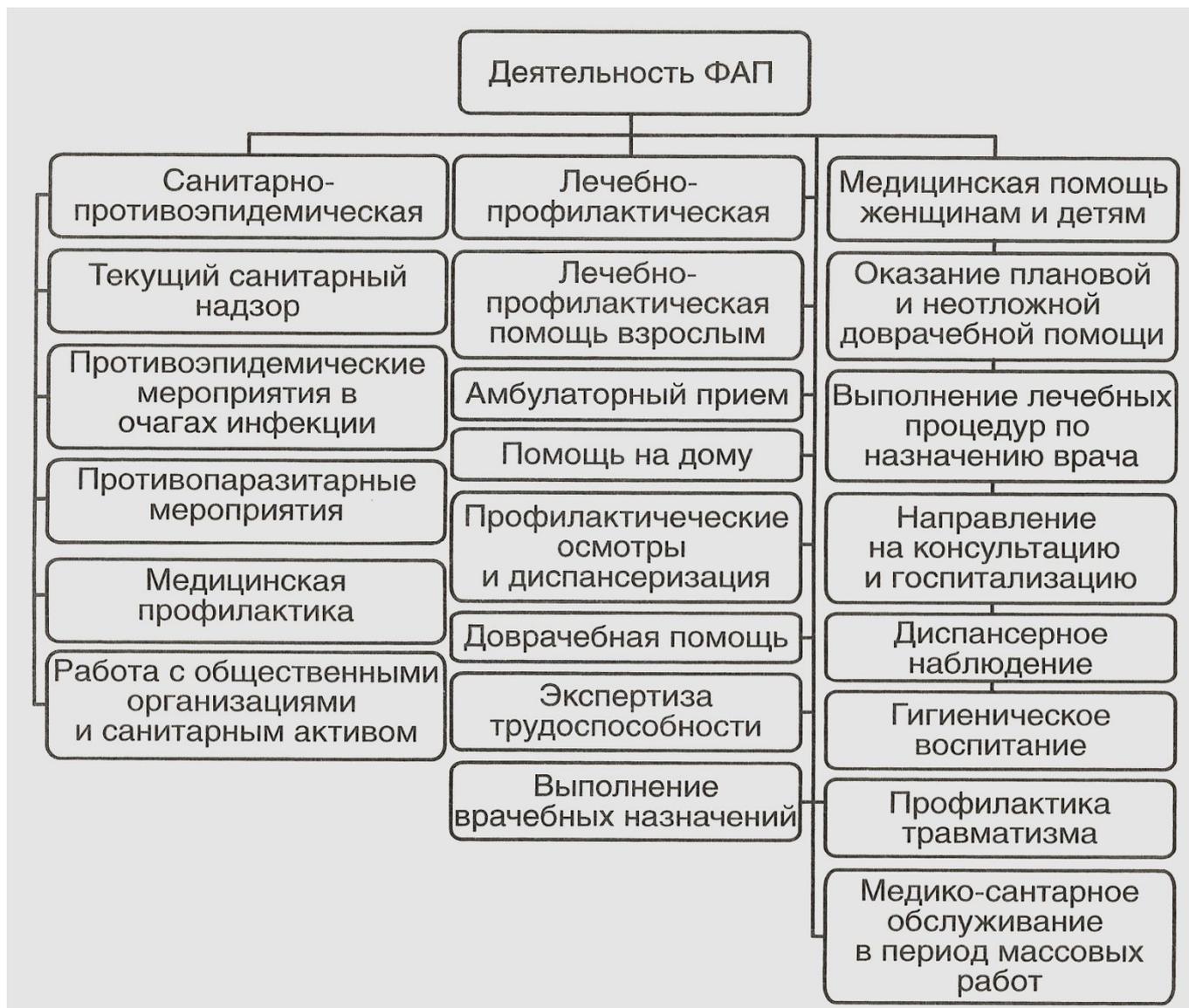
**Фельдшерско-акушерский пункт** — первичное доврачебное медицинское учреждение, оказывающее медико-санитарную помощь сельскому населению.

ФАП обслуживают около 40% всех обращений за медицинской помощью среди сельского населения.

Общее реформирование системы здравоохранения неизбежно приведет к тому, что на смену ФАП придут новые формы оказания профессиональной помощи. Тем не менее задачи, стоящие перед учреждениями здравоохранения первичного звена, их цели и направления деятельности остаются неизменными.



# Направления деятельности ФАПов



ФАПы располагаются в наиболее удаленных от участковой больницы населенных пунктах, что способствует близости медицинской помощи к сельскому населению:

- если в радиусе свыше 2 км нет других ЛПУ, ФАП организуется в населенных пунктах с численностью 700 человек,
- если населенный пункт находится на расстоянии свыше 4 км от других лечебно-профилактических учреждений, то ФАП в нем может быть организован при 300 жителях
- если свыше 6 км — и при меньшей численности населения.

ФАП обслуживает часть территории сельского врачебного участка, подчиняясь по всем медицинским вопросам участковой больнице или амбулатории, а когда в районе нет этих учреждений — центральной районной больнице.



**В ФАП предусмотрены следующие должности:**

*фельдшер* — 1 должность при численности населения от 900 до 1300 человек;

1 должность при численности населения от 1300 до 1800 человек;

1,5 должности при численности населения от 1800 до 2400 человек и 2 должности при численности населения от 2400 до 3000 человек;

*санитарка* — 0,5 должности при численности населения до 900 человек и 1 должность при численности населения свыше 900 чел.

Сложность и многоплановость деятельности ФАП выводят на первый план такую функцию управления, как **планирование**.

План работы фельдшерского пункта составляется заведующим, желательно в ходе коллективного обсуждения.

План утверждается главным врачом больницы, согласовывается с администрацией населенного пункта и является частью единого комплексного плана сельского врачебного участка.



Заведующий ФАПом, фельдшер как руководитель может иметь право **выдавать больничные листы**, справки и другие документы медицинского характера в порядке, установленном Министерством здравоохранения РФ.

Основанием для предоставления права выдачи больничных листов фельдшеру является ходатайство главного врача района, в котором должны быть указаны:

- удаленность ФАП от больницы (амбулатории), к которой он приписан;
- количество обслуживаемых населенных пунктов хозяйства и число работающих в них;
- состояние путей сообщения;
- стаж работы фельдшера и уровень его квалификации;
- знание и соблюдение фельдшером основ экспертиз временной нетрудоспособности и «Инструкции о порядке выдачи больничных листов».



## Диспансеризация населения

**Диспансеризация** — система медицинских мероприятий, осуществляемая лечебными учреждениями в целях своевременной диагностики, лечения и профилактики заболеваний.

Для проведения всеобщей диспансеризации осуществляется персональный учет всего населения, проживающего в районе обслуживания поликлиники, амбулатории и ФАП, в соответствии с «Инструкцией о порядке учета ежегодной диспансеризации всего населения» сельской местности полицейские списки жителей составляют средние медицинские работники ФАП.



## Диспансеризация населения

Диспансеризация представляет собой динамическое врачебное наблюдение, совокупность форм и методов работы учреждений здравоохранения и объединяет профилактические и лечебные мероприятия. Профилактические осмотры (1-й этап диспансеризации) позволяют выявить заболевания в начальной стадии развития

По результатам диагностики осуществить лечебно-оздоровительные мероприятия (2-й этап диспансеризации).

В мировой практике здравоохранения российский опыт диспансерной работы первичного медицинского звена признан как чрезвычайно целесообразный и достойный подражания.



Качество управления ФАП определяется эффективностью работы учреждения, которая оценивается определенными взаимосвязанными показателями. Системы оценки результативности диспансеризации включают в себя **четыре группы показателей**, характеризующих:

- организацию профилактических осмотров;
- контингенты, состоящие на диспансерном учете;
- организацию (состояние) наблюдения;
- эффективность наблюдения.



## Показатели, характеризующие организацию профилактических осмотров

1. **Выполнение плана медицинских осмотров** ( $V_{\text{пмо}}$ ) характеризует состояние планирования и выполнения плановых заданий по медицинским осмотрам, рассчитывается по формуле:

$$V_{\text{пмо}} = \frac{\text{Число осмотренных лиц}}{\text{Число лиц, подлежащих осмотру по плану}} 100\%.$$

Величина данного показателя менее 90% свидетельствует о недостатках планирования медицинских осмотров.

2. **Пораженность контингентов** ( $\Pi_{\text{к}}$ ) — выявляемость больных — демонстрирует, как часто выявляются лица, имеющие патологию, рассчитывается по формуле:

$$\Pi_{\text{к}} = \frac{\text{Число выявленных больных лиц на медицинских осмотрах}}{\text{Число осмотренных лиц}} 100\%.$$



3. **Пораженность заболеваниями ( $\Pi_3$ )** — выявляемость заболеваний — показывает, как часто на медицинском осмотре выявляются случаи патологии, рассчитывается по формуле:

$$\Pi_3 = \frac{\text{Число выявленных случаев заболевания}}{\text{Число осмотренных лиц}} 100\%.$$

4. **Среднее число заболеваний на одного больного ( $\text{СЧ}_3$ )** характеризует множественность патологии и рассчитывается по формуле:

$$\text{СЧ}_3 = \frac{\text{Число выявленных заболеваний}}{\text{Число выявленных больных}} 100\%.$$

5. **Характеристика контингентов, состоящих на диспансерном учете.** Возрастная структура числа больных, состоящих на диспансерном учете: 15-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-69; 70 лет и старше. Возрастная структура в значительной степени определяет показатели эффективности диспансеризации. Например, число 20-29-летних лиц, состоящих на диспансерном учете:

$$\text{Ч}_{\text{ду}} = \frac{\text{Число больных в возрасте 20-29 лет}}{\text{Число лиц, состоящих на учете}} 100\%.$$



6. **Состав больных, состоящих на диспансерном учете по нозологическим формам** (структура по нозологии): а; б; в; г; д и пр. Например, число больных с заболеванием «а»:

$$Ч_a = \frac{\text{Число лиц, имеющих заболевание «а»}}{\text{Число лиц, состоящих на учете}} 100\%.$$

7. **Охват диспансерным наблюдением (О)** впервые выявленных больных характеризует полноту взятия под наблюдение:

$$O_{\text{дн}} = \frac{\text{Число взятых под наблюдение по данному заболеванию}}{\text{Число лиц, выявленных с этим заболеванием}} 100\%.$$

8. **Своевременность диспансерного наблюдения (С)** свидетельствует о раннем взятии на учет в начальных стадиях заболевания, что оказывает большое влияние на течение заболевания, сдерживая появление запущенных форм, процент которых определяется следующим образом:

$$C_{\text{дн}} = \frac{\text{Число взятых под наблюдение в начальной стадии заболевания}}{\text{Число всех лиц, взятых под наблюдение}} 100\%.$$



9. **Систематичность наблюдения** ( $H_c$ ) характеризует активность медицинских работников в наблюдении за поставленными на учет и отношении последних к своему здоровью, определяемую так:

$$H_c = \frac{\text{Число систематически наблюдающихся}}{\text{Общее число состоящих на учете}} 100\%.$$

10. **Охват диагностическими исследованиями** ( $O_{ди}$ ), такими как рентгенологическое, лабораторное, ультразвуковое, функциональные исследования, — также свидетельствует об активности врача и фельдшера при наблюдении за диспансерной группой, о степени выполнения ими диагностических стандартов и определяется так:

$$O_{ди} = \frac{\text{Число лиц, которым проведено X-обследование}}{\text{Число лиц, нуждавшихся в таком обследовании}} 100\%.$$

11. **Охват лечебными мероприятиями** ( $O_{лм}$ ) характеризует объем проведенного лечения и степень выполнения стандартов лечебной помощи больным. К стационарным лечебным мероприятиям относятся медикаментозное, санаторно-курортное, физиотерапевтическое лечение.

$$O_{лм} = \frac{\text{Число охваченных стационарным лечением}}{\text{Число нуждавшихся в данном лечении}} 100\%.$$



12. Своевременность направления больных с ФАП на консультацию ( $C_{нк}$ ) к врачам-специалистам определяется следующим образом:

$$C_{нк} = \frac{\text{Число своевременно направленных больных}}{\text{Число нуждавшихся в консультации}} 100\%.$$

13. Охват реабилитационными и оздоровительными мероприятиями ( $O_{ром}$ ), получившими лечение в реабилитационном центре:

$$O_{ром} = \frac{\text{Число трудоустроенных}}{\text{Число нуждавшихся в трудоустройстве}} 100\%.$$

14. Процент больных, **не наблюдавшихся** в течение года ( $\Pi_{н}$ ):

$$\Pi_{н} = \frac{\text{Число больных, ни разу не осмотренных в течение года}}{\text{Среднегодовой контингент диспансеризуемых}} 100\%.$$

15. Процент **снятых с учета по причине смерти** ( $\Pi_{см}$ ):

$$\Pi_{см} = \frac{\text{Число больных, снятых по этой причине}}{\text{Число всех больных, снятых с учета}} 100\%.$$



16. **Отсутствие обострений** основного заболевания ( $\Pi_o$ ):

$$\Pi_o = \frac{\text{Число лиц, имевших обострения заболеваний}}{\text{Среднегодовой контингент диспансеризуемых}} 100\%.$$

17. Показатель **стойкого улучшения здоровья** ( $\Pi_{уз}$ ):

$$\Pi_{уз} = \frac{\text{Число лиц со стойким улучшением здоровья к концу года}}{\text{Среднегодовой контингент работающих}} 100\%.$$

18. Показатели **временного улучшения или ухудшения здоровья** и состояния здоровья без изменений. Показатель временной нетрудоспособности ( $\Pi_{вн}$ ):

$$\Pi_{вн} = \frac{\text{Число случаев дней нетрудоспособности}}{\text{Среднегодовой контингент работающих}} 100\%.$$

19. Показатель **первичной инвалидности** ( $\Pi_{пн}$ ):

$$\Pi_{пн} = \frac{\text{Число лиц, получивших первичную инвалидность}}{\text{Среднегодовой контингент диспансеризуемых}} 100\%.$$



## **Учетная и отчетная документация фельдшерско-акушерского пункта**

Выполняемая на ФАПе работа фиксируется в медицинской документации. Формы учетной и отчетной документации утверждаются Центральным статистическим управлением и Минздрава России. Они периодически пересматриваются и изменяются в связи с задачами, стоящими перед здравоохранением.

Всеми необходимыми бланками учетноотчетной документации фельдшерско-акушерские пункты обеспечиваются централизованно.



На каждого амбулаторного больного в ФАП ведется **карта** (учетная форма № 025/у), являющаяся дубликатом основной карты (подлинника), которая хранится в участковой или центральной районной больнице (ЦРБ).

Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов этой карты содержит диагнозы, поставленные только врачами. Фельдшерские диагнозы туда не вносятся, и статистические талоны на ФАП не заполняются.

Вместо медицинской карты амбулаторного больного на ФАП допускается использование **«Журнала регистрации амбулаторных больных»** (учетная форма № 274/у), куда вносятся полные сведения о жалобах, объективные данные, диагноз, назначенное лечение с указанием дозировок лекарственных средств и количества назначенных процедур. Эти данные имеют большое значение при изучении дел о профессиональных правонарушениях медицинских работников.



Диспансеризация населения на ФАП проводится с заполнением «Контрольной карты диспансерного наблюдения» (учетная форма № 30-у), являющейся дубликатом карты, которая находится у врача, осуществляющего диспансерное наблюдение. Карта заполняется на каждого больного, взятого на диспансерное наблюдение, где указываются паспортные данные, даты взятия и снятия с учета, причина снятия (выздоровление, выбытие на другое место жительства, смерть), диагноз.

Систематичность наблюдения фиксируется датами намечаемой и фактической явок пациента в пункте «Контроль посещений». В пункте «Лечебно-профилактические мероприятия» делается отметка обо всех изменениях в состоянии здоровья пациента, диагностических и лечебных мероприятиях.



## **Амбулаторный прием (самостоятельный):**

1. Прием взрослого населения (заполняемые формы медицинской документации № 028/у; 0285/у; 074/у; 094/у; 095/у; 036/у; 107/у; 108/у; 029/у; 112/у).

1.1 Опрос больного, термометрия, общий осмотр, обследование по системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), измерение внутриглазного давления у лиц старше 40 лет, измерение артериального давления, вагинальное исследование женщин, мазок на цитологию.

1.2 Постановка диагноза и назначение лечения, направление на консультацию и обследование врачами-специалистами, лабораторные и функциональные исследования, обеспечение больного необходимым лекарством.

1.3 Выполнение назначений врача, их регистрация.

1.4 Оформление документации, выдача справки, листка нетрудоспособности, рецептов, их регистрации.



## **Амбулаторный прием (самостоятельный):**

2. Прием новорожденных и детей (формы № 074/у; 079/у; 095/у; 029/у; 107/у; 075/у).

2.1 Опрос родителей ребенка.

2.2 Взвешивание ребенка, измерение роста, объема головы, родничков, термометрия.

2.3 Общий осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, пупка, обследование по системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).

2.4 Оценка физического и психического развития ребенка.

2.5 В случае заболевания — постановка диагноза, назначение лечения и направление к врачу-педиатру.

2.6 Рекомендации родителям по вопросам ухода, вскармливания, закаливания.

2.7 Оформление записи в истории развития ребенка, в журнале амбулаторного приема больных, выписка справок, рецептов.

2.8 Выполнение процедур, назначений врача-педиатра, запись в журнале учета.



## Амбулаторный прием (самостоятельный):

- 3. Прием беременных (форма № 111/у).
- 3.1 При первичной явке (формы № 113/у; 074/у).
  - 3.1.1 Опрос и осмотр беременной.
  - 3.1.2 Измерение роста, веса, размеров таза, измерение артериального давления. 3.1.3 Вагинальное исследование и взятие мазка.
  - 3.1.4 Направление беременной к врачам-специалистам, на электрокардиографию, лабораторные исследования.
  - 3.1.5 Гигиенические рекомендации по теме: «Гигиена первой половины беременности».
  - 3.1.6 Оформление записей в тетради записи беременных, индивидуальной карте беременной и обменной карте.
- 3.2 При повторной явке (формы № 111/у; 113/у; 074/у).
  - 3.2.1 Опрос и осмотр беременной.
  - 3.2.2 Измерение артериального давления, окружности живота, высоты стояния дна матки.
  - 3.2.3 Определение положения и предлежания плода.
  - 3.2.4 Прослушивание сердцебиения плода.
  - 3.2.5 Исследование на белок мочи (проба с сульфосалициловой кислотой).
  - 3.2.6 Оценка состояния беременной, назначение повторной явки.
  - 3.2.7 Подготовка беременной по теме: «Гигиена второй половины беременности». Психопрофилактика.
  - 3.2.8 Оформление записи в индивидуальной и обменной картах беременной.



## **Амбулаторный прием (совместный с врачом):**

1. Подготовка к приему (форма № 048/у).

1.1 Составление списков лиц, подлежащих врачебному осмотру.

1.2 Оповещение взрослого населения, родителей детей, местного руководства о часах приема врачом в ФАП.

1.3 Контроль над явкой на осмотр.

2. Проведение приема (формы № 025/у; 030/у; 111/у; 112/у).

2.1 Совместный осмотр.

2.2 Выполнение врачебных назначений. ,

2.3 Заполнение медицинской документации.



## Обслуживание населения на дому:

1. Медицинская помощь больным (формы № 025/у; 028/у; 029/у; 031/у; 112/у).
  - 1.1 Опрос больного. Термометрия. Общий осмотр больного. Обследование по системам (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация). Измерение артериального давления.
  - 1.2 Постановка диагноза. Назначение лечения. Выполнение процедур. Направление на консультацию. В случае необходимости оказание доврачебной помощи: госпитализация, сопровождение больного в стационар. Детям до 1 года показана госпитализация в детское отделение (ЦРБ).
  - 1.3 Оформление записей.
  
2. Патронаж беременных (формы № 111/у; 116/у; 029-1/у).
  - 2.1 Опрос. Общий осмотр, пальпация молочных желез. Измерение окружности живота, высота стояния дна матки. Измерение артериального давления на обеих руках.
  - 2.2 Определение положения плода. Выслушивание сердцебиения плода.
  - 2.3 Рекомендации беременной по уходу за новорожденным. В случае необходимости — направленное в ЦРБ.
  - 2.4 Оформление записей в индивидуальной карте беременной и обменной карте, в тетради учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки).



## Обслуживание населения на дому:

### 3. Патронаж родильниц (формы № 112/у; 116/у).

3.1 Опрос. Общий осмотр. Оценка общего состояния. Измерение температуры и артериального давления. Осмотр молочных желез. Пальпация живота.

3.2 Рекомендации по режиму питания и гигиене послеродового периода.

3.3 Оформление записи.

### 4. Патронаж детей до 1 года.

4.1 Опрос родителей ребенка.

4.2 Осмотр кожных покровов, видимых слизистых оболочек, пупка. Осмотр и пальпация родничка. Измерение температуры тела, роста, объема головы.

Измерение пульса и частоты дыхания. Обследование по системам.

4.3 Оценка физического и психического развития.

4.4 Оценка бытовых условий (наличие кровати, отдельной посуды, белья).

Оценка степени выполнения гигиенических рекомендаций (режима дня, личной гигиены).

4.5 Рекомендации родителям по уходу, закаливанию, вскармливанию.

4.6 Оформление записи в истории развития ребенка, в тетради учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки).



## **Обслуживание населения на дому:**

5. Активное посещение диспансерных больных, инвалидов, участников Великой Отечественной войны.

5.1 Опрос. Общий осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

Обследование по системам. Оценка общего состояния.

5.2 Рекомендации по режиму. Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий, назначенных врачом. Назначение очередной явки.

5.3 Оформление документации.



## **Первая неотложная медицинская помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях:**

1. При острых заболеваниях (формы № 025/у; 030/у).

1.1 Опрос. Общий осмотр. Обследование по системам.

1.2 Проведение неотложных мероприятий.

1.3 Направление или вызов на консультацию врача-специалиста; при необходимости доставка больного в ЦРБ. При инфекционном заболевании — выявление контактов, наложение карантина, изоляция, наблюдение за контактными. Проведение дезинфекции, серопротекции.

1.4 Оформление документации.



## **Первая неотложная медицинская помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях:**

2. При ожогах, обморожениях, отравлениях (формы № 354/у; 025/у; 028/у; 029/у; 111/у; 112/у; 058/у).

2.1 Осмотр. При возможности — опрос пострадавшего или сопровождающих лиц.

2.2 Оказание неотложной помощи. Госпитализация.

2.3 Оформление документации.

3. При травмах и несчастных случаях (формы № 112/у; 058/у).

3.1 Осмотр, опрос, оказание неотложной помощи (противошоковые мероприятия, иммобилизации).

3.2 Направление на консультацию или вызов врача-специалиста из ЦРБ, госпитализация.

3.3 Оформление документации.



## **Санитарно-профилактические, противоэпидемиологические, противопаразитарные мероприятия:**

1. Организация и проведение профилактических прививок.
2. Организация профилактических осмотров.
3. Контроль санитарного состояния дворов.
4. Профилактика травматизма.
5. Профилактика пьянства и алкоголизма.
6. Предрейсовые осмотры водителей.



## **Диспансеризация населения:**

1. Подготовка населения, составление и уточнение списков населения на начало года.
2. Санитарно-просветительская работа.
3. Доврачебный осмотр и опрос населения.
4. Определение очередности направления на врачебное обследование (форма № 030/у).
5. Проведение лечебно-оздоровительных мероприятий в диспансерной группе.
6. Работа с картотекой. Контроль сроков явки.



## **Стандарт медикаментозного обеспечения населения:**

1. Составление требования на получение медикаментов и утверждение его у главного врача ЦРБ.
2. Оформление необходимой документации (доверенность, счет на получение медикаментов и сдачу выручки).
3. Получение медикаментов и сдача денег за реализованные медикаменты.
4. Распределение медикаментов по группам применения, пополнение и обновление аптеки экстренной помощи.
5. Продажа медикаментов населению.
6. Сбор и сдача лекарственных трав.



## **Физиотерапевтическое лечение:**

1. Виды физиотерапевтических процедур, выполняемых на ФАП.
2. Специальная подготовка персонала и выполнение процедур (строго по инструкции к использованию аппаратов).
3. Оформление документации.

## **Санитарно-просветительская работа:**

1. Организация лекций, проведение бесед и выступлений, выпуск санитарных бюллетеней, оборудование «уголков здоровья», проведение занятий в «школах здоровья».
2. Обеспечение курсовой гигиенической подготовки (переподготовки): руководителей сельских хозяйств, работающих с ядохимикатами; работников пищевых объектов; детских учебно-воспитательных учреждений; механизаторов; животноводов; работников закрытого грунта (полеводов) и прочих.

## **Текущий санитарный надзор:**

1. Составление плана-графика обследования объектов (форма № 300/у).
2. Обследование местных источников водоснабжения.
3. Обследование централизованного водоснабжения.
4. Контроль за санитарной охраной водоемов.
5. Контроль санитарной очистки населенных мест.
6. Обследование общеобразовательных школ (формы № 308/у; 315/у).
7. Обследование школ-интернатов (формы № 308/у; 315/у).
8. Обследование детских дошкольных учреждений.



## **Текущий санитарный надзор:**

9. Обследование предприятий общественного питания, пищеблоков детских и подростковых учреждений (формы № 308/у; 315/у).
10. Обследование продовольственных магазинов (формы № 308/у; 315/у).
11. Обследование молочно-товарных ферм.
12. Обследование условий труда в механических мастерских.
13. Обследование условий работы механизаторов в период полевых работ.
14. Обследование условий работы с ядохимикатами (формы № 308/у; 315/у).
15. Обследование общественных бань.
16. Обследование парикмахерских.



## **Организационная и представительская деятельность:**

### **1. Организационная работа.**

1.1 Разработка планов ФАП (годовых, месячных, планов-графиков на неделю).

1.2 Укрепление материально-технической базы (обеспечение топливом, инвентарем, медицинским оборудованием).

1.3 Работа с кадрами по повышению их квалификации.

1.4 Контроль над работой младшего медицинского персонала.

### **2. Представительская работа.**

2.1 Подготовка вопросов по лечебно-профилактической помощи на рассмотрение администрации сельской территории, районного медицинского совета, совета фельдшеров.

2.2 Участие в заседаниях районной администрации, районного медицинского совета, совета фельдшеров.

2.3 Информирование населения по вопросам организации медицинской помощи (прививки, профилактические осмотры, приемы врачей-специалистов).



## Анализ эффективности деятельности ФАПа

Оценка эффективности деятельности ФАП проводится по следующим направлениям:

- общая характеристика района обслуживания;
- материально-техническая оснащенность ФАП;
- характеристика кадров;
- документация и отчетность;
- показатели здоровья населения;
- лечебно-профилактическая помощь.



## Анализ эффективности деятельности ФАП

*Общая характеристика района обслуживания* включает

- удаленность от участковой и районной больниц,
- данные о населенном пункте,
- где находится ФАП,
- состоянии жилья, дорог, хозяйственных объектов.
- аварийные ситуации на водопроводе, канализации, отоплении, электроснабжении.

*Материально-техническая оснащенность ФАП* определяется

- характеристикой помещения (типовое/приспособленное)
  - наличием отопления, канализации, вентиляции, водопровода, горячей воды, телефонной связи
  - площадь помещения, его структура, наличие оборудования, инвентаря, необходимой аппаратуры
  - наличие комнаты гигиены женщины
  - наличие кабинетов, соответствующее требованиям (приема, прививочный, процедурный, перевязочный, стоматологический, предрейсового осмотра, другие служебные помещения) и их состояние (необходимость проведения ремонта)
  - наличие средств индивидуальной защиты медицинского персонала от вирусных гепатитов и ВИЧ
  - наличие условий для соблюдения персоналом правил личной гигиены.
- 

# Анализ эффективности деятельности ФАП

*Характеристика кадров* включает

- оценку обеспеченности кадрами,
- их квалификационные категории, наличие сертификатов,
- степень укомплектованности ФАП
- оценка привитости медицинского персонала от гепатита В, дифтерии и других инфекций, управляемых средствами специфической профилактики.

Укомплектованность ФАП кадрами ( $Y_{\text{фап}}$ ) определяется по следующей формуле:

$$Y_{\text{фап}} = \frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число штатных должностей}} 100\%.$$

Дополнительно вычисляются обеспеченность населения медицинским персоналом ( $O_{\text{мп}}$ ) и уровень квалификации ( $Y_{\text{к}}$ ), уровень аттестации медицинских работников ( $Y_{\text{а}}$ ), определяемые по следующим формулам:

$$O_{\text{мп}} = \frac{\text{Число физических лиц медперсонала}}{\text{Среднегодовое число населения}} 100\%.$$
$$Y_{\text{к}} = \frac{\text{Сумма квалифицированных уровней всех работников}}{\text{Общее количество медицинских работников}} 100\%.$$
$$Y_{\text{а}} = \frac{\text{Количество аттестованных работников}}{\text{Общее количество медицинских работников}} 100\%.$$

Квалификационные уровни определяются следующим шкале: высшая категория — 1 балл, первая — 0,6 балла, вторая — 0,25 балла.

## Анализ эффективности деятельности ФАП

*Документация и отчетность* являются важными показателями надежной работы ФАП и оцениваются

- по наличию и ведению Журнала регистрации амбулаторных больных,
- наличию личных медицинских карточек, документации по прививочной работе,
- Журнала учета санитарно-просветительской работы,
- Журнала учета процедур,
- Книги записей вызовов на дом,
- Тетради записи беременных,
- Тетради учета работы на дому патронажной медсестры (акушерки),
- контрольной карты диспансерного наблюдения и других учетных форм и необходимой документации.
- наличие и оценка комплексного плана мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний.
- наличие приказов, должностных инструкций на ответственных лиц.



## Анализ эффективности деятельности ФАПа

*Показателями здоровья населения* являются

- демографические показатели
- показатели заболеваемости,
- уровень проведения прививочной деятельности.

*Эффективность и качество лечебно-профилактической помощи* оценивают по следующим показателям:

- объем доврачебной помощи, определяется числом посещений на одного жителя в год (отношение числа посещений ФАП и числа посещений на дому к среднегодовому числу населения);
- анализ качества лечебной и профилактической помощи определяется
  - ✓ нагрузкой на амбулаторном приеме (отношение числа посещений ФАП к числу рабочих дней в году);
  - ✓ нагрузкой на дому (отношение числа посещений на дому к числу рабочих дней в году).



## Анализ качества лечебной и профилактической помощи

определяется исходя из:

- видов оказываемых медицинских услуг;
- выявляемости патологии на профосмотрах (отношение числа впервые выявленных заболеваний к числу осмотренных лиц и умноженное на 1000%);
- эффективности диспансеризации женщин и детей по следующим критериям:
  - ✓ своевременность взятия беременных на учет (до 12 нед);
  - ✓ своевременность их госпитализации;
  - ✓ своевременность и качество патронажных наблюдений;
- активности выявления инфекционных заболеваний (на дому);
- сроков доставки больных, требующих экстренной хирургической помощи; числом допущенных ошибок в диагностике и оказании медицинской помощи;
- медицинской профилактики в ФАП (количеством проведенных бесед, лекций и других мероприятий);
- противоэпидемической работы.



Желаю Вам  
успешно пройти  
производственную практику  
по ПМ.06

Благодарю за внимание!

