**Московская Медицинская Академия имени И.М.Сеченова**

**Кафедра социальной медицины, экономики и организации здравоохранения**

**Курсовая работа**

Изучения здоровья населения

Москва 1997 г.

Цель работы: на основе изучения здоровья населения и организациимедицинской помощи уметь разработать план мероприятия по становлению деятельности лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) города.

В городе N проживает 100000 человек, из них в возрасте до 15 лет - 24000, 15-49 лет - 50000, 50 лет и старше - 26000.



Вывод: возрастная структура населения в исследуемом городе стационарного типа с тенденцией к регрессивному, т.к. количество лиц возрастной группировки старше 50 лет на 2% больше количества лиц, относящихся к группе до 15 лет.

Таблица 1

Сравнительная характеристика показателей деятельности городской объединенной больцины города и больниц области за отчетный период.

1. *ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СТАЦИОНАРА*.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Методика расчета | Городская больница | Область | Средний сложившийся показатель |
| **1**.Обеспеченность койками | всего коек х10000/число жителей | 140 |  | 130-140 |
| **2**.Среднегодовая занятость койки  а) т/о  б) х/о | проведено больными койко-дней/ число среднегодовых коек | 310  370 |  | 330  340 |
| **3**.Средняя длительность пребывания больного в стационаре  а)т/о  б)х/о | проведено больным койко-дней/число выбывших больных | 21  11 |  | 19-20  13 |
| **4**. Процент необоснованных поступлений в т/о | число больных, прошедших через отделение необосновано/общее число больных, прошедших через отделение х 100% | 250х100/3690=6,8% | 9.0 |  |
| **5**.Процент перевода из т/о |  | 15 | 12 |  |
| 6.Процент повторных госпитализаций в течение 1 года в т/о |  | 18 | 15 |  |
| **7**.Летальность от острого инфаркта миокарда и инсульта | число умерших от ОИМ иОИ/ все случаи госпитализации х 100% | 33 | 35 |  |
| **8**.Процент расхождения клинических и патологоанатомических диагногов | число не совпавших диагнозов/число умерших | 13,3 | 10 |  |
| **9**.Оборот койки  а)т/о  б)х/о | число выбывших больных/число среднегодовых коек | а)3690/250х100=14,76  б)3700/110х=33,64 |  | 13 |
| **10**.Потребность населения в коечном фонде  а)т/о  б)х/о | К=АRРхН/Dх100  А-уровень заболеваемости  Р-%отбора на койку  R-средняя длительность предывания на койке  D-зреднегодовая занятость койки  Н-численность населения | 600х7х20х100/330х100=254,5  380х10х13х100/340х100=145.3 |  | 250  110 |

Выводы: 1. Обеспеченность койками достаточная.

2. а) Среди причин, снижающих среднегодовую занятость койки в терапевтическом отделении относительно среднего сложившегося показателя наличествуют следующие:

1) имеются недостатки в организации госпитализации и выписки больных,что приводило к значительному простою коек

2) несколько раз за год отделение закрывалось на карантин

3) недостаточно отработана связь поликлиники с врачом стационара, ответственным за госпитализацию и, следовательно, отмечается плохой процент отбора на койку

4) производство текущего ремонта больницы осуществляется строительными организациями в сроки, превышающие установленные

5) количество коек превышает необходимое

б) Среднегодовая занятость койки в хирургическом отделении превышает средний сложившийся показатель в связи со следующими факторами: 1) увеличением в структуре заболеваемости удельного веса травм, отравлений и патологии органов дыхания

2) учитывая значительный перевес хирургической патологии над остальными видами заболеваний следует отметить недостаточность обеспечения койками 3) в связи с необходимостью постоянного функционирования хирургического отделения в исследуемом году,текущий ремонт не производился, что позволило обеспечить большую среднегодовую занятость койки, превышающую средний сложившийся показатель

4) недостаточное количество хирургических коек

3. Средняя длительность пребывания больных в стационаре

а) в терапевтическом отделении превышает средний показатель, потому что:

1) отмечается резкая несхватка лекарственных препаратов

2) штат отделения не полностью укомплектован

3)плохо осуществляется отбор больныхна койку в связи с тем, что врачи городской поликлиники имеют низкий уровень квалификации

4) поликлиника имеет большой процент совместителей ( на 33 места штатного расписания приходится 4 физических лица)

5) при наличии большсго количества .хронических больных, нуждающихся в регулярном стационарном поддерживающем лечении и множества осложненений, требуется длительное пребывание больных в отделении

6) в структуре заболеваний преобладают тяжелые и клинически сложные случаи б) в хирургическом отделении средняя длительность пребывания больного в стационаре ниже, чем сложившийся показатель, т.к.

1) имеет место преждевременная выписка недолеченных больных под наблюдение участкового врача

2) среди больных преобладают пациенты с заболеваниями легкой и средней тяжести

3) квалификация врачей отделения ниже необходимого уровня

4. Процент необоснованных поступлений в терапевтическое отделение ниже среднего показателя, что связано с:

1) низким уровнем работы вспомогательных служб и гиподиагностикой

5. Процент перевода из терапевтического в другие отделения выше в городе Н., чем в области, что связано с 1) низким уровнем качества поликлинической диагностики и лечения в стационаре

6. Процент повторных госпитализаций в терапевтическое отделение связан с низким качеством лечения в терапевтическом отделении и большим количеством хроническими заболеваний

7. Летальность от острого инфаркта миокарда и инсульта ниже в городе, что характеризует лучшую организацию медицинской помощи таким больным, чем в области

8.Процент расхождения клинических и паталогоанатомических диагнозов выше в городе, чем в области, что свидетельствует не только о низком уровне организации работы паталогоанатомического отделения, но и об уровне квалификации работников службы.

9. Оборот коек в терапевтическом (15 при норме 19) и хирургическом (34 при норме 13) ниже среднего показателя, что обусловлено вышеперечисленными причинами.

1. Недостаточно количество терапевтических коек и избыточно хирургических.

*2.ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЛИКЛИНИКИ*.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Методика расчета | Городская больница | Область | Средний сложившийся показатель |
| **1**.Укомплектованоость штатов в % | число физических лиц/число мест х 100% | 24:33х100=72,7 | 98,0 | не менее 96 |
| **2**.Коэффициент совместительства | число мест/число лиц | 33:24=1,375 |  | 1.0-1.2 |
| **3**.Процент охвата диспансерным наблюдением | все больные, состоявшие на учете/все больные, подлежавшие диспансерному учету х 100% | 12000:18000х100=67 |  | 100 |
| **4**.Процент расхождениия поликлинического и клинического диагногов у врачей,  а)не проходивших усовершенствование  б) повышающих квалификацию | число совпавших поликлинических диагнозов/общее число диагозов х 100% | 40 | 30 |  |
| **5**.Количество человек на участке врача по сравнению с нормативом |  | 2200 |  | 1800 |
| **6**.Число диспансерных больных, наблюдаемых регулярно | регулярно наблюдается/всего диспансерно наблюдается | 9000:12000х100=75 |  |  |

Выводы: 1. Штаты в городской поликлинике укомплектованы лишь на 73% против 98% необходимых, что явно отражается на качестве обслуживания населения исследуемого города.

2.При коэффициенте совместительства 1,375 (N<1.2) нет возможности обеспечить надлежащий уровень помощи.

3. Процент охвата хронических больных диспансерным наблюдением составляет 67%. 75% из них регулярно наблюдается. Такие показатели сильно ниже средних (98%).

4. Процент paсхождения поликлинических и клинических диагнозов составляет 40 для врачей, не проходивших усовершенствования и 25 для врачей, посещавщих курсы повышения квалификации (норма-30). В среднем такие показатели не превышают среднего, но не являются хорошей характеристикой для уровня оказываемой населению помощи.

5. Количество человек на участке одного врача 2200, а средняя норма составляет I 800. Это отражается и на качестве и на скорости помощи, в т.ч. и неотложной.

1. Регулярно наблюдается только 75% больных,из состоящих на диспансерном учете, что осложняет отбор пациентов для профилактического и в момент обострения лечения в стационаре.

3.*ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Методика расчета | Городская больница | Областная больница | Средний сложившийся показатель |
| **1**.Ранний(в первые 3 дня) охват новорожденных детей врачебным наблюдением | число новородденных детей посещенных врачом | 85% | 95% |  |
| **2**.Регулярность наблюдения мед. Сестрой детей первого года жизни в% | число детей первого года жизни, наблюдаемых мед.сестрой без длительного перерыва х 100/число детей, достигших 1 года | 68 | 75 |  |
| **3**.Регулярность наблюдения врачом детей первого года жизни |  | 56 | 60 |  |
| **4**.Частота посещения на дому с профилактической целью  а)врачом  б)мед.сестрой | число посещенный детей до 1 года/число детей до 1 года | 24  45 | 40  60 |  |
| **5**.Распределение детей по группам здоровья  1)здоровые  2)группы риска  3)хронические больные |  | 20  74  6 | 44  52  4 |  |
| **6**.Процент детей до 4-х месяцев, находящихся на грудном вскармливании | дети, достигшие 1 года и нахожившиеся на грудном вскармливании до 4-х месяцев/общее число детей достигших 1 года | 400/1420х100=28.2% | 58 |  |
| **7**.Процент привитых детей | число привитых против отдельных инфекций/общее число детей | 35 | 50 |  |
| **8**.Охват предродовым патронажем женщин в 28,23 и 36 недель беременности м/с детской п/к |  | 70 | 80 |  |
| **9**.Охват педиатром патронажем женщин с неблагоприятным течением беременности и плохими жилищно-бытовыми условиями | число детей, матери которых были охвачены патронажем с 28, 32 и 36 нед. х 100% число новорожденных, наблюдавшихся в детской п/к | 50 | 60 |  |

Выводы: 1.Ранний охват новорожденных детей врачебным наблюдением в гор. Н. ниже, чем *средний* показатель,в связи с тем, что: а) ощутима нехватка врачей б) большее количество детей на участке, чем положено

2,3,4.Регулярность наблюдения и посещения с профилактической целью мед. сестрой и врачом детей первого года жизни ниже сложившегося показателя. что может повлечь за собой повышение заболеваемости среди детей до 1 года и увеличение *удельного* веса хронических болезней в дальнейшем. Это может быть и за счет причин, указанных в п. 1.

5. Распределение детей по группам *здоровья* показывает, что здоровых детей в гор. Н. в два раза меньше, чем сложившийся показатель. Это вызовет не только снижение рождаемости и повышение числа больных хроническими заболеваниями, но и инвалидизацию населения. В связи с таким прогнозом имеется необходимость в постоянном профилактическом наблюдении детей из групп риска и хронических больных. Такая ситуация может развиться за счет а) нерегулярного наблюдения и посещения с профилактической целью врачом и мед.сестрой б) нехватки врачей и среднего мед.персонала в) большего, чем положено количества детей на участке

6. При столь небольшом количестве детей до 4-х месяцев, находяшихся на грудном вскармливании ( примерно в 2 раза меньше, чем средний показатель), возможно увеличение числа детей с нарушениями обмена в дальнейшем. Это связано: а) с плохой санитарно-просветительской работой женской консультации б)нерегулярными посещениями женшинами ЖК в)поздней постановкой на учет г)недопониманием женщинами роли грудного вскармливания для формирования материнского чувства и развития здорового ребенка д)большое количество стрессовых ситуаций, негативно влияющих на продукцию молока е)занятость женщин в сфере производства и низкий социальный статус семьи (особенно одиноких матерей), обуславливающие ранний выход на работу

7. Соотношение между привитыми и непривитыми детьми определяется в пользу непривитых, что обусловлено: а)плохим качеством вакцин и большим числом осложнений б)низким уровнем санитарно-просветительской работы в)повышением числа противопоказаний против прививок г)аллергизация населения д)падением настороженности населения против инфекционных болезней е)достижениями антибиотикотерапии ж)высокойзанятостью женщин в сфере производства

з)нехватка процедурных сестер в детских поликлиниках и)отсутствие оборудования для проведения обследования детей перед прививками и самих прививок

8. Обхват предродовым патронажем женщин в 28, 32 и З6 недель беременности м/с детской п/к недостаточен ввиду а) нехватки мед.сестер б) большого числа беременных женщин на участке в) занятости женщин на производстве г)плохой работы ЖК д)недостаточной санитарно-просветительской работы е)поздней постановки на учет

9. Охват педиатром патронажем женщин с неблагоприятным течением беременности и плохими жилищно-бытовыми условиями недостаточен,т. к. отмечена а)нехватка врачей, б)поздняя постановка на учет, в)большое число беременных женщин на участке, г)повышенная занятость женшин на производстве.

4.*ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И РОДИЛЬНОГО ДОМА*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Методика расчета | Городская больница | Областная больница | Средний сложившийся показатель |
| **1**.Своевременное взятие под наблюдение беременных(в%)  а)до 12 недель  б) после 28 недель | число женщин вставших своевременно на учет/общее число | 1000/1560х100=  64.1  2.9 | 70  2.5 |  |
| **2**.Регулярное наблюдение за беременными в % | число беременных, наблюдаемых регулярно/общее число, наблюдаемых в текущем году | 900/1650х100=57.7 | 70 |  |
| **3**.Процент осмотренных терапевтом, окулистом, стоматологом | число беременных женщин, обследованных специалистами/общее числор женщин наблюдаемых в данном году | 890/1560х100=57.05 | 60 |  |
| **4**.Охват беременных профилактической подготовкой к родам |  | 45 | 70 |  |
| **5**.Соотношение родов и абортов | число родов/число абортов | 1460/3000=1:2.1 | 1:2 |  |
| **6**.Процент недоношенных детей |  | 15 | 10 |  |
| **7**.Частота применения оперативных пособий в родах |  | в прошлом году 8; в текущем году 10 | 8 |  |
| **8**. Частота осложнений в послеродовом периоде |  | в прошлом году 11; в отчетном 13 | 10 |  |
| **9**.Среднегодовая занятость койки | число койкодней/число среднегодовых коек | в прошлом году 290; о отчетном 280 |  | 300-310 |
| **10.** Средняя длительность пребывания родильницы на койке |  | в прошлом году 7; в отчетном 8 |  | 8-9 дней |
| **11**.Потребность в коечном фонде | K=ARP/D100xH  A-уровень рождаемости  Р-%отбора на койку  R-средняя длительность пребывания женщины на койке  D-среднегодовая занятость койки  Н-численность населения | 12х100х9х100/300х100=75 |  | 50 |

Выводы: l.2 Недостаточен охват беременных ранним наблюдением. что связано с поздней обращаемостью женщин в женскую консультацию (плохая санитарно просветительская работа,занятость женщин в сфере производства,отсутствие экономических рычагов, материальных стимулов, плохая организация работы женской консультации, низкий уровень подготовки специалистов).Эти факторы приводят к патологии беременности, а следовательно-и к патологии родов, снижающей показатель здоровья.

3. Неполное обследование приводит к повышению частоты осложнений беременности, заболеваний женщин и плодов, а значит и к перинатальной и материнской смертности.

4. Недостаток в профилактической работе медперсонала женской консультации приводит к низкому- охвату беременных психопрофилактической работой и,соответственно,0 повышению числа осложнений в родах.

5. К высокому проценту абортов при регрессивном типе возрастной структуры населения города Н. приводят следуюшие упущения городской администрации и руководителей медицинских учреждений: 1)плохие социально-бытовые условия,2)высокая занятость женщин в сфере производства 3) большое количество одиноких женщин,4) безграмотность женщин в oтношении современных средств контрацепции,5) отсутствие контрацептивных средств в аптеках города,6) не исследуется состояние здоровья супругов

6. Увеличение процента недоношенных детей связан с низким качеством наблюдения за здоровьем беременных. Наиболее высока частота недонашивания у женщин до 20 и старше 35 лет. У матерей-одиночек процент недоношенности составил 20.

7. Снижение качества родовспоможения и рост частоты оперативных вмешательств связаны со снижением квалификации медицинского персонала. 8. Частота послеродовых осложнений повысилась за счет снижения качества родовспоможения и многочисленными нарушений санитарно-эпидемического режима.

9. Среднегодовая занятость койки ниже среднего сложившегося показателя в связи с: 1) постоянными карантинами по внутрибольничным инфекциям,

2) затянувшимся ремонтом,

3) снижением рождаемости ввиду резко снизившегося экономического и социального статуса женщин.

10. При учете всего вышеперечисленного необходимо,однако, отметить, что длительность пребывания родильницы на койке в среднем соответствует среднему показателю.

11. Коечный фонд недостаточен, т.к. потребное количество составляет 75, а

фактическое-50.

5.*ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ЧАСТИ ТЕКСТИЛЬНОГО КОМБИНАТА*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Методика расчета | Городская больница | Областная больница | Средний сложившийся показатель |
| **1**.Процент выполнения плана профилактических осмотров | число осмотренных/всего рабочих | 80 | 92 |  |
| **2**.Своевременное взятие под диспансерное наблюдение вновь выявленных больных  а)ИБС  б)ЯБЖ и 12-п. к-ки  в)СД |  | 60  70  80 | 75  80  90 |  |
| **3**.Процент переведенных на более легкую работу | переведено/необходимо перевести | 40 | 50 |  |
| **4**.Первичный выход на инвалидность на 1000 работающих  а)по болезням системы кровообращения  б)по б-ням костно-мышечной системы  в)по б-ням НС и органов чувств |  | 17.5  5  3.8 | 13  3  3 |  |
| **5**.Количество рабочих на цеховом участке |  | 2000 |  | 2000 |

Выводы: 1.План профилактических осмотров не не соответствует среднему показателю, т.к. 1)на участке больше пациентов, чем может обойти врач2)нежелание проходить мед.-проф. осмотры со стороны работников комбината,

3)нехватка врачей.

2.Вновь выявленные больные не могут быть взяты под наблюдение своевременно,т.к.: а)нет налаженной связи между МСЧ и больницей,б)большая занятость в производстве женщин в)несхватка врачей

3.Переведенных на более легкую pаботу меньше, чем должно было бы быть в связи с тем, что: а)нет достаточного количества мест,б)нет полного охвата регулярным наблюдением только выявленных больных и хронически больных, в)имеется расхождение в уровне заработной платы и нежелание работников переходить на низкооплачиваемые должности.

4.Первичный выход на инвалидность выше, чем средний показатель,в связи с неблагоприятной обстановкой на комбинате: а)нехватка врачей,б)низкий уровень квалификации медиков,в)высокий процент расхождения диагнозов, г)отсутствие сан-просвет работы,д)неудовлетворительно организованные мед. осмотры,е)низкий охват диспансерным наблюдением,ж)плохим санитарным состоянием цехов.

1. Количество рабочих на цеховом участке соответствует верхней границе нормы.

Таблица2

Взаимосвязь показателей здоровья населения с уровнем организации медицинской помощи и другими факторами.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Демографические показатели | | | | Показатели здоровья | | |
| Факторы | рождаемость | смертность | млад.смертность | матер.смертность | заболеваемость | инвалидность | физическое развитие |
| **1**.Условия и образ жизни  а)плохое питание(незначительный удельный вес растительно-молочной пищи)  б)недостаточность спортивных сооружений, бассейнов, спортивных секций  в)вредные привычки  г)плохая организация условий труда(неэфф.вентиляция, высокий уровень шума, высокая запыленность, сквозняки, микроклиматические несоответствия)  д)условия окружающей среды(ПДК, город расположен в эпицентре возникновения геомагнитных бурь)  е)генетические факторы | +  +++  +++  +++  +++ | +++  +++  +  ++  + | +++  +++  ++  +++ | ++  +++  +++  ++ | +++  +++  +++  +++  +++  + | +  +  +++  +++  + | +++  +++  +++  ++  +  + |
| **2**.Организация медицинской помощи  а)2200 человек на участке вместо 1800  б)нерегулярное диспансерное наблюдение  в)расхождение диагнозов п/к и стационара  г)низкая квалифицированность специалистов  д)нерегулярные мед.проф.осмотры и несистематичность наблюдения детей до 1 года  е)регулярность наблюдения за женщинами во время беременности  ж)своевременность постановки на учет в ЖК  з)наблюдение за женщинами с экстрагенитальной патологией  и)применение оперативных пособий в родах | +  +++  +++  +++ | +  +  +  ++  +++  +++  ++  ++  + | +  ++  +++  +++  +++  +  +++ | +  +  ++  +  +++  +++  +++  +++ | +++  +++  +++  +++  +++  ++  +  ++  +++ | +  +++  ++  ++  +++  +++  ++  ++  +++ | +++  ++  +  +  + |
| **3**.Санитарно-гигиеническое состояние текстильного комбината  а)задежка госпитализации  б)плохое обеспечение МЧС инструментарием  в)ошибки в диагностики  г)нерегулярность посещения цехов врачами МЧС  д)отсутствие работы санитарного актива цеха  е) неорганизованные проф.осмотры и диспансерное наблюдение  ж) выполнение рекомендаций специалистов (перевод на более легкую работу)  з)соблюдение санитарных норм производства  и)соблюдение плана оздоровительных мероприятий | +  +++  ++  ++  ++  +++ | +  +  ++  ++  ++  +++  ++  +++  +++ | + | +  +  +  +  ++  ++  +++  +++  ++ | +++  +++  +++  +++  +++  +++  +++  +++  +++ | ++  ++  ++  ++  +++  +++  +++  +++  +++ | +  +  +  +  + |

Выводы: Отделом здравоохранения городского совета народных депутатов было принято решение изучить состояниездоровья населения и здравоохранения города Н за последние годы.

С этой целью была разработана специальная программа и создана рабочая группа, в состав которой вошли представители городского здравоохранения и врачи организационно-методического отдела областной больницы. В процессе работы были получены данные о демографической ситуации в городе, уровне и характере заболеваемости, в т.ч на производстве,физическом развитии детей.

В частности, было установлено,что широкое распространение имеют болезни

органов дыхания, нервной системы и органов чувств, системы кровообращения,

а также травмы.

Город находится в очень неблагоприятных экологических условиях,

поскольку в 5 километрах к северо-западу расположен крупный угольный

разрез. Добыча угля ведется открытым способом. Содержание вредных веществ

в атмосферном воздухе в северо-западном районе города превышают ПДК в lО-

15 раз. Кроме того, город расположен в эпицентре возникновения геомагнитных

бypь.

В рационе питания населения незначительный удельный вес растительно-

молочной пищи.

В городе мало спортивных сооружений, бассейнов, спортивных секций, что

негативным образом сказывается на физическом развитии как взрослого, так и

детского населения.

Анализ деятельности медицинских учреждений города позволил получить

следующие данные:

- плохая организация госпитализации и выписки больных

- низкий уровень квалификации специалистов

- нет регулярного диспансерного наблюдения

-- высокий процент расхождения поликлинического и клинического диагнозов

- нет достаточного охвата профилактическими мероприятиями населения при

обращении в поликлинику

- нет четкой организации в регистрации больных, многочисленны случаи утери

карт амбулаторных больных

- лаборатория не имеет постоянного обеспечения реактивами

- ограничены диагностнческие возможности детской поликлиники

- ощутима нехватка боксированных помещений

- большее, чем полом<сно количество больных на участках

- неудовлетворительные показатели по группам здоровья

- отмечены недостатки в проведении профилактических прививок

- нет достаточной преемственности между ЖК и детской поликлиникой

- небрежность в ведении медицинской документации

- нет полного охвата беременных женщин консультациями специалистов

- поздняя постановка на учет беременных

- психопрофилактическая подготовка к родам проводится недостаточно

- отсутствует необходимое оборудование для проведения ЭКГ и УЗИ плода

- проводится большое количество абортов

- нет специальных коек для рожениц с экстрагенитальной патологией–

повысился процент оперативных пособий в poдaх

- большое количество детей, родившихся недоношенными

- долгая очередь на госпитализацию при направлении из МСЧ

- кабинетов ЛФК, лечебного массажа, а также водолечебницы на комбинате нет

- MCЧ плохо обеспечена медицинским оборудованием

- отмечается значительная текучесть кадров цеховых терапевтов и мед.сестер

- завышается длительность пребывания на больничном листе

- высок процент расхождения диагнозов п/к МСЧ и стационара

- цеховые врачи нерегулярно посещают свои цеха

- санитарный актив цеха плохо работает

- недостаточно хорошо реорганизованы периодические

- нет полного охвата диспансерным наблюдением сотрудников комбината

- сотрудники столовой комбината нерегулярно походят мед.осмотр и сдают бак.анализы

- плохие условия труда на комбинате

- отсутствие механизации некоторых технологических процессов, предусмотренных планом оздоровительных мероприятий.

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отделение | Исполнитель | Ответственный |
| Терапевтическое отделение  **1**.Уменьшить количество коек до нужного числа  **2**.Разработать мероприятия по улучшению организации госпитализации и выписки больных с целью ликвидации простоя коек  **3**.Повысить квалификацию мед.персонала, организовать регулярное прохождение курсов повышения квалификации | зав.отделением  зав.отделением  зав.отделением | гл.врач  гл.врач  гл.врач |
| Хирургическое отделение  **1**.Поставить вопрос перед мэрией о выделении дополнительных финансовых средств и площадей для расширения коечного фонда отделения | гл.врач больницы | горздравотдел |
| Поликлиника  **1**.Укомплектовать шташное расписание за чсет новых кадров с целью ликвидации совместительства  **2**.Повысить квалификацию врачей, организовать регулярное прохождение курсов повышения квалификации  **3**.Разработать мероприятия по улучшению качества мед.осмотров с целью раннего обнаружения патологии  **4**.Организовать отделение профилактики. Поставить вопрос о дотациях перед мэрией  **5**.Открыть кабинет доврачебного приема  **6**.Обеспечить необходимым оборудованием кабинет восстановительного лечения  **7**.Организовать регулярное снабжение клинической лаборатории реактивами  **8**.Бороться с текучестью кадров путем улучшения организации труда и повышения заработной платы | гл.врач  зав.отделением  зам.главного врача и участковые терапевты  гл.врач поликлиники  зам.гл.врача  зам.гл.врача по хоз.части  зам.гл.врача и зав.лабораторией  зам.гл.врача | горздравотдел  гл.врач  гл.врач  горздравотдел  гл.врач  гл.врач  гл.врач  гл.врач; горздравотдел |
| Детская поликлиника  **1**.Поставить вопрос перед мэрией о завершении строительства дополнительных площадей для поликлиники  **2**.Засширить клинико-биологическую лабораторию  **3**.Заккупить новое оборудование для ренгеновского кабинета  **4**.Организовать регулярное прохождение курсов повышения квалификации мед.персоналом  **5**.Закончить ремонт кабинета здрового ребенка, провести работу по реорганизации с целью выделения дополнительных помещений под боксы и молочно-раздаточный пункт  **6**.Регулярно и полно проводить предродовой патронаж беременных мед.персоналом  **7**.Правильно вести и аккуратно хранить мед.документацию. | гл.врач  зам.гл.врача и зав.лаб  гл.врач  зав.отделением  зам.гл.врача по хоз.части  уч.педиатры  уч.педиатры | горздравотдел  гл.врач  горздравотдел  гл.врач  гл.врач  гл.врач  гл.врач |
| Женская консультация и родильный дом  **1**.Усилить контроль за состоянием здоровья во время беременности(сост.на учете в ЖК)  **2**.Охватить психопрофилактической подготовкой к родам женщин, состоящих на учете в ЖК  **3**.Организовать работу кабинета ЭКГ и УЗИ  **4**.Обеспечить наблюдение за женщинами после выписки из род.дома  **5**.Усилить наблюдение за женщина с токсикозами  **6**.Правильно вести и аккуратно хранить мед. Документацию | уч.гинеколог  уч.гинеколог  гл.врач  уч.гинеколог  уч.гинеколог  уч.гинеколог | гл.врач, зав.гинекологическим отделением  гл.врач, зав.гинекологическим отделением  горздравотдел  гл.врач, зав.гинекологическим отделением  гл.врач, зав.гинек.отделением  гл.врач |
| МСЧ  **1**.Организовывать своевременную госпитализацию плановых больных в гор.больницу  **2**.Организовать работу кабинетов ЛФК, леч.массажа, водолечебницы  **3**.Открыть кабинеты гигиены женщин в ткацком и ситценабивном цехах  **4**.Выделить дополнительные средства на приобретение мед.оборудования, медикаментов, перевязочного материала  **5**.Повысить квалификацию мед.персонала МЧС, организовать регулярное прохождение курсов усовершенствования | гл.врач МСЧ, гл.врач гор.больницы  гл.врач МСЧ, администрация комбината  администрация комбината  администрация комбината  зам.гл.врача МСЧ | гл.врач гор.больницы  профком комбината  гл.врач МСЧ  гл.врач МСЧ  гл.врач |

**ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В**

**ГОРОДЕ Н.**

Необходимо улучшить медико-техническую базу первичных медико-санитарных учреждений с целью повышения их лечебно-диагностического значения и стимулирования профилактической работы:

1. Расширить существующие и ввести в эксплуатацию новые площади мед.чреждений

2. Оснастить мед.учреждения современным оборудованием

3. Повысить квалификацию мед.персонала

4. Укомплектовать штаты мед.-проф. учреждений

5. Ликвидировать совместительство

6. Улучшить социально-бытовые условия жизни мед.работников, устранив тем самым текучесть кадров

7. Регулярно проводить диспансеризацию населения и профосмотры, своевременно проводить лечебно-профилактические мероприятия

8, Обеспечить контроль за состоянием окружающей среды в городе и на рабочих местах. Разработать мероприятия по улучшению условий труда

9. Рекомендовать администрации промышленных предприятий принять меры по улучшению экологической обстановки

10. Настоятельно рекомендовать администрации города наладить снабжение города продуктами питания с повышенным содержанием ценных вешеств

11. Улучшить снабжение аптек города лекарственными препаратами и противозачаточными средствами, проводя при этом разъяснительную работу среди женщин детородного возраста и среди школьников

l2. Организовать обеспечение социальной помощью матерей-одиночек, малообеспеченных семей, семей, потерявших кормильца, и инвалидов

13. Рекомендовать администрации комбината создать дополнительные рабочие места для переведенных на более легкую работу по состоянию здоровья

14.Создать на баземед.учреждений генетические консультации и репродуктивные центры для повышения рождаемости и лечения патологии беременности.

15.Проводить регулярные проверки состояния оборудования и условий быта мед.учреждений.