

МИНИСТЕРСТВО ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ

ПРИКАЗ
от 22 ноября 2010 г. N 409

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАКТИЧЕСКОГО ИНСТРУКТИВНО-МЕТОДИЧЕСКОГО
ПОСОБИЯ ПО СТАТИСТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В соответствии с п. 5.2 Положения о Федеральной службе государственной статистики, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 июня 2008 года N 420, приказываю:

Утвердить прилагаемое Практическое инструктивно-методическое пособие по статистике здравоохранения (согласовано с Минздравсоцразвития России, письмо от 16 сентября 2010 года N 14-6/242938, и Минэкономразвития России, письмо от 21 октября 2010 года N 19866-АЛ/Д04).

Временно исполняющий
обязанности руководителя
Росстата
В.Н.ЗАБЕЛИН

Утверждено
Приказом Росстата
от 22 ноября 2010 г. N 409

ПРАКТИЧЕСКОЕ ИНСТРУКТИВНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
ПО СТАТИСТИКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Предисловие

В задачи федерального статистического наблюдения в области здравоохранения входят систематический сбор, разработка и распространение данных об уровне здоровья населения, медицинской деятельности и детерминирующих их факторов.

Деятельность системы здравоохранения невозможна без углубленного анализа статистической информации, который является одной из частей управленческого процесса в здравоохранении, призванного обеспечить укрепление здоровья населения и эффективность функционирования системы здравоохранения. С его помощью выявляются ключевые проблемы, определяются приоритеты, ставятся конкретные задачи для более полного и рационального использования кадровых, финансовых и материально-технических ресурсов.

Статистическая информация о состоянии здоровья населения и развития здравоохранения, формируемая и публикуемая Минздравсоцразвития России и Росстатом, должна быть нацелена на решение наиболее актуальных современных проблем здравоохранения.

Совершенствование путей эффективного влияния на повышение уровня здоровья населения приобретает особую актуальность в связи с активизацией экономических, социальных и экологических преобразований. Социально-экономическое развитие страны, как правило, сопровождается сокращением материнской и детской смертности, инфекционной заболеваемости. В то же время рост экономической активности зачастую приводит к загрязнению окружающей среды, что неблагоприятно воздействует на состояние здоровья населения. Для организации эффективной медицинской помощи в этих сложных условиях необходима соответствующая многоаспектная информация.

Необходимость определения потребности населения в медицинской помощи требует нового подхода к содержанию собираемой в официальной статистике информации практически по всем видам регистрируемой патологии. Большее значение необходимо придать не только изучению динамики отдельных показателей, но и исследованию их взаимосвязи, в частности заболеваемости и смертности; стационарной, амбулаторной и экстренной помощи; потребности в отдельных услугах и их потребления; затрат на здравоохранение и уровня заболеваемости; объемов и качества медицинской помощи и т.д.

ГЛАВА 1. ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР РАЗВИТИЯ СТАТИСТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

1.1. Статистика заболеваемости

В России в конце XIX - начале XX века земская санитарная статистика ставила перед собой широкие задачи: изучение движения населения, заболеваемости и на ее основе изучение состояния здоровья населения. Наряду с земской санитарной статистикой в дореволюционной России существовала официальная статистика, располагавшая неполными сведениями о числе родившихся и умерших, о причинах смерти населения, а также о заразных заболеваниях и составе больных в стационарных лечебных учреждениях.

В период с 1900 по 1925 г. исследования, проведенные под руководством Е.А.Осипова, П.И.Куркина, А.В.Петрова, впервые дали представление о составе и размерах общей заболеваемости русского крестьянства, зависимости от степени доступности врачебной помощи населению, связи ее с определенными социально-экономическими факторами и пр. <1>.

<1> Какорина Е.П. Заболеваемость населения//Здравоохранение России. XX век/Под ред. Ю.Л.Шевченко, В.И.Покровского, О.П.Щепина. М., 2001. С. 30-39.

За годы революционной борьбы регистрация и анализ заболеваемости практически прекратились. И только к 1925 г. в Московской губернии и г. Москве регистрация наладилась в количественном отношении, но в качественном она продолжала оставаться несовершенной <2>.

<2> Богословский С.М., Брушлинская Л.А., Куркин П.И., Чертов А.А. Заболеваемость населения Московской губернии и г. Москвы. Мосздравотдел. М., 1929 г. 208 с.

На смену прежнему принципу - одномерному, сплошному исследованию заболеваемости по всем районам волости ежегодно - был выдвинут принцип дифференциации, т.е. выделения отдельных социальных группировок в составе населения и применения к ним соответствующих программ изучения заболеваемости. Программы исследования заболеваемости дифференцируются по социальным и профессиональным группам и отдельным местностям в зависимости от его задач; для общей массы населения в порядке текущего исследования проводится минимальная программа исследования; сплошное исследование массовой болезненности производится периодически (через 5-10 лет).

Изучение заболеваемости населения проводилось органами здравоохранения на основе регистрации причин смерти от болезней. В 1923-1925 гг. были проведены выборочные санитарные обследования сельского населения.

С 1926 по 1950 годы существенно улучшилась регистрация заболеваемости острыми инфекционными болезнями, введено экстренное извещение об инфекционных заболеваниях. В эти годы получили развитие статистика заболеваемости с временной утратой трудоспособности, статистика заболеваемости туберкулезом, венерическими болезнями и другими важнейшими неэпидемическими заболеваниями. Начала развиваться статистика злокачественных опухолей, получила широкое развитие статистика диспансерного наблюдения за больными.

В 1935-1936 гг. Центральное управление народнохозяйственного учета Госплана СССР провело изучение общей заболеваемости населения ряда промышленных городов. В 1937 г. сплошное обследование заболеваемости было повторено в Москве. В дальнейшем все больше ученых склонялось к выборочным методам изучения заболеваемости.

С 1949 г. была введена повсеместная регистрация первичных обращений с последующей их сводкой в ежедневных ведомостях учета заболеваний по ограниченному перечню болезней и с включением результатов разработки в периодическую отчетность медицинских учреждений. Сведения о заболеваемости, получаемые таким образом, были недостаточно достоверны (Е.А.Садвокасова, 1955, А.М.Мерков, 1969).

С 1953 г. регистрация заболеваний стала производиться не по первоначальному, а по уточненным диагнозам по специальным статистическим талонам. Без изменения остались всеобщность учета (распространение его на все амбулаторно-поликлинические учреждения) и децентрализованная разработка материалов учета в каждой поликлинике и амбулатории с включением результатов разработки в годовые медицинские отчеты. Такая отчетность сохранилась и до настоящего времени.

Внешняя цель - распространение регистрации общей заболеваемости на территорию всего Советского Союза, децентрализованная сводка материалов регистрации и включение их в медицинскую отчетность лечебных учреждений - была достигнута, но результаты не оправдали возлагавшиеся на них ожидания. Получаемые таким образом сведения о заболеваемости не всегда соответствовали действительности.

Причиной этого явилась недостоверность первичного учета. Недокументированный учет заболеваний в "Ежедневной ведомости" исключал возможность его контроля и исправления вольных или невольных ошибок врача в подсчете числа больных и в распределении их по болезням и группам болезней. Отсутствие опыта в статистической работе у врачей и их перегрузка рядом других обязанностей, более важных, чем учет (амбулаторное лечение больных, посещение больных на дому, профилактическая и санитарно-просветительная работа и др.), не давали возможности врачам сосредоточить внимание на статистике заболеваемости и обуславливали ошибки учета. Не меньшую, если не большую, роль при этом играло и то обстоятельство, что врач, регистрируя больного, не знал, не зарегистрирован ли этот больной с этими же заболеваниями у других врачей данной поликлиники, а тем более - другой поликлиники. Все это привело к искусственному завышению размеров заболеваемости и к искажению ее состава (А.М.Мерков, 1962).

Если так обстояло дело в пределах одного лечебного учреждения, то сводные данные медицинских отчетов усугубляли эти ошибки, завышали размеры заболеваемости за счет дублирования.

Крупным выборочным изучением заболеваемости является работа, проведенная в 1956 г. в г. Иванове. Это исследование показало, что сплошная регистрация не требуется для изучения основных закономерностей заболеваемости и что достаточно ограниченного числа хорошо собранного и глубокого по содержанию материала из типичных городов и районов.

Все крупные фундаментальные исследования здоровья населения в СССР были приурочены к переписи населения. Организаторами таких исследований всегда являлись ученые НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко.

В 1970 г. было проведено комплексное изучение состояния здоровья населения, основанное на выборочном изучении заболеваемости по материалам трехлетней обращаемости (1969-1971 гг.) в городах и других населенных пунктах, отражающих особенности отдельных экономико-географических районов страны. В некоторых населенных пунктах это исследование было дополнено комплексными медицинскими осмотрами части включенного в выборку населения по специальной методике (А.А.Роменский, В.К.Овчаров, Г.С.Жуковский и др., 1971). Последнее исследование проведено в связи с Всесоюзной переписью населения 1989 г.

С 1980-х гг. заболеваемость стала изучаться с использованием машинных регистров при динамическом наблюдении (А.А.Роменский, С.А.Леонов, Т.М.Максимова) на выборочной совокупности в 20 тыс. человек, что фактически является прообразом современных автоматизированных систем в здравоохранении.

В 1960-е годы в отчетности предусматривалась группировка заболевших по формам и стадиям болезней, а также по месту постоянного жительства (городские и сельские жители) <3, 4>.

<3> Ежов А.И. Система и методология показателей советской статистики./Учебное пособие для студентов экономических вузов и факультетов. М.: Статистика, 1965. 372 с. Глава XV. "Показатели статистики здравоохранения". С. 283-288.

<4> История советской государственной статистики. Изд-е 2-е, перераб. и доп. М.: Статистика, 1969. 528 с. Раздел "Статистика здравоохранения и социального обеспечения". С. 381-390.

На статистические данные оказывают влияние и происходящие изменения в сфере охраны здоровья. Так, например, ряд авторов отмечает, что к 1993 г. отечественная психиатрия пережила три потрясения, изменившие ее лицо и, в значительной мере, "спутавшие" всю статистику. Первое - на протяжении десятилетий отмечался неизменный рост числа больных с психическими нарушениями, однако его темпы замедлились, и со второй половины 1980-х годов рост данного контингента прекратился, несмотря на медленный, но постоянный рост ресурсов, включая рост числа психиатров. В 1976 г. произошло выделение наркологической помощи в самостоятельную службу, что повлекло за собой разделение ресурсов, и прежде всего психиатров и наркологов. Разумеется, это сказалось на статистике учета психических заболеваний. Были существенно изменены принципы взятия на психиатрический учет, пересмотрена вся юридическая база психиатрии, разработано новое законодательство, что также не могло не сказаться на статистических данных по психиатрии <5>.

<5> Жариков Н.М., Киселев А.С., Иванова А.Е. Психическое здоровье населения России/Региональные проблемы здоровья населения России. М.: ВИНТИ, 1993. С. 244-257.

Традиционно в статистику заболеваемости не включались осложнения заболеваний, хотя и развивались подходы к оценке исхода болезней, числа обострений, что в современных условиях актуально.

Статистическое наблюдение за основными санитарно-демографическими характеристиками, обеспеченностью населения медицинскими кадрами, амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями осуществлялось в России с начала XX века (а по некоторым параметрам - с конца XIX века). Статистические материалы по основным показателям публиковались в "Вестнике статистики" с 1919 г., сборниках "Народное хозяйство", специальных выпусках, посвященных здоровью и здравоохранению.

При этом большое внимание уделялось положительной динамике основных показателей в условиях социализма, но в то же время обсуждались и статистические проблемы, поднимались вопросы сопоставимости статистических материалов, полученных в России, с соответствующими зарубежными данными. В 1920-х годах издавались сборники, представлявшие статистическую информацию не только на русском, но и на иностранных языках. Предлагались новые показатели, например, показатель жизненности (земский статистик В.И.Покровский) (Л.Казинец, 1951).

Уже в конце 1920-х годов обсуждался вопрос о необходимости введения стандартизованных показателей для оценки региональных и международных различий в статистических показателях.

В дальнейшем, в 1950-1960-е годы использование стандартизации было поднято буквально на политический уровень, т.к. успехи в здоровье населения в СССР оспаривались западными странами, где считалось, что это связано не столько с достижениями социальными, сколько с более молодой возрастной структурой населения нашей страны.

Отражению дискуссий по проблемам стандартизации показателей здоровья американских (Mayers) и советских (А.М.Мерков) специалистов посвящались в эти годы публикации в журнале "Советское здравоохранение" (1965).

Были предложены различные версии стандартов, и, несмотря на отсутствие автоматизированной обработки, в необходимых случаях стандартизация показателей здоровья, имеющих тесную связь с возрастом, обязательно проводилась. К сожалению, в современных условиях высокого оснащения вычислительной техникой, практически снявшей вопросы трудоемкости, стандартизованные показатели рассчитываются далеко не во всех необходимых случаях и, соответственно, без использования этого приема сравнение показателей смертности и заболеваемости по регионам России не всегда правомерно.

Начиная с конца 1980-х годов, Советский Союз, в т.ч. Россия, начал поставлять информацию по широкому перечню основных показателей здоровья во Всемирную организацию здравоохранения, где они представлены наряду с данными других стран, в том числе на веб-странице: www.who.int.

Наиболее развита информационная сеть в Европейском региональном бюро. Сравнение статистических данных по разным странам позволяет определять некоторые проблемы, характерные для нашей страны. В то же время необходимо констатировать, что данные, представляемые в эти организации Минздравсоцразвития России, без сведений из других ведомств не могут характеризовать страну в целом.

1.2. Статистика инвалидности и социального обеспечения

Развитие учения об инвалидности в России получило начало в первые годы XX столетия в работах Н.А.Вигдорчика, К.И.Барышникова, Р.М.Гладштейна, Н.А.Альбова, М.Б.Зельдес, Ф.Менделеевой, М.И.Райского и др.

Первоначально применение врачебной экспертизы было введено для узкого круга военных лиц и находилось в ведении судебных медиков. После издания закона 1903 г. об ответственности предпринимателей за увечье рабочих возникла страховая экспертиза трудоспособности. Однако специального, утвержденного законом органа экспертизы не существовало.

В первые годы после революции постепенно налаживался учет болезненного состояния инвалидов: ставился медицинский диагноз и определялась группа инвалидности. Первоначально советская врачебная экспертиза пользовалась процентной системой классификации инвалидности. В 1921 г. эта классификация была заменена так называемой рациональной шестигрупповой классификацией инвалидности. В 1932 г. число групп было сведено до трех и произошла реорганизация бюро врачебной экспертизы во врачебно-трудовые экспертные комиссии.

В соответствии с Инструкцией Минздрава СССР от 4 августа 1956 г. инвалидность расценивалась "как стойкое нарушение общей или профессиональной трудоспособности вследствие заболевания или травмы". Следовательно, дети до 16 лет не могли быть признаны инвалидами. 14 декабря 1979 г. вышел Приказ Минздрава СССР N 1265 "О порядке выдачи медицинского заключения на ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет".

В современных условиях происходит последовательное расширение контингента лиц с ограниченными возможностями: от прежних жестких критериев стойкой утраты трудоспособности из-за болезни у экономически активной части населения - инвалидов, до более широкой, еще недостаточно четко устоявшейся группы населения с ограниченными возможностями как в

повседневной жизни, учебе, так и в производственной деятельности, поддержании социально активной жизни.

С изменением критериев меняются размеры и состав контингентов инвалидов либо лиц с ограниченными возможностями.

В системе Министерства социального обеспечения в 1960-1970-е годы отчетная форма врачебно-трудовых экспертных комиссий - ВТЭК - форма 7 содержала информацию о впервые признанных инвалидами из числа рабочих и служащих, а также членов колхозов.

В связи с этим издавались статистические сборники:

- Основные показатели инвалидности и деятельности ВТЭК в СССР и по всем союзным республикам;

- Основные показатели инвалидности и деятельности ВТЭК среди членов колхозов в РСФСР и по всем союзным республикам.

Под редакцией Л.П.Гришиной и Д.Д.Войтехова сборники издавались ежегодно с 1972 г. по 1990 г.

В 1991 г. изменилась форма 7-собес, где вместо рабочих и служащих ввели число инвалидов от 16 лет, позднее от 18 лет и старше, проживающих в городских поселениях и в сельской местности. С 1991 по 2000 г. статистические сборники не издавались.

В 2000-2001 гг. инвалидность детского населения передана в органы социального обеспечения - во ВТЭК.

Публикации по инвалидности до 1992 г. в основном касались врачебно-трудовой экспертизы при различной патологии (Д.И.Лаврова, В.А.Трангейзер, Е.М.Боева, Л.Е.Кузьмишин и др.).

1.3. Статистика лечебно-профилактической помощи населению

Новым, почти не известным до революции разделом санитарной статистики явилась статистика сети, деятельности и кадров медико-санитарных учреждений. Этот раздел санитарной статистики возможен только при наличии широко развернутой сети государственных медико-санитарных учреждений и обязательности для них установленных в централизованном порядке единых форм текущего учета и отчетности, хотя с 1910 г. Управлением Главного врачебного инспектора был введен учет количества стационарных и амбулаторных учреждений, количества коек в стационарных учреждениях, в котором важную роль играла земская медицина.

Программа отчетов состояла, начиная с 1903 г., из следующих 18 разделов (отчет 1902 г. имел переходный характер):

1. Движение населения.
2. Статистика причин смерти в городах.
3. Обращаемость к врачебной помощи.
4. Распределение зарегистрированных больных по отдельным нозологическим формам.
5. Заразные болезни.
6. Медицинский персонал и врачебные участки.
7. Больницы и приемные покои.
8. Дома и отделения для умалишенных.
9. Родильные дома, приюты и отделения.
10. Пастеровские станции.
11. Аптеки и аптекарские магазины.
12. Фельдшерские и акушерские школы.
13. Гигиенические лаборатории и санитарный надзор.
14. Общества врачей (сведения возобновлены с 1905 г.).
15. Врачебно-санитарный надзор за проституцией.
16. Расходы на медицинскую часть.
17. Судебно-медицинская часть.
18. Результаты врачебного осмотра призывников.

В 1980-х гг. начала создаваться городская медицина. В 1913 г. в 145 городах России была организована больничная помощь населению. Известно, что стационарные учреждения делились на пять классов по числу коек (1-й класс - более 300 коек, 2-й класс - от 101 до 300 коек, 3-й класс - от 61 до 100 коек, 4-й класс - от 16 до 60 коек, 5-й класс от 6 до 15 коек). Стационарные учреждения с числом коек, меньшим пяти, назывались приемными покоем.

Согласно данным отчета Министерства внутренних дел "О состоянии народного здоровья и организации врачебного дела" за 1914 г. расходы на медико-санитарное дело делились между правительством, губернскими и уездными земствами, городскими управлениями и частными плательщиками, причем на правительство приходилось 10,9%, на земства - 48,4%, на городские управления - 22%, на частные общества и лиц - 12,9%. При этом из всех расходов на медико-санитарное дело на лечебную помощь приходилось 92%. В городской медицине в стационарной помощи взималась плата за койку в день, а в амбулаторной - за посещение.

Первоначальной попыткой создания единых форм учета был выпуск в 1920 г. "Правил и форм медико-статистической регистрации". Впоследствии эти правила и формы подвергались неоднократным пересмотрам и изменениям, основной задачей которых было их усовершенствование, приспособление к меняющимся запросам практики советского здравоохранения и к появлению новых типов медицинских учреждений (диспансеры, консультации, здравпункты и медико-санитарные части на промышленных предприятиях, объединенные больницы, санитарно-эпидемиологические станции и др.).

Централизованное методологическое руководство этим разделом работы до создания Народного комиссариата здравоохранения СССР принадлежало отделу населения и здравоохранения Центрального статистического управления СССР (Центрального управления народнохозяйственного учета Госплана СССР), длительное время (1929-1938 г.) возглавлявшегося А.Б.Шевелевым, монография которого "Учет и статистика здравоохранения", вышедшая в 1936 г., содержала систематическое и комплексное изложение ряда методических вопросов статистики здравоохранения.

Через некоторое время (с 1938 г.) после создания Народного комиссариата здравоохранения СССР руководящая роль в вопросах статистики здравоохранения перешла к его отделу медицинской и санитарной статистики, проводившему эту работу в контакте с Центральным статистическим управлением СССР.

В соответствии с этим в середине 1930-х годов были созданы научно-методические бюро санитарной статистики, принявшие на себя ведение значительной части инструктивно-методической и санитарной статистики министерств. Некоторые из этих бюро развились в крупные научно-исследовательские учреждения. По объему и содержанию работ выделилось Научно-методическое бюро санитарной статистики РСФСР, возглавляемое Л.А.Брушлинской.

Союзное, республиканское и областные научно-методические бюро санитарной статистики создали систему регулярно составлявшихся сводно-аналитических обзоров о состоянии здоровья населения и здравоохранения республик (областей), в которых подвергались углубленному анализу собиравшиеся и обрабатывавшиеся ими данные по демографии, заболеваемости и физическому развитию населения, по деятельности основных типов медико-санитарных учреждений.

Сводно-аналитические обзоры имели ограниченный тираж, хотя в 1960 г. ЦСУ СССР издало статистический справочник "Здравоохранение в СССР", а в последующие годы отдел санитарной статистики Института организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А.Семашко (Е.А.Садвокасова, В.К.Овчаров) ежегодно составлял обзоры и справочники о состоянии здоровья и здравоохранения в СССР, печатавшиеся на ротапринте и рассылавшиеся в несколько сотен адресов.

В конце 1963 г. была проведена Вторая всесоюзная перепись учреждений здравоохранения на новой методической основе, актуальной до настоящего времени.

В СССР были налажены сбор и разработка данных о числе амбулаторно-поликлинических учреждений, специализированных диспансеров и санитарно-противоэпидемических учреждений. Важное значение придавалось показателям количества больничных учреждений с распределением их по типам, числу коек в них и количеству больных, поступивших в течение отчетного периода. Для характеристики деятельности больницы служили следующие показатели: работа койки, оборот койки, средняя продолжительность пребывания больного в стационаре, летальность.

Особого внимания заслуживают материалы, характеризующие деятельность по медицинскому обслуживанию населения, где указывается, что объединяются данные всех ведомств. Сборник был издан ЦУНХУ Госплана СССР, что свидетельствует о том, что управление медицинской деятельностью в стране осуществлялось на основе полной информации (в архивах хранились и использовались для оперативного и стратегического управления более подробные сведения).

В последующие годы сокращался круг ведомств, подававших информацию в общие документы, появились данные, исключавшие, например, военнослужащих.

О широкой дифференциации данных свидетельствуют статистические показатели, рассчитанные для разных типов поселений.

В СССР велась статистика санаторно-курортного дела. С 1926 г. учет курортных ресурсов осуществлял Центральный институт курортологии и с 1936 г. Центральный научный курортный совет при Главном курортном управлении. С 1939 г. органами Центрального статистического управления СССР проводился единовременный учет санаториев и домов отдыха.

В 1960-х гг. Органы Центрального совета по управлению курортами профсоюзов, Министерства здравоохранения СССР, Центрального совета по туризму и экскурсиям ВЦСПС собирали отчеты, ежегодно предоставляемые санаториями и домами отдыха, обрабатывали их и сводные данные представляли в областные управления статистики и органы статистики союзных

республик <6, 7>. Сбор и разработка данных по санаториям и учреждениям отдыха других ведомств проводились органами государственной статистики. На основании отчетов всех ведомств осуществлялся свод данных, включавших общее число санаторно-курортных учреждений, отдельно санаториев, пансионатов, санаториев-профилакториев, и количество в них коек (мест), а также прошедших курс лечения в курортных поликлиниках по курсовкам. Санатории и учреждения отдыха с одно-двухдневным пребыванием не входили в общее число. Особо выделялись санатории и пансионаты с лечением детей, а также родителей с детьми. Указывалось число мест для семейного отдыха в домах, пансионатах и базах отдыха (туристических базах). Учитывалось и количество туристических гостиниц, баз и др. с числом мест <8, 9, 10>.

<6> Гурьев В.И. Основы социальной статистики: методы, система показателей, анализ. М.: Финансы и статистика, 1991. 176 с.

<7> История советской государственной статистики. Изд-е 2-е, перераб. и доп. М.: Статистика, 1969. 528 с. Раздел "Статистика здравоохранения и социального обеспечения". С. 381-390.

<8> Женщины и дети в СССР. Статистический сборник. ЦСУ СССР. М.: Финансы и статистика, 1985. 159 с.

<9> Народное хозяйство СССР в 1980 г. Статистический ежегодник. ЦСУ СССР. М.: Финансы и статистика, 1981. 583 с.

<10> Народное хозяйство СССР в 1990 г. Статистический ежегодник. Госкомстат СССР. М.: Финансы и статистика, 1991. 752 с.

1.4. Санитарно-эпидемиологическая статистика

Еще в XIX веке для выяснения особенностей местной патологии губернские санитарные бюро развернули уездные и губернские статистические исследования. Однако их уровень был различным: от простой регистрации случаев (причем далеко не всегда по карточной системе) до составления аналитических обзоров. Отдельные губернские санитарные бюро превратились в научные школы земских санитарных статистиков. В 1908-1910 годы в такой московской школе П.И.Куркин обосновал метод выборочного исследования и избранный круг населения. В число основных функций земских санитарных врачей включалась не только разработка санитарно-статистических материалов по демографии, заболеваемости, физическому развитию населения и врачебной помощи, но и данных многочисленных санитарных обследований отдельных территорий, предприятий и групп населения.

Статистические показатели до 1992 г. по блоку "Факторы образа жизни, окружающей и производственной среды" содержали несколько меньше показателей, чем в последующие годы. Основной блок показателей, который использовался ранее, - это данные об инфекционных заболеваниях, о количестве проб выше ПДК по тем или иным компонентам окружающей или производственной среды, характеристика деятельности санэпидслужбы и некоторые другие.

До 1992 г. информация о качестве атмосферного воздуха, публикуемая Росгидрометом, была, в основном, с грифом ДСП и издавалась крайне малым тиражом. В публикуемых открытых материалах, так же как и в изданиях Минздрава, использовались преимущественно косвенные показатели.

Данные о выбросах токсичных веществ, входящие в статистические показатели ЦСУ, содержали достаточно интересную информацию по регионам, но они были доступны только после специального разрешения в Информационном центре ЦСУ. В статистических ежегодниках публиковались только агрегированные показатели - твердые и газообразные/жидкие выбросы, что не позволяет оценить их токсичность и динамику выбросов таких наиболее токсичных веществ, как свинец, кадмий, ртуть, бенз(а)пирен и др.

В данных, собираемых санитарной службой, о качестве поверхностных вод и питьевой воды отдельной строкой не выделялись наиболее токсичные вещества - свинец, ртуть, нефтепродукты, фенол, никель, тригалометаны и др. Не было данных о результатах измерений канцерогенного газа радон в воздухе жилых помещений. Отсутствовали данные о результатах анализов алкогольной продукции, было меньше данных о содержании токсичных веществ в продуктах питания.

Публикация статистических показателей Минздрава РФ о факторах окружающей и производственной среды продолжала традиции советского периода - минимальное количество показателей, выраженных не в натуральных единицах, а в количестве проб (образцов), превышающих нормативные показатели. К сожалению, эта традиция просматривается и в настоящее время. Публикация таких косвенных показателей делает невозможным сопоставление уровня загрязнения атмосферного воздуха, воды, в т.ч. питьевой, почвы с зарубежными данными.

Единственными показателями, по которым можно было оценить эффективность работы санэпидслужбы с позиций качества здоровья населения, но не качества окружающей или

производственной среды, - это уровень инфекционной заболеваемости и количество пищевых отравлений. Вместе с тем, эффективность работы любого сектора здравоохранения, в том числе и профилактического, должна оцениваться по показателям здоровья населения. Наглядным примером этого служит снижение младенческой смертности в результате внедрения новых технологий в перинатологии и укрепления материальной базы службы родовспоможения.

ГЛАВА 2. СБОР ИНФОРМАЦИИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ (ЛПУ)

Для всех учреждений здравоохранения существуют единые формы статистической отчетности, утверждаемые Федеральной службой государственной статистики (Росстат), а также единые формы учета и инструкции по их заполнению.

Это позволяет выполнять одно из важнейших требований к медицинской статистике - обобщать в государственном масштабе статистический материал по здравоохранению и сравнивать результаты по субъектам Российской Федерации, городам и районам. С другой стороны остается нерешенным вопрос о целесообразности передачи информации в полном объеме от низового до федерального уровня.

Отдельные медицинские учреждения имеют специфику в сборе информации и представлении отчетности с учетом профиля.

По лечебно-профилактическим учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности Росстатом осуществляется сбор сведений по форме N 1-здрав "Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи населению". Форма содержит восемь разделов: юридические лица, оказывающие услуги по медицинской помощи населению, структурные подразделения (отделения, кабинеты), деятельность амбулаторно-поликлинических (стационарно-поликлинических) организаций, деятельность коечного фонда, медицинские кадры, хирургическая работа медицинской организации, сведения о прерывании беременности, сведения о числе зарегистрированных заболеваний.

Формирование форм федерального статистического наблюдения в медицинских организациях (учреждениях) системы Минздравсоцразвития России осуществляется в соответствии с составом данных, приведенных в следующей таблице.

ФОРМИРОВАНИЕ ФОРМ ФЕДЕРАЛЬНОГО И ВЕДОМСТВЕННОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СИСТЕМЫ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ

№ п/п	Тип учреждения	№ формы	Название формы
Специализированные службы			
1.	Психоневрологический диспансер	10	Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)
		11	Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами
		12 (часть)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14	Сведения о деятельности стационара
		14дс	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		19	Сведения о детях-инвалидах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		36 (свод)	Сведения о контингентах психических больных

		36-ПЛ	Сведения о контингентах больных с психическими расстройствами, находящихся под активным диспансерным наблюдением и на принудительном лечении
		37 (свод)	Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями
2.	Противотуберкулезный диспансер	8 (свод)	Сведения о заболеваниях активным туберкулезом
		12 (часть)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14 (если есть стационар)	Сведения о деятельности стационара
		14дс (если есть Д.С.)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		19	Сведения о детях-инвалидах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		33 (свод)	Сведения о больных туберкулезом
3.	Онкологический диспансер	7	Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями
		12 (часть)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14 (если есть стационар)	Сведения о деятельности стационара
		14дс (если есть Д.С.)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		35	Сведения о больных злокачественными новообразованиями
4.	Кожно-венерологический диспансер	9 (свод)	Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой
		12 (часть)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14 (если есть стационар)	Сведения о деятельности стационара
		14дс (если есть Д.С.)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		34 (свод по КВД)	Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой

5.	Станция переливания крови	39	Отчет станции (отделения) переливания крови, больницы, ведущей заготовку крови
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
6.	Центр по борьбе с инфекционными заболеваниями и СПИДом	61	Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		12 (часть)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14 (если есть стационар)	Сведения о деятельности стационара
		14дс (если есть Д.С.)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
7.	Кардиологический диспансер	12 (часть)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14	Сведения о деятельности стационара
		14дс	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
8.	Наркологический диспансер	11	Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами
		12 (часть)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14	Сведения о деятельности стационара
		14дс	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
9.	Врачебно-физкультурный диспансер	14	Сведения о деятельности стационара
		14дс	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		12 (часть)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		53	Отчет о медицинском наблюдении за лицами, занимающимися физической культурой и спортом
10.	Перинатальный	14	Сведения о деятельности стационара

	центр	16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		32	Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам
		33	Сведения о больных туберкулезом
11.	Центры планирования семьи и репродукции или женские консультации	13	Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		32	Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам
12.	Центр профилактики	70	Сведения о деятельности центра медицинской профилактики
		12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30 (часть)	Сведения об учреждении здравоохранения
13.	Эндокринологический диспансер	63	Сведения о заболеваниях, связанных с микронутриентной недостаточностью
		12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
14.	Трахоматозный диспансер	12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14	Сведения о деятельности стационара
		14дс	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		19	Сведения о детях-инвалидах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
Учреждения общей лечебной сети			
15.	Участковые больницы, Центральные районные больницы, Городские больницы	12 (если есть поликлиника)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		13	Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)
		14 (если есть стационар)	Сведения о деятельности стационара
		14дс (если есть Д.С.)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах

		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		40 (если есть скорая мед. помощь)	Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи
		32 (если есть роддом /отделение)	Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам
16.	Самостоятельные поликлиники для взрослых	12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		13	Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)
		14дс (если есть стационар)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		32 (если есть женская консультация)	Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам
17.	Самостоятельные поликлиники для детей	12 (часть)	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14дс (если есть Д.С.)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		19	Сведения о детях-инвалидах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		31	Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам
		41	Сведения о доме ребенка
		54	Отчет врача детского дома, школы-интерната о лечебно-профилактической помощи воспитанникам
1-ДЕТИ (здрав)	Сведения о численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, помещенных в лечебно-профилактические учреждения		
18.	Самостоятельные женские консультации	12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		13	Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)
		14 (если есть стационар)	Сведения о деятельности стационара
		14дс (если есть Д.С.)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения

		32	Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам
		34	Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой
19.	Родильные дома	14 (если есть стационар)	Сведения о деятельности стационара
		14дс (если есть Д.С.)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		32	Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам
20.	Медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ) (отдел, бюро медицинской статистики) - проверяет и формирует сводные отчеты по субъекту Российской Федерации, кроме формы 38. Сам МИАЦ сдает 17, 62	12	Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения
		14 (если есть стационар)	Сведения о деятельности стационара
		14дс (если есть Д.С.)	Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения
		16-ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности
		15	Сведения о медицинском обслуживании населения, подвергшегося воздействию радиации в связи с аварией на Чернобыльской АЭС и подлежащего включению в Российский государственный медико-дозиметрический регистр
		16	Сведения о числе заболеваний и причинах смерти лиц, подлежащих включению в Российский государственный медико-дозиметрический регистр в связи с аварией на Чернобыльской АЭС
		17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах
		19	Сведения о детях-инвалидах
		47	Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения
		30	Сведения об учреждении здравоохранения
		40	Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи
		41	Сведения о доме ребенка
		54	Отчет врача детского дома, школы-интерната о лечебно-профилактической помощи воспитанникам
		55	Сведения о деятельности учреждения здравоохранения (медицинского формирования), принимавшего участие в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций
		56	Сведения о сети и кадрах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ Российской Федерации
		57	Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин

	7-травматизм	Сведения о травматизме на производстве и профессиональных заболеваниях
	1-ДЕТИ (здрав)	Сведения о численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, помещенных в лечебно-профилактические учреждения
	62	Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению

Новое законодательство по разграничению полномочий между различными уровнями власти <11> внесло существенные изменения в разделение компетенции в области здравоохранения. Оно требует проведения масштабных структурных преобразований в сети учреждений здравоохранения и в финансовом обеспечении различных видов медицинской помощи по следующим направлениям:

1. В ряде регионов имелись как государственные, так и муниципальные: кожно-венерологические, туберкулезные, наркологические диспансеры и другие специализированные ЛПУ. Финансовое обеспечение их деятельности отнесено теперь к компетенции субъектов РФ. Для того, чтобы эти учреждения можно было финансировать из бюджета субъекта РФ, муниципальные диспансеры и специализированные ЛПУ должны были быть переданы в собственность субъектов РФ.

2. В ряде субъектов РФ существовали станции скорой помощи, находящиеся в государственной собственности. Новое законодательство возлагает на муниципальные образования ответственность за организацию оказания скорой медицинской помощи (за исключением санитарно-авиационной). Это означает необходимость передачи государственных организаций скорой помощи с регионального уровня на местный уровень.

3. Оказание первичной медико-санитарной помощи отнесено к компетенции органов местного самоуправления. Соответственно ЛПУ для обеспечения первичной медико-санитарной помощи, находившиеся в государственной собственности субъектов РФ, должны были быть переданы в муниципальную собственность.

4. В новом законодательстве нет однозначного указания на то, в чьей собственности должно оставаться имущество многопрофильных муниципальных учреждений, оказывающих специализированную медицинскую помощь (городские, районные, участковые больницы, диагностические центры, поликлиники и др.). Однако из норм, устанавливающих разделение компетенции, вытекает, что такое имущество должно быть передано в собственность субъектов РФ. Имущество существующих муниципальных амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, используемое для оказания ПМСП, должно остаться в муниципальной собственности.

<11> Федеральный закон от 6 октября 1999 года N 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации"; Федеральный закон от 4 июля 2003 г. N 95-ФЗ "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации"; Федеральный закон N 131-ФЗ от 6 октября 2003 г. "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации"; Федеральный закон от 22 августа 2004 года N 122-ФЗ "О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов "О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации" и "Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации".

На примере Владимирской области показаны пути формирования форм отчетности в различных медицинских учреждениях. Хотя, такое распределение медицинских учреждений не является устоявшимся и может иметь свои особенности в разных регионах.

Статистический учет и отчетность в значительной степени необходимы для работников медицинских учреждений и их руководителей в первую очередь. Годовой медицинский статистический отчет представляет сводку данных об объемах и характере работы учреждения.

Анализ этих данных помогает вскрывать причины отрицательных показателей работы учреждения в целом или его отдельных структурных подразделений.

Годовые отчетные данные освещают существующее положение дела текущего времени, а анализ материалов за более длительный период позволяет определить динамику отраженных в отчете явлений, указывает направление, в котором развивается та или иная сторона деятельности лечебно-профилактического учреждения.

Медицинская отчетность представляет собой государственную общеобязательную программу обобщения сведений, накопленных в процессе ведения медицинского учета.

УРОВНИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО РАСПРЕДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Орган управления здравоохранением	Подведомственные учреждения	Источники государственного (муниципального) финансирования
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ		
Министерство здравоохранения и социального развития	- федеральные специализированные медицинские центры и НИИ	- федеральный бюджет; - ФОМС
Российская Академия медицинских наук	- институты (клиническая база)	- федеральный бюджет
РЕГИОНАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ		
Министерство (департамент, управление) здравоохранения субъекта Российской Федерации	- специализированные медицинские учреждения (диспансеры и т.п.); - региональные медицинские учреждения; - специализированная (санитарно-авиационная) скорая помощь	- региональный бюджет; - ТФОМС; - субвенции из федерального бюджета (в дотационных регионах)
МУНИЦИПАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ (МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН)		
Отдел в администрации муниципального района	- первичная медико-санитарная помощь в амбулаторно-поликлинических и больничных учреждениях; - медицинская помощь женщинам в период беременности и родов, дородовом и послеродовом периоде; - скорая помощь	- муниципальный бюджет; - ТФОМС; - субвенции из регионального бюджета (в дотационных муниципалитетах); - целевые средства Фонда социального страхования (родовые сертификаты)

СХЕМА СБОРА И ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ (НА ПРИМЕРЕ ВЛАДИМИРСКОЙ ОБЛАСТИ)

Тип учреждения, используемые формы	Уровень подчинения	Вышестоящий орган, используемые формы	Органы исполнительной власти
Амбулатория 12, 14-ДС, 16-ВН, 15, 16, 17, 19, 30, 31, 32, 57, 63, 7-Т, 62	муниципальный	ЦРБ ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т рассчитывают показатели на приписное население в МИАЦ	Районный муниципалитет получает показатели заболеваемости, посещаемости, оснащенности койками ... из ЦРБ

Амбулатория 12, 14-ДС, 16-ВН, 15, 16, 17, 19, 30, 31, 32, 57, 63, 7-Т, 62	муниципальный	Горздравотдел ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т рассчитывают показатели на приписное население передает в МИАЦ	Городской муниципалитет получает показатели заболеваемости, посещаемости, оснащенности койками ... из горздравотдела
Городская больница ф. 1-Дети (здрав), 12, 13, 14, 14-ДС, 16-ВН, 15, 16, 17, 19, 30, 31, 32, 57, 63, 7-Т, 62	муниципальный	Горздравотдел ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	Районный муниципалитет Городской муниципалитет
Городская больница ф. 1-Дети (здрав), 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 57, 63, 7-Т, 62	муниципальный	ЦРБ ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	Районный муниципалитет Городской муниципалитет
Городская больница ф. 1-Дети (здрав), 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 57, 63, 7-Т, 62	муниципальный	Райздравотдел ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	Районный муниципалитет Городской муниципалитет
Городская больница скорой медицинской помощи ф. 12, 13, 14, 15, 16, 16-ВН, 17, 30, 57, 63, 7-Т, 62	муниципальный	Горздравотдел ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	Городской муниципалитет
Городская поликлиника ф. 12, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 30, 57, 62, 63, 7-Т	муниципальный	ЦРБ ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	Городской муниципалитет
Городская поликлиника ф. 12, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 30, 57, 62, 63, 7-Т	муниципальный	Горздравотдел ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	Городской муниципалитет

Госпиталь для ветеранов войны ф. 14, 16-ВН, 17, 30, 7-Т, 62	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Детская городская больница ф. 1-Дети (здрав), 12, 14, 14-ДС, 19, 30, 31, 57, 7-Т, 62	муниципальный	ЦРБ ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	Городской муниципалитет
Детская городская больница ф. 1-Дети (здрав), 12, 14, 14-ДС, 19, 30, 31, 57, 7-Т, 62	муниципальный	Горздравотдел ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	Городской муниципалитет
Детская областная (краевая, республиканская, окружная) ф. 12, 14, 16-ВН, 17, 30, 55, 56, 57, 7-Т, 62	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Детская стоматологическая поликлиника ф. 12, 17, 30, 7-Т, 62	муниципальный	Горздравотдел ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	Городской муниципалитет
Детский санаторий ф. 17, 44, 7-Т, 62	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Кожно-венерологический диспансер ф. 9, 12, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 7-Т, 62	региональный с 2006 года	Департамент здравоохранения	Администрация области
Лечебной физкультуры и спортивной медицины ф. 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 53, 7-Т, 70, 62	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Медико-санитарная часть ф. 12, 13, 14-ДС, 19, 30, 31, 32, 57, 7-Т, 62	муниципальный	ЦРБ	Районный муниципалитет
Медицинской профилактики ф. 30	муниципальный	Горздравотдел	Районный муниципалитет

Медицинской статистики МИАЦ ф. 17	региональный	Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 47, 53, 54 (образование), 54 (соцобеспечение), 55, 56, 57, 61, 62, 63, 69, 7-Т, 70	Администрация области
МСЧ при МЗСР РФ ф. 12, 30 (без штатов), 14, 14-ДС, 62	федеральный	Федеральное агентство	
На железнодорожном транспорте (центральная, дорожная, отделенческая, узловая, линейная) ф. 12, 30 (без штатов), 14, 14-ДС, 62	ведомственный	Врачебно-санитарная служба МЖД	
Наркологический диспансер ф. 11, 12, 14, 16-ВН, 17, 30, 37, 62	региональный с 2006 года	Департамент здравоохранения	Администрация области
Областная (краевая, республиканская, окружная) ф. 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 30, 32, 57, 62, 63, 7-Т	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Онкологический диспансер ф. 7, 14, 16-ВН, 17, 30, 35, 55, 56, 62, 7-Т	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Ортопедо-неврологический реабилит. центр ф. 14, 16-ВН, 17, 30, 62, 7-Т	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Противотуберкулезный диспансер ф. 8, 12, 13, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 33, 62, 7-Т	региональный с 2006 года	Департамент здравоохранения	Администрация области
Психиатрическая больница ф. 10, 12, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 19, 30, 36, 38, 55, 56, 57, 62, 7-Т	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области

Психоневрологическая больница ф. 10, 12, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 19, 30, 36, 38, 55, 56, 57, 62, 7-Т	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Районная больница ф. 12, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 31, 32, 40, 54, 57, 62, 63, 7-Т	муниципальный	Райздравотдел	Районный муниципалитет
Районная больница ф. 12, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 31, 32, 40, 54, 57, 62, 63, 7-Т	муниципальный	ЦРБ	Районный муниципалитет
Районная больница ф. 12, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 31, 32, 40, 54, 57, 62, 63, 7-Т	муниципальный	Горздравотдел	Районный муниципалитет
Родильный дом ф. 12, 13, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 32, 62, 7-Т	муниципальный	Горздравотдел	Городской муниципалитет
Станция скорой медицинской помощи ф. 17, 40, 55, 56, 62, 7-Т	муниципальный	Горздравотдел	Городской муниципалитет
Станция переливания крови ф. 17, 39, 7-Т	муниципальный	Горздравотдел	Городской муниципалитет
Станция переливания крови ф. 17, 39, 7-Т	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Станция скорой медицинской помощи ф. 17, 40, 55, 56, 62, 7-Т	муниципальный	ЦРБ	Городской муниципалитет
Станция скорой медицинской помощи ф. 17, 40, 55, 56, 62, 7-Т	муниципальный	Горздравотдел	Городской муниципалитет
Стоматологическая поликлиника ф. 12, 16-ВН, 17, 30, 57, 62, 7-Т	муниципальный	Горздравотдел	Городской муниципалитет
Стоматологическая поликлиника ф. 12, 16-ВН, 17, 30, 57, 62, 7-Т	муниципальный	ЦРБ	Городской муниципалитет
Стоматологическая поликлиника ф. 12, 16-ВН, 17, 30, 57, 62, 7-Т	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
<...> судебно- медицинской экспертизы ф. 17, 42, 7-Т, 56, 62	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области

Туберкулезная больница ф. 14, 16-ВН, 17, 30, 62, 7-Т	региональный	Департамент здравоохранения	Администрация области
Участковая больница ф. 12, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 31, 40, 57, 62, 7-Т, 63	муниципальный	Горздравотдел	Городской муниципалитет
Участковая больница ф. 12, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 31, 40, 57, 62, 7-Т, 63	муниципальный	ЦРБ	Районный муниципалитет
Участковая больница ф. 12, 14, 14-ДС, 16-ВН, 17, 30, 31, 40, 57, 62, 7-Т, 63	муниципальный	Райздравотдел	Районный муниципалитет
Центр лечебной физкультуры ф. 17, 30, 53, 62, 7-Т	муниципальный	ЦРБ	Городской муниципалитет
Центр лечебной физкультуры и спортивной медицины ф. 17, 30, 53, 62, 7-Т	муниципальный	Горздравотдел	Городской муниципалитет
Центральная (городская, окружная, районная) ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	муниципальный	Горздравотдел	Городской муниципалитет
Центральная (городская, окружная, районная) ф. 1-Дети (здрав), 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 53, 55, 56, 57, 62, 63, 7-Т	муниципальный	Райздравотдел	Городской муниципалитет

**НАИМЕНОВАНИЕ ФОРМ ФЕДЕРАЛЬНОГО И ВЕДОМСТВЕННОГО
СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ, УКАЗАННЫХ В ПРЕДЫДУЩЕЙ ТАБЛИЦЕ**

N формы	Наименование форм
---------	-------------------

N 1-Дети (здрав)	"Сведения о численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, помещенных в лечебно-профилактические учреждения"
N 7	"Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями"
N 7-Травматизм	"Сведения о травматизме на производстве и профессиональных заболеваниях"
N 8	"Сведения о заболеваниях активным туберкулезом"
N 9	"Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой"
N 10	"Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний, связанных с употреблением психоактивных веществ)"
N 11	"Сведения о заболеваниях наркологическими расстройствами"
N 12	"Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения"
N 13	"Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)"
N 14	"Сведения о деятельности стационара"
N 14-ДС	"Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения"
N 15	"Сведения о медицинском обслуживании населения, подвергшегося воздействию радиации в связи с аварией на Чернобыльской АЭС и подлежащего включению в Российский государственный медико-дозиметрический регистр"
N 16	"Сведения о числе заболеваний и причинах смерти лиц, подлежащих включению в Российский государственный медико-дозиметрический регистр в связи с аварией на Чернобыльской АЭС"
N 16-ВН	"Сведения о причинах временной нетрудоспособности"
N 17	"Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах"
N 19	"Сведения о детях-инвалидах"
N 30	"Сведения об учреждении здравоохранения"
N 31	"Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам"
N 32	"Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам"
N 33	"Сведения о больных туберкулезом"
N 34	"Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой"
N 35	"Сведения о больных злокачественными новообразованиями"
N 36	"Сведения о контингентах психически больных"
N 37	"Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями"
N 39	"Отчет станции, отделения переливания крови, больницы, ведущей заготовку крови"
N 40	"Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи"
N 41	"Сведения о доме ребенка"
N 42	"Отчет врача судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы"
N 44	"Отчет детского санатория"
N 45	"Отчет туберкулезного санатория для взрослых"
N 47	"Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения"
N 53	"Отчет о медицинском наблюдении за лицами, занимающимися физической культурой и спортом"
N 54	"Отчет врача детского дома, школы-интерната о лечебно-профилактической помощи воспитанникам"
N 55	"Сведения о деятельности учреждения здравоохранения (медицинского формирования), принимавшего участие в ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций"
N 56	"Сведения о сети и кадрах службы медицины катастроф Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации"

N 57	"Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин"
N 61	"Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией"
N 62	"Сведения об оказании и финансировании медицинской помощи населению"
N 63	"Сведения о заболеваниях, связанных с микронутриентной недостаточностью"
N 70	"Сведения о деятельности центров медицинской профилактики"

ГЛАВА 3. СИСТЕМА СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (НА ОСНОВЕ ФОРМ ФЕДЕРАЛЬНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ)

Статистическая информация, включаемая в действующие отчетные формы, позволяет сгруппировать данные, характеризующие здоровье населения, деятельность учреждений здравоохранения и состояние окружающей среды, в следующие основные блоки, которые целесообразно использовать при подготовке статистических сборников по здравоохранению:

СЕТЬ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ

Подразделения и диагностические установки

Отделения (кабинеты)

Передвижные амбулатории и диагностические установки

Прочие подразделения

Стационары, пансионаты, санатории-профилактории

Стоматологические кабинеты

ТИПЫ И УРОВЕНЬ ПОДЧИНЕННОСТИ БОЛЬНИЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

МОЩНОСТЬ СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,

ВКЛЮЧАЯ

мощность больничных учреждений

число развернутых коек и обеспеченность населения койками

амбулаторно-поликлинические учреждения

стационарно-амбулаторные учреждения здравоохранения

самостоятельные поликлиники

прочие учреждения здравоохранения

ШТАТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ

учреждения здравоохранения (на конец года)

учреждения, функционирующие в системе ОМС (на конец года)

отделения (кабинеты) платных услуг

больничные учреждения

амбулаторно-поликлинические учреждения

прочие учреждения здравоохранения

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ВКЛЮЧАЯ

деятельность больничных учреждений

коечный фонд и его использование

переливание крови и кровезаменяющих жидкостей

экстренная хирургическая помощь больным, выбывшим из стационара в течение года

работа коек

деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений

деятельность поликлиник (амбулаторий), диспансеров, консультаций

работа врачей поликлиник (амбулаторий), диспансеров, консультаций

число посещений к среднему медперсоналу

работа врачей амбулаторно-поликлинических учреждений в системе ОМС

работа стоматологических (зубоврачебных) кабинетов

профилактическая работа

вакцинация населения

деятельность стационарно-амбулаторных учреждений

хирургическая работа амбулаторно-поликлинического учреждения

деятельность прочих учреждений (отделений)

скорая медицинская помощь

штаты учреждения

медицинская помощь при выездах

деятельность вспомогательных отделений (кабинетов) в учреждениях здравоохранения

Оснащенность диагностических отделений (кабинетов) медицинской техникой

работа лечебно-вспомогательных отделений (кабинетов)
Работа диагностических отделений
Оснащенность рентгенологических отделений (кабинетов) рентгеновскими аппаратами и
оборудованием
Деятельность лабораторий
Оснащенность лабораторий оборудованием
Деятельность кабинетов функциональной диагностики
Состояние инфраструктуры учреждений здравоохранения
Оснащенность электронно-вычислительной техникой
КОНТИНГЕНТЫ ЛИЦ, СОСТОЯЩИХ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ
Участники ВОВ
Контингенты инвалидов
Медицинская помощь членам семей военнослужащих, пострадавших во время исполнения
воинского долга
Контингенты больных злокачественными новообразованиями
Контингенты больных активным туберкулезом
Контингенты больных заболеваниями, передаваемыми половым путем, грибковыми,
кожными заболеваниями и чесоткой
Контингенты больных психическими расстройствами и расстройствами поведения
Контингенты больных психическими расстройствами и расстройствами поведения,
связанными с употреблением психоактивных веществ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ
Первичная заболеваемость всего населения
Первичная заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет в РФ
Первичная заболеваемость детей в возрасте от 15 до 17 лет (подростков) в РФ
Первичная заболеваемость взрослого населения
Профессиональные заболевания
Показатели заболеваемости населения с временной нетрудоспособностью (ВУТ)
ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРОВ
Состав больных в стационаре, сроки и исходы лечения
Средняя длительность лечения в стационаре
Летальность в стационаре
ХИРУРГИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧРЕЖДЕНИЯ
ДНЕВНЫЕ СТАЦИОНАРЫ
Использование коечного фонда
Состав больных в дневном стационаре, сроки и исходы лечения
ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА
Аборты
Число женщин, умерших после прерывания беременности, человек
Использование контрацепции
Контингенты беременных
Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц
Родовспоможение
Родовспоможение на дому
ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ
показатели здоровья новорожденных
сведения о домах ребенка
показатели здоровья детей, находящихся в домах ребенка
число детей и подростков-школьников, умерших в отчетном году, человек
возрастная структура беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних по причинам
МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ-ШКОЛЬНИКАМ
ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ И РОДИЛЬНИЦ, НОВОРОЖДЕННЫХ
И КАЧЕСТВА ОКАЗАННОЙ ИМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ, ПРОВЕДЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ
ПОКАЗАТЕЛИ ЗАНЯТОСТИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
ЦЕНТРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ
ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
ПОКАЗАТЕЛИ ПО ДАННЫМ ОБ ОПЛАТЕ ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
ФИНАНСИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
НЕГОСУДАРСТВЕННЫЕ РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ДАННЫМ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ
ЧИСЛО ИНВАЛИДОВ, СОСТОЯЩИХ НА УЧЕТЕ В ПЕНСИОННОМ ФОНДЕ

СОЦИАЛЬНО-БЫТОВОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ПРЕСТАРЕЛЫХ И ИНВАЛИДОВ ФАКТОРЫ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

3.1. Общие положения анализа статистических данных о заболеваемости населения

Для получения полноценной статистики о заболеваемости населения необходимо однозначное понимание термина "заболеваемость" и единая трактовка других понятий, характеризующих это явление, соблюдение единых подходов к сбору, обработке и анализу информации.

Одним из важных показателей здоровья населения является заболеваемость. Заболеваемость можно определить как объективное массовое явление возникновения и распространения патологии среди населения. Отражением интенсивности и динамики заболеваемости являются статистические показатели, характеризующие частоту возникновения и распространенность болезней среди населения.

При изучении заболеваемости в нашей стране используются разные источники информации, в т.ч. материалы официальной статистики. В системе здравоохранения страны с 1950-х годов повсеместно действует обязательная регистрация и учет всех установленных врачом диагнозов у обратившегося в лечебно-профилактические учреждения населения. На основе полученной по статистическим талонам информации формируются сводные данные в отчетные формы, в том числе и по заболеваемости. Кроме того, источником информации при изучении заболеваемости являются материалы специальных выборочных исследований, в т.ч. на основе выкопировки данных из первичной учетной медицинской документации, данных медицинских осмотров выборочных контингентов населения, специальных опросов. Каждый источник информации отражает разные стороны явления заболеваемости, имеет свои положительные и отрицательные стороны.

В 1990-х годах после введения системы обязательного медицинского страхования появился новый источник информации о деятельности лечебно-профилактических учреждений. Создана система поименного учета и мониторинга регистра застрахованных на большинстве территорий.

Необходимость ведения статистического учета заболеваний, врачебных посещений и медицинских услуг, предоставляемых населению в ЛПУ для оплаты по ОМС и, таким образом, связанных с экономическими характеристиками, привели к созданию и введению в эксплуатацию специальных программных средств автоматизированного сбора, хранения и обработки соответствующей медицинской информации. В связи с этим страховые компании располагают как конкретной персонифицированной информацией о застрахованных контингентах населения, так и характеристиками контактов населения с ЛПУ (по перечню подлежащих оплате по ОМС различных видов патологии и услуг). В настоящее время более разработанными являются показатели, характеризующие деятельность организаций, обеспечивающих население медицинской помощью по программам ОМС, доходы и расходы, связанные с медицинским обслуживанием, а менее разработанными - показатели, характеризующие потребность граждан в медицинской помощи, доступность медицинской помощи и ее связь с уровнем здоровья населения (В.В. Петухова, Н.А. Кравченко, А.М. Таранов, 2000).

Вместе с тем, очевидно, что специфичное формирование содержательной части информационной базы страховщика потребует адаптации классических методик изучения заболеваемости населения.

Обширная база данных о составе зарегистрированных больных должна быть доступна для руководителей лечебно-профилактических учреждений для принятия оперативных решений; сотрудникам оргметодотделов, главным специалистам, сотрудникам страховых медицинских организаций и др. для более глубокой проработки, чем это требуют отчеты.

Важен и обмен информацией между различными ведомствами. В настоящее время федеральные службы и организации РФ располагают множеством разрозненных баз данных, содержащих важную информацию о физических и юридических лицах, что приводит к невозможности исчерпывающего анализа имеющейся информации, дублированию затрат на поддержание актуальности данных.

Изучение заболеваемости населения имеет две основные цели:

- исследование фундаментальных закономерностей формирования распространенности патологии;

- оценка уровней распространенности патологии и состава заболеваний как для оценки тенденций, так и для определения потребностей населения в разных видах медицинской помощи или спроса на медицинские услуги, что особенно актуально в современных условиях.

В некоторых случаях учет заболеваний используется для экспертизы страховых случаев или других экономических расчетов.

Методика изучения общей заболеваемости населения по данным его обращаемости была создана земскими санитарными врачами Е.А.Осиповым, П.И.Куркиным, С.М.Богословским и др.

Собираемая в масштабах страны информация о составе зарегистрированных заболеваний у лиц, обратившихся за медицинской помощью, не столько должна использоваться для оценки распространенности патологии, а быть основой аналитической работы по оценке качества и адекватности современным представлениям о медицинской помощи обратившимся больным и совершенствованию ее в соответствии с мировыми достижениями в диагностике, лечении и экономическими возможностями страны.

Важно получение полноценных сведений о составе и характере заболеваний, зарегистрированных у лиц, обратившихся в медицинские учреждения, т.е. фактически данные зарегистрированной заболеваемости являются оценкой спроса на медицинские услуги, а деятельность медицинских учреждений, объем медицинской помощи - количественными (а в ряде случаев и качественными) характеристиками удовлетворения спроса населения на медицинскую помощь.

С течением времени происходит развитие и дополнение понятий и определений в изучении заболеваемости. Совершенствование информационных систем выдвигает необходимость новых подходов к показателям, используемым в учреждении здравоохранения. Они должны быть простыми, конкретными, универсальными и отражать изменения, происходящие в области медицины и здравоохранения. Широкое использование комплексных измерителей здоровья населения и других статистических показателей, естественно, должно повлиять на набор, объем и характер признаков, подлежащих регистрации в медицинской документации, которая перманентно должна совершенствоваться.

3.2. Методические вопросы изучения заболеваемости населения.

Анализ данных о заболеваемости населения

Для характеристики явления заболеваемости необходимо рассчитывать статистические показатели: отражающие обращаемость и частоту зарегистрированной патологии в зависимости от возраста и пола; а также показатели:

- количественная оценка долей лиц из зарегистрированного населения, обратившихся и не обратившихся в лечебно-профилактические учреждения в течение года;
- интенсивность возникновения новых случаев патологических состояний (заболеваний) за определенный период времени (в большинстве случаев в течение года);
- распространенность различных видов патологии среди населения или его различных групп в течение определенного периода времени или на конкретный момент времени;
- длительность течения различных патологических состояний;
- частота обострений хронических заболеваний;
- исходы заболеваний;
- кратность заболеваний;
- сочетания различных заболеваний;
- оценка доли заболеваний (структура), зарегистрированных у обратившихся в разные учреждения по поводу различных заболеваний;
- сезонность заболеваний;
- определение доли лиц, не имеющих патологических отклонений, в т.ч. не выявленных при обращении.

Статистические методы, применяемые в медицине и здравоохранении, основаны на общих принципах и методах, разработанных общей теорией статистики и математического анализа.

Наибольшие ошибки допускаются при анализе показателей, вычисленных как экстенсивные (распределения), а придают им значение и делают выводы как об интенсивных показателях.

Экстенсивные показатели - это показатели удельного веса, означающие распределение целого на составные части. Обычно они выражаются в процентах, реже - в промилле. Экстенсивными показателями следует пользоваться для характеристики состава явлений в данном месте в данное время. Для динамических сравнений эти показатели непригодны. На основе этих показателей обычно рассматриваются всевозможные структуры больных в зависимости от заболеваний, возраста, методов лечения и т.д.

Для сравнения, например, показатель структуры заболеваемости позволяет судить лишь об изменении порядкового места в структуре той или иной патологии, но не дает возможности говорить о частоте распространения данного явления. Но не только структура заболеваемости или доля определенного заболевания в общем числе вновь выявленных заболеваний рассматриваются на определенный момент или за определенный период. Любые структурные характеристики заболеваемости важны для оценки ее состава в тот или иной период времени. Известно, что на протяжении десятилетий статистическая картина заболеваемости изменилась, в составе заболеваемости снизилась доля инфекционной заболеваемости и возросли

патологические состояния, имеются особенности состава регистрируемой патологии на различных территориях, в т.ч., связанные с медицинским обеспечением, уровнем и качеством диагностики.

Расчет структуры заболеваемости:

$$\text{Структура заболеваемости} = \frac{\text{Количество отдельных заболеваний (групп, классов болезней), зарегистрированных за данный период}}{\text{Общее число заболеваний, зарегистрированных за данный период}} \times 100$$

Кроме этого, возможно определение контингентов лиц, обращающихся за медицинской помощью, но только на основе данных страховой компании, учета в амбулаторно-поликлиническом учреждении или в будущем при условии существования единой персонафицированной информационной базы.

$$\text{Доля лиц, не обращающихся или обратившихся за медицинской помощью} = \frac{\text{Число всех лиц, не обращавшихся или обращавшихся в данном году}}{\text{Среднегодовая численность населения по данным регистра застрахованных (или прикрепленного населения)}} \times 100$$

В определенной степени качество обслуживания в амбулаторно-поликлиническом учреждении может характеризовать повторность обращений по одному и тому же заболеванию.

$$\text{Повторность обращений (эпизод) по поводу данного заболевания} = \frac{\text{Общее число обращений (эпизодов) за медицинской помощью с данным диагнозом}}{\text{Число заболеваний с этим же диагнозом}}$$

Интенсивные показатели показывают, как часто встречается явление в среде, которая его продуцирует. Их называют показателями частоты распространения. Они свидетельствуют об интенсивности явления и могут исчисляться на 100, 1000, 10000, 100000 населения.

К интенсивным показателям относятся заболеваемость, посещаемость и другие характеристики, которые вычисляются по отношению к населению.

Существуют определенные правила расчета показателей общей заболеваемости.

При расчете показателя общей заболеваемости (распространенность, болезненность) в числителе берется общее число заболеваний (правила отбора см. ниже), зарегистрированных в течение года независимо от времени их возникновения, в знаменателе - численность соответствующего населения.

Как правило, эти показатели рассчитываются на 1000 человек.

$$\text{Общая заболеваемость (распространенность)} = \frac{\text{Общее число случаев заболеваний, зарегистрированных в течение года}}{\text{Среднегодовая численность населения по данным регистра застрахованных (или прикрепленного населения)}} \times 1000$$

Таким образом, распространенность - это совокупность всех имеющих среди населения заболеваний, впервые выявленных как в данном году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых больной обратился в данном году (все уточненные диагнозы указанные в статистических талонах по первому обращению).

Вновь выявленная заболеваемость (первичная заболеваемость)	=	Число вновь возникших заболеваний за год		
		-----		x 1000
		Среднегодовая численность населения по данным регистра застрахованных (или прикрепленного населения)		

При изучении данного вида заболеваемости единицей статистического наблюдения является "первичное обращение", под которым подразумевается определенный принцип учета заболеваний, заключающийся в том, что хроническое заболевание учитывается только раз в год, а острое заболевание может быть зарегистрировано в течение года несколько раз. Таким образом, при изучении заболеваемости по обращаемости за год число регистрируемых первичных обращений приравнивается к числу заболеваний.

В этих целях фиксируются реквизиты, характеризующие тип обращения, характер заболевания, которые позволяют при разработке отделить впервые выявленные (новые) случаи заболеваний от уже известных. "Известные ранее случаи" являются частью хронических заболеваний, переходят из прошлых лет и перерегистрируются в текущем году. Другая часть патологии регистрируется как "новые случаи".

В связи с проведением исследований с многолетними периодами наблюдения (2, 3, 5 и более лет) возникло понятие "накопленная заболеваемость", имеющее смысл только в отношении хронических заболеваний и означающее число зарегистрированных хронических заболеваний в исследуемой группе населения независимо от того, обращались они по поводу этих болезней каждый год или хотя бы 1 раз за весь исследуемый период. Это особенно важное положение может быть исследовано на основе динамических персонифицированных баз данных страховщиков.

Особенности учета острой и хронической патологии

Разделение регистрируемой у населения патологии на острое и хроническое состояние - сложная клиническая проблема и статистическая задача.

В клинике под острым состоянием понимается быстрое нарастание и исчезновение всех патологических симптомов, при этом течение болезни кратковременное. Заболевание, как правило, заканчивается выздоровлением и полным восстановлением функций организма. Острые болезни могут быть циклическими (развитие и завершение цикла укладывается в определенный характерный для различных острых болезней отрезок времени), периодическими (циклы заболевания закономерно повторяются), ациклическими (БМЭ, 1958 г., 1976 г.).

Хроническое заболевание трактуется как длительное, не имеющее спонтанного разрешения и редко излечивающееся полностью. Для хронического патологического процесса характерно не только длительное течение, но существенным является чередование периодов затухания (ремиссии) болезни, иногда даже кажущегося излечения, с периодами обострения, вспышками острых явлений заболевания (БМЭ, 1958 г., 1976 г.).

Хроническому течению часто предшествует острое начало болезни, иногда же болезнь сразу принимает хронический характер; таким образом, сложно бывает даже установить время ее начала.

С позиций статистических оценок острой и хронической заболеваемости, прежде всего, необходимо ориентироваться на Международную классификацию болезней. В рекомендациях по применению МКБ-10 специально выделены острые состояния, в т.ч. в некоторых случаях указана длительность процесса (например, острое состояние инфаркт миокарда расценивается лишь в течение 4-х недель (28 дней) или менее от начала). В то же время ишемическая болезнь сердца и гипертоническая болезнь рассматриваются как хронические заболевания. В некоторых случаях, для обеспечения большей медицинской активности при отсутствии специального врачебного указания в документации в соответствии с рекомендациями МКБ-10 бронхит у детей до 14 лет рассматривается только как острое состояние.

При статистическом учете в случае острого заболевания (грипп, ОРЗ, травма), которое может возникнуть у одного человека несколько раз в году, учитываются все случаи возникновения этих заболеваний как установленные впервые в жизни. При этом учитывается каждое из острых заболеваний, как послужившее причиной обращения за медицинской помощью, так и возникшее в период наблюдения за пациентом по другому поводу.

Каждый случай заболевания может иметь осложнение, а хронические заболевания - обострения патологического процесса. Как правило, осложнения не включаются в состав заболеваемости и должны изучаться отдельно, а из всех обострений хронической патологии в течение года для учета заболеваемости отбирается первый случай в данном году. Число остальных обострений хронического заболевания, если они имели место в данном году, в расчет

заболеваемости не принимаются, но используются для расчета специальных показателей частоты обострений. Таким образом, хронические заболевания при расчете показателей общей заболеваемости учитываются один раз в течение года независимо от количества обращений.

В соответствии с рекомендациями МЗ РФ (Инструкция N 105-14/10-91 по составлению государственного статистического отчета о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения, отчетная форма N 12) все диагнозы, зарегистрированные в стационаре, в случае, когда больной поступил в стационар, минуя поликлинику, должны включаться в заболеваемость населения.

По правилам кодирования, указанным в МКБ-10, состояние, которое должно использоваться для анализа заболеваемости (в основном госпитализированной) по единичной причине, - это основное состояние. Основное состояние определяется как заключительный диагноз, установленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, преимущественно по поводу, в связи с которым больному проводилось лечение или исследование. Если имеется более одного такого состояния, выбирают то состояние, которое несет ответственность за поглощение наиболее значительной доли ресурсов. Если диагноз не установлен, то в качестве основного состояния следует выбрать основной симптом, отклонение от нормы или проблему, послужившие поводом для оказания медицинской помощи.

В дополнение к основному состоянию, регистрационная запись, везде, где только это возможно, должна перечислять отдельно другие - сопутствующие состояния или проблемы, которые имели место в течение соответствующего эпизода медико-санитарной помощи. Сопутствующие состояния определяются как такие состояния, которые сосуществуют или развиваются в ходе данного эпизода медицинского обслуживания и оказывают влияние на лечение пациента. Состояния, которые связаны с более ранним эпизодом и которые не оказывают влияние в настоящее время на медицинское обслуживание, не должны регистрироваться.

Имеются особенности учета и сочетания случаев заболеваний, зарегистрированных при обращении за медицинской помощью. По рекомендациям И.К. Склюевой при шифровке комбинированных заболеваний или состояний, этиологически и патогенетически связанных между собой, учитывается и шифруется только одно из них, а именно: ведущее, основное, преобладающее в данном патологическом процессе (приложение). Специальные расчеты частоты этих состояний важны как для оценки деятельности учреждений здравоохранения, так и для правильных статистических оценок, характеризующих заболеваемость населения.

При лечебно-диагностической работе с обратившимся населением врач в ходе контакта не всегда может установить клинический, так называемый заключительный, диагноз и может зафиксировать в медицинской документации симптом, симптомокомплекс или отклонение от нормы, которые послужили причиной обращения в медицинское учреждение. Для кодирования таких состояний в МКБ предусмотрен специальный класс XVIII "Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)".

Учетно-статистическая деятельность, содержащаяся в отраслевых отчетах рубрики по классу XVIII, подразумевает включение этих данных в статистические показатели общей заболеваемости. Класс XXI "Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения" хотя и подлежит учету, но в состав заболеваемости не входит.

Уровни распространенности патологии, первичная заболеваемость, структура заболеваемости - общепринятые и наиболее распространенные характеристики заболеваемости населения.

Кроме этого определяется длительность заболевания. Длительность заболевания рассчитывается с момента возникновения данного заболевания или с момента начала данного случая - обострения хронического заболевания. В случае изучения этих позиций по данным медицинской документации для характеристики и расчета длительности, возможно использование даты первого обращения и последнего посещения при данном эпизоде, что характеризует, главным образом, период медицинского наблюдения за больным, т.к. заболевание могло возникнуть раньше первого обращения за медицинской помощью и окончательно разрешиться как патологический процесс после завершения врачебного наблюдения. Более того, существуют рекомендуемые сроки ведения больных с конкретными видами патологии (особенно в связи с временной утратой трудоспособности). Таким образом, расчетные характеристики длительности заболевания на основе учетной документации лишь относительно характеризуют длительность течения патологического процесса, но являясь важным элементом оценки медицинской деятельности и определяют тяжесть заболевания.

Важнейшие показатели заболеваемости населения и способы их вычисления представлены в нижеприведенной таблице.

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
(МОЖНО РАССЧИТЫВАТЬ НА 10 ТЫС., 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ)

Название показателя	Способ вычисления	Исходные формы статистических документов
Показатели заболеваемости по обращаемости		
Первичная заболеваемость	Число впервые в жизни зарегистрированных случаев заболеваний = ----- x 1000 Среднегодовая численность населения	ф. N 12
Общая заболеваемость (распространенность, болезненность)	Число всех заболеваний, выявленных в данном году = ----- x 1000 Среднегодовая численность населения	ф. N 12
Накопленная заболеваемость	Число всех заболеваний, выявленных в течение жизни = ----- x 1000 Среднегодовая численность населения	БД страховых медицинских организаций
Исчерпанная (истинная) заболеваемость	Число всех заболеваний, выявленных в данном году (по обращаемости) + число заболеваний, выявленных на медицинских осмотрах <*> + число заболеваний, вызвавших смерть больного <*> = ----- x 1000 Среднегодовая численность населения	БД страховых медицинских организаций
Патологическая пораженность	Число всех заболеваний, выявленных на медицинских осмотрах = ----- x 1000 Число осмотренных	ф. 025-12/у-04 (талон амбулаторного пациента)
Инфекционная заболеваемость	Число выявленных инфекционных заболеваний = ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф. 060/у (Журнала учета инфекционных заболеваний)
Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности		
Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих	Число случаев временной утраты трудоспособности = ----- x 100 Средняя численность работающих	ф. N 16-ВН
Число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих	Число дней временной утраты трудоспособности = ----- x 100 Средняя численность работающих	ф. N 16-ВН

Средняя длительность случая временной нетрудоспособности	Число дней временной утраты трудоспособности = ----- x 100 Число случаев временной утраты трудоспособности	ф. N 16-ВН
Индекс здоровья (число ни разу не болевших)	Число ни разу не болевших = ----- x 100 Средняя численность работающих	БД страховых медицинских организаций

<*> Учитываются заболевания, по поводу которых не было зарегистрировано обращений в амбулаторно-поликлинические учреждения.

Все приведенные в таблице показатели могут рассчитываться по отдельным возрастно-половым группам, классам заболеваний, отдельным нозологическим формам. Помимо этого анализируется структура этих показателей в общем (суммарном) аналогичном показателе заболеваемости.

3.3. Показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения

Оказание медицинской помощи женщинам и детям в Российской Федерации обеспечивается достаточно развитой сетью больничных, амбулаторно-поликлинических, санаторно-курортных учреждений, специализированных центров и домов ребенка.

Для анализа деятельности учреждений охраны материнства и детства используются многие показатели, характеризующие работу амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений (показатели объемов, нагрузки персонала, диспансеризации и качества стационарной помощи и др.). В то же время особенно необходимы разработки и использования для статистического анализа целого ряда специфических показателей.

К таким показателям относятся:

- показатели медицинской деятельности женской консультации;
- показатели медицинской деятельности родильного дома;
- показатели медицинской деятельности детской поликлиники.

Основными формами для учета данных о репродуктивном здоровье и здоровье новорожденных являются:

- ф. N 13 "Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)";
- ф. N 32 "Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам";
- ф. N 31 "Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам";
- ф. N 1-здрав "Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи населению".

СЕТЬ И КАДРЫ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Сеть службы охраны здоровья матери и ребенка

Виды учреждений	Алгоритмы расчета показателей
по учреждениям Минздравсоцразвития России	
Детские областные, краевые, республиканские больницы (включая клинические)	ф. N 47 таб. 100 стр. 02 гр. 3
Детские городские больницы (кроме областных)	ф. N 47 таб. 100 стр. 04 гр. 3
Инфекционные больницы для детей	ф. N 47 таб. 100 стр. 09 гр. 3
Туберкулезные больницы для детей	ф. N 47 таб. 100 стр. 11 гр. 3

Детские поликлиники (самостоятельные)	ф. N 47 таб. 900 стр. 05 гр. 3
Детские поликлиники (отделения, кабинеты) (в составе ЛПУ)	ф. N 30 таб. 1001 стр. 27 гр. 3
Молочные кухни (в составе ЛПУ)	ф. N 30 таб. 1004 стр. 02 гр. 1
Детские санатории	ф. N 47 таб. 3100 стр. 06, 09 гр. 3
Родильные дома	ф. N 47 таб. 100 стр. 19 гр. 3
Перинатальные центры	ф. N 47 таб. 100 стр. 28 гр. 3
Женские консультации (самостоятельные) + ф. N 30 таб. 1001 стр. 22 гр. 3 (в составе ЛПУ)	ф. N 47 таб. 900 стр. 12 гр. 3
Акушерско-гинекологические кабинеты	ф. N 30 таб. 1001 стр. 23 гр. 3
Смотровые кабинеты	ф. N 30 таб. 1001 стр. 24 гр. 3
Центры планирования семьи и репродукции (самостоятельные) + ф. N 30 таб. 1001 стр. 25 гр. 3 (в составе ЛПУ)	ф. N 47 таб. 900 стр. 11 гр. 3
Медико-генетические консультации (кабинеты)	ф. N 30 таб. 1001 стр. 26 гр. 3
КДЦ для детей (самостоятельные)	ф. N 47 таб. 900 стр. 09 гр. 3
Кабинеты искусственной инсеминации женщин	ф. N 30 таб. 1001 стр. 55 гр. 3
Подростковые отделения в поликлиниках	ф. N 30 таб. 1001 стр. 01 гр. 3
Подростковые наркологические кабинеты	ф. N 30 таб. 1001 стр. 39 гр. 3
Фельдшерско-акушерские пункты	ф. N 47 таб. 1600 стр. 01 гр. 3
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (кроме учреждений Минздравсоцразвития России) в соответствии с формой N 1-здрав	
Женские консультации самостоятельные	ф. N 1-здрав Раздел 1 стр. 04
Женские консультации, входящие в состав других учреждений - юридических лиц	ф. N 1-здрав Раздел 2 стр. 04
Акушерско-гинекологическое отделение (кабинет)	ф. N 1-здрав Раздел 2 стр. 05

Структура акушерско-гинекологического коечного фонда

Койки	Алгоритмы расчета показателей
по учреждениям Минздравсоцразвития России	
Акушерско-гинекологические койки: всего	ф. N 47 таб. 1110 стр. 38 + 39 + 40 + 41 гр. 3

в т.ч. для беременных и рожениц (кроме патологии беременности)	ф. N 47 таб. 1110 стр. 38 гр. 3		
на 10000 женщин фертильного возраста	ф. N 47 таб. 1110 стр. 38 гр. 3 ----- x 10000 численность женщин фертильного возраста (15-49 лет) на конец года		
патологии беременности	ф. N 47 таб. 1110 стр. 39 гр. 3		
на 10000 женщин фертильного возраста	ф. N 47 таб. 1110 стр. 39 гр. 3 ----- x 10000 численность женщин фертильного возраста (15-49 лет) на конец года		
гинекологические (кроме коек для производства абортв)	ф. N 47 таб. 1110 стр. 40 гр. 3		
на 10000 женского населения	ф. N 47 таб. 1110 стр. 40 гр. 3 ----- x 10000 численность женщин на конец года		
для производства абортв	ф. N 47 таб. 1110 стр. 41 гр. 3		
на 10000 женщин фертильного возраста	ф. N 47 таб. 1110 стр. 41 гр. 3 ----- x 10000 численность женщин фертильного возраста (15-49 лет) на конец года		
Удельный вес коек патологии беременности в общем числе акушерских коек (%)	ф. N 47 таб. 1110 стр. 39 гр. 3 ----- x 100% ф. N 47 таб. 1110 стр. 38 + 39 гр. 3		
Койки для недоношенных новорожденных детей	ф. N 47 таб. 1110 стр. 61 гр. 3		
на 10000 новорожденных	ф. N 47 таб. 1110 стр. 61 гр. 3 ----- x 10000 ф. N 32 таб. 2245 стр. 01 сумма гр. (4-12)		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (кроме учреждений Минздравсоцразвития России)			
для беременных, рожениц и родильниц	ф. N 1-здрав Раздел 4 стр. 17		
на 10000 женщин фертильного возраста	ф. N 1-здрав Раздел 4 стр. 17 ----- x 10000 численность женщин фертильного возраста (15-49 лет) на конец года		
гинекологические (включая койки для производства абортв)	ф. N 1-здрав Раздел 4 стр. 08		
на 10000 женского населения	ф. N 1-здрав Раздел 4 стр. 08 ----- x 10000 численность женщин на конец года		
деятельность коечного фонда			
Средняя занятость койки для беременных и рожениц (кроме патологии беременности) (в году)	ф. N 47 таб. 1110 стр. 38 гр. 12 x 1000 ----- ф. N 47 таб. 1110 стр. 38 гр. 5		

Средняя занятость койки патологии беременности (в году)	ф. N 47 таб. 1110 стр. 39 гр. 12 x 1000 ----- ф. N 47 таб. 1110 стр. 39 гр. 5
Средняя занятость гинекологической койки (кроме коек для производства абортов) (в году)	ф. N 47 таб. 1110 стр. 40 гр. 12 x 1000 ----- ф. N 47 таб. 1110 стр. 40 гр. 5
Средняя занятость койки для производства абортов (в году)	ф. N 47 таб. 1110 стр. 41 гр. 12 x 1000 ----- ф. N 47 таб. 1110 стр. 41 гр. 5
Средняя длительность пребывания на койке для беременных и рожениц (кроме коек по патологии беременности)	ф. N 47 таб. 1110 стр. 38 гр. 12 x 1000 ----- ф. N 47 таб. 1110 стр. 38 гр. (6 + 10 + 11) / 2
Средняя длительность пребывания на койке патологии беременности	ф. N 47 таб. 1110 стр. 39 гр. 12 x 1000 ----- ф. N 47 таб. 1110 стр. 39 гр. (6 + 10 + 11) / 2
Средняя длительность пребывания на гинекологической койке (кроме коек для производства абортов)	ф. N 47 таб. 1110 стр. 40 гр. 12 x 1000 ----- ф. N 47 таб. 1110 стр. 40 гр. (6 + 10 + 11) / 2
Средняя длительность пребывания на койке для производства абортов	ф. N 47 таб. 1110 стр. 41 гр. 12 x 1000 ----- ф. N 47 таб. 1110 стр. 41 гр. (6 + 10 + 11) / 2

МЕДИЦИНСКИЕ КАДРЫ В СЛУЖБЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА

Обеспеченность кадрами

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Число врачей-педиатров, человек	
по учреждениям Минздравсоцразвития России	ф. N 17 таб. 1000 стр. 45 гр. 3
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 5.1 стр. 24
Обеспеченность педиатрами на 10000 детского населения в возрасте 0-14 лет	
по учреждениям Минздравсоцразвития России	ф. N 17 таб. 1000 стр. 45 гр. 3 ----- x 10000 численность детей в возрасте 0-14 лет на конец года
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 5.1 стр. 24 ----- x 10000 численность детей в возрасте 0-14 лет на конец года
Число подростковых терапевтов, работающих в амбулаторно-	ф. N 47 таб. 3210 стр. 12 гр. 5 + 8 + 11

поликлинических учреждениях, человек			
Обеспеченность подростковыми терапевтами 10000 детского населения в возрасте 15-17 лет	ф. N 47 таб. 3210 стр. 12 гр. 5 + 8 + 11 ----- число детей в возрасте 15-17 лет на конец года	x 10000	
Число врачей-неонатологов, человек			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	ф. N 17 таб. 1000 стр. 46 гр. 3		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 5.1 стр. 25		
Обеспеченность врачами- неонатологами на 10000 новорожденных			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	ф. N 17 таб. 1000 стр. 46 гр. 3 ----- число новорожденных	x 10000	
	ф. N 32 таб. 2245 стр. 01 сумма гр. (4-12)		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 5.1 стр. 25 ----- число родившихся за год (данные Росстата)	x 10000	
Число врачей акушеров- гинекологов, человек			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	ф. N 17 таб. 1000 стр. 44 гр. 3		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 5.1 стр. 23		
Обеспеченность акушерами- гинекологами на 10000 женского населения			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	ф. N 17 таб. 1000 стр. 44 гр. 3 ----- численность женщин на конец года	x 10000	
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 5.1 стр. 23 ----- численность женщин на конец года	x 10000	
Число акушерок, человек			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	ф. N 17 таб. 1001 стр. 99 гр. 3		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 5.1 стр. 45		

Обеспеченность акушерками на 10000 женского населения			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	ф. N 17 таб. 1001 стр. 99 гр. 3	----- x 10000	
	численность женщин на конец года		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 5.1 стр. 45	----- x 10000	
	численность женщин на конец года		

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Удельный вес беременных женщин, поступивших под наблюдение в женские консультации до 12 недель беременности (в %)	ф. N 32 таб. 2110 стр. 1 гр. 3 ----- x 100 ф. N 32 таб. 2110 стр. 1 гр. 2
Число родивших женщин, не состоявших под наблюдением в женской консультации, человек	ф. N 32 таб. 2210 стр. 1 гр. 10
Из числа женщин, закончивших беременность, были осмотрены терапевтом, человек	ф. N 32 таб. 2120 стр. 1 гр. 1
Из числа женщин, которым проведено трехкратное скрининговое ультразвуковое исследование плода, человек	ф. N 32 таб. 2120 стр. 1 гр. 11
Число женщин, которым проведено УЗИ плода, - всего, человек	ф. N 32 таб. 2120 стр. 1 гр. 15
из них: число плодов, у которых выявлены врожденные пороки развития, - всего	ф. N 32 таб. 2120 стр. 1 гр. 16
Число женщин, у которых взята проба на биохимический скрининг, - всего, человек	ф. N 32 таб. 2120 стр. 1 гр. 17
из них: число женщин с выявленными отклонениями	ф. N 32 таб. 2120 стр. 1 гр. 18

ОБРАЩЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СВЯЗИ С ОБСТОЯТЕЛЬСТВАМИ, ОТНОСЯЩИМИСЯ К РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ

Годы	Дети (до 14 лет включительно)			Дети (15-17 лет включительно)			Взрослые (18 лет и старше)		
	Всего обращений	из них по репродуктивной функции		Всего обращений	из них по репродуктивной функции		Всего обращений	из них по репродуктивной функции	
		абс. ч.	%		абс. ч.	%		абс. ч.	%
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- 2 - ф. N 12 таб. 1100 стр. 1.3 гр. 04
 ф. N 12 таб. 1100 стр. 1.3 гр. 04
 3 - ----- x 100
 ф. N 12 таб. 1100 стр. 1.0 гр. 04
- 4 - ф. N 12 таб. 2100 стр. 1.0 гр. 04
 5 - ф. N 12 таб. 2100 стр. 1.3 гр. 04
 ф. N 12 таб. 2100 стр. 1.3 гр. 04
 6 - ----- x 100
 ф. N 12 таб. 2100 стр. 1.0 гр. 04
- 7 - ф. N 12 таб. 3100 стр. 1.0 гр. 04
 8 - ф. N 12 таб. 3100 стр. 1.3 гр. 04
 ф. N 12 таб. 3100 стр. 1.3 гр. 04
 9 - ----- x 100
 ф. N 12 таб. 3100 стр. 1.0 гр. 04

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ (ФОРМА N 12)

Гинекологическая заболеваемость женского населения
 в Российской Федерации
 число заболеваний - всего (гр. 4)
 (с диагнозом, установленным впервые в жизни, - гр. 5)
 и на 100000 женского населения соответствующего возраста

Заболевания	Алгоритмы расчета показателей
Сальпингит и оофорит, человек на 100000 женского населения	ф. N 12 таб. 1000 стр. 15.5 гр. 4 + таб. 2000 стр. 15.5 гр. 4 + таб. 3000 стр. 15.8 гр. 4 ----- x 100000 Среднегодовая численность женщин в возрасте 10 лет и старше
Эндометриоз, человек на 100000 женского населения	ф. N 12 таб. 3000 стр. 15.9 гр. 4 ----- x 100000 Среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше
Эрозия и эктропион шейки матки, человек на 100000 женского населения	ф. N 12 таб. 3000 стр. 15.10 гр. 4 ----- x 100000 Среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше
Расстройства менструации, человек на 100000 женского населения	ф. N 12 таб. 1000 стр. 15.6 гр. 4 + таб. 2000 стр. 15.6 гр. 4 + таб. 3000 стр. 15.11 гр. 4 ----- x 100000 Среднегодовая численность женщин в возрасте 10-49 лет
Нарушения менопаузы и другие нарушения в околomenopausalном периоде, человек на 100000 женского населения	ф. N 12 таб. 3000 стр. 15.12 гр. 4 ----- x 100000 Среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше
Женское бесплодие, человек на 100000 женского населения	ф. N 12 таб. 3000 стр. 15.13 гр. 4 ----- x 100000 Среднегодовая численность женщин в возрасте 18-49 лет

Осложнения беременности, родов и послеродового периода, человек	ф. N 12 таб. 1000 стр. 16.0 гр. 4 + таб. 2000 стр. 16.0 гр. 4 + таб. 3000 стр. 16.0 гр. 4
на 100000 женского населения	----- x 100000
	Среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет

ПРОФИЛАКТИКА АБОРТОВ В РОССИИ НА ОСНОВЕ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ КОНТРАЦЕПЦИИ

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Число женщин, применяющих ВМС, человек	ф. N 30 таб. 2610 стр. 01 гр. 1
на 1000 женщин фертильного возраста	ф. N 30 таб. 2610 стр. 01 гр. 1 ----- x 1000 среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет
Число женщин, использующих гормональные средства, человек	ф. N 30 таб. 2610 стр. 1 гр. 2
на 1000 женщин фертильного возраста	ф. N 30 таб. 2610 стр. 1 гр. 2 ----- x 1000 среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет

ДИНАМИКА АБОРТОВ В РОССИИ

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Общее число аборт	ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4
Частота аборт у женщин фертильного возраста (на 1000 женщин фертильного возраста)	ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4 ----- x 1000 среднегодовая численность женщин фертильного возраста (15-49 лет)
Число аборт у женщин (на 100 родившихся живыми и мертвыми)	ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4 ----- x 100 ф. N 32 таб. 2245 стр. (1 + 5) гр. 3

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АБОРТОВ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Общее число аборт, единиц (включая мини-аборт)	
по учреждениям Минздравсоцразвития России	ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.1

Из общего числа аборт ов , произведено аборт ов в ранние сроки (мини-аборт ы)									
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 2.2.1 гр. 4								
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.2								
Из числа аборт ов , произведенных в ранние сроки, проведено аборт ов медикаментозным методом									
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 2.2.1.1 гр. 4								
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.3								
Из общего числа аборт ов - аборт ы у первобеременных									
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1.1 гр. 4								
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.4								
- в % к общему числу аборт ов									
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1.1 гр. 4 ----- x 100 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4								
Прерывания беременност и в сроки до 12 недель									
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 2 гр. 4								
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.5								
- в % к общему числу аборт ов									
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1.1 гр. 4 ----- x 100 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4								
Прерывания беременност и в сроки 12-21 неделя включительно									
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 3 гр. 4								
по учреждениям всех форм	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.8								

<p>собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)</p> <p>- в % к общему числу аборт по учреждениям Минздравсоцразвития России</p>	<p>Ф. N 13 таб. 1000 стр. 3 гр. 4 ----- x 100 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4</p>				
<p>Прерывания беременности в сроки 22-27 недель включительно</p> <p>по учреждениям Минздравсоцразвития России</p> <p>по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)</p> <p>- в % к общему числу аборт по учреждениям Минздравсоцразвития России</p>	<p>Ф. N 13 таб. 1000 стр. 4 гр. 4 Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.12 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 4 гр. 4 ----- x 100 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4</p>				
<p>Самопроизвольные аборты:</p> <p>- в сроки до 12 недель</p> <p>по учреждениям Минздравсоцразвития России</p> <p>- в сроки 12-21 неделя включительно</p> <p>по учреждениям Минздравсоцразвития России</p> <p>по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)</p> <p>- в сроки 22-27 недель включительно</p> <p>по учреждениям Минздравсоцразвития России</p> <p>по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)</p> <p>- в % к общему числу аборт по учреждениям Минздравсоцразвития России</p>	<p>Ф. N 13 таб. 1000 стр. 2.1 гр. 4 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 3.1 гр. 4 Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.9 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 4.1 гр. 4 Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.13 Ф. N 13 таб. 1000 стр. (2.1 + 3.1 + 4.1) гр. 4 ----- x 100 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4</p>				
<p>Медицинские аборты (легальные)</p> <p>- в сроки до 12 недель</p>					

по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 2.2 гр. 4		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.6		
- в % к общему числу аборт			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 2.2 гр. 4		
	----- x 100		
	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4		
<hr/>			
Неуточненные (внебольничные) аборты			
по учреждениям Минздравсоцразвития России			
- в сроки до 12 недель	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 2.5 гр. 4		
- в сроки 12-21 неделя включительно	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 3.5 гр. 4		
- в сроки 22-27 недель включительно	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 4.4 гр. 4		
- в % к общему числу аборт	Ф. N 13 таб. 1000 стр. (2.5 + 3.5 + 4.4) гр. 4		
	----- x 100		
	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4		
<hr/>			
Криминальные аборты			
по учреждениям Минздравсоцразвития России			
- в сроки до 12 недель	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 2.4 гр. 4		
- в сроки 12-21 неделя включительно	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 3.4 гр. 4		
- в сроки 22-27 недель включительно	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 4.3 гр. 4		
- в % к общему числу аборт	Ф. N 13 таб. 1000 стр. (2.4 + 3.4 + 4.3) гр. 4		
	----- x 100		
	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4		
<hr/>			
Аборты по медицинским показаниям			
- в сроки до 12 недель			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 2.3 гр. 4		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.7		
- в сроки 12-21 неделя включительно			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 3.2 гр. 4		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.10		

- в сроки 22-27 недель включительно			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 4.2 гр. 4		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 7.14		
- в % к общему числу аборт			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. (2.3 + 3.2 + 4.2) гр. 4		
	----- x 100		
	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4		
<hr/>			
Аборты по социальным показаниям			
- в сроки 12-21 неделя включительно			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 3.3 гр. 4		
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая учреждения Минздравсоцразвития России)			
- в % к общему числу аборт			
по учреждениям Минздравсоцразвития России	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 3.3 гр. 4		
	----- x 100		
	Ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4		

**АБОРТЫ ПО ВОЗРАСТНОМУ СОСТАВУ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ
В ТЕКУЩЕМ ГОДУ. РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**

	Всего	Из них у женщин в возрасте									
		До 14 лет включ.	15-19 лет, всего	из них 15-17 лет	20-24 года	25-29 лет	30-34 года	35-39 лет	40-44 года	45-49 лет	50 лет и старше
Всего, единиц	ф. N 13 таб. 1000 стр. 1 гр. 4	гр. 5	гр. 6	гр. 7	гр. 8	гр. 9	гр. 10	гр. 11	гр. 12	гр. 13	гр. 14
- %		гр. 5 ----- x 100 гр. 4	гр. 6 ----- x 100 гр. 4	гр. 7 ----- x 100 гр. 4	гр. 8 ----- x 100 гр. 4	гр. 9 ----- x 100 гр. 4	гр. 10 ----- x 100 гр. 4	гр. 11 ----- x 100 гр. 4	гр. 12 ----- x 100 гр. 4	гр. 13 ----- x 100 гр. 4	гр. 14 ----- x 100 гр. 4
из них у ВИЧ-инфи- циров.	ф. N 13 таб. 1000 стр. 1.2 гр. 4	гр. 5	гр. 6	гр. 7	гр. 8	гр. 9	гр. 10	гр. 11	гр. 12	гр. 13	гр. 14
- %		гр. 5 ----- x 100 гр. 4	гр. 6 ----- x 100 гр. 4	гр. 7 ----- x 100 гр. 4	гр. 8 ----- x 100 гр. 4	гр. 9 ----- x 100 гр. 4	гр. 10 ----- x 100 гр. 4	гр. 11 ----- x 100 гр. 4	гр. 12 ----- x 100 гр. 4	гр. 13 ----- x 100 гр. 4	гр. 14 ----- x 100 гр. 4

Аналогичные показатели считаются с учетом регистрации аборт в медицинских организациях (учреждениях) всех форм собственности и ведомственной принадлежности - по возрастным группам в соответствии с ф. N 1-здрав (сводная) раздел 7.

Следует отметить, что расчет абортов у девочек в возрасте до 14 лет следует рассчитывать на численность девочек в возрасте от 10 лет до 14 лет включительно, у женщин в возрасте 50 лет и старше на численность женщин в возрасте 50 лет.

Данные указанных таблиц позволяют оценить динамику абортов и эффективность по их профилактике.

СОСТОЯНИЕ БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ (ФОРМА N 32)

Заболевания и патологические состояния, предшествовавшие или возникшие во время беременности

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Число беременных, страдающих отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами, человек	ф. N 32 таб. 2130 стр. 02 гр. 4
Число беременных, страдающих преэклампсией, эклампсией	ф. N 32 таб. 2130 стр. 03 гр. 4
Число беременных с венозными осложнениями	ф. N 32 таб. 2130 стр. 04 гр. 4
Число беременных с болезнями мочеполовой системы	ф. N 32 таб. 2130 стр. 05 гр. 4
Число беременных с угрозой прерывания беременности в сроки до 22-х недель	ф. N 32 таб. 2130 стр. 06 гр. 4
Число беременных с угрозой прерывания беременности в сроки 22-27 недель	ф. N 32 таб. 2130 стр. 07 гр. 4
Число беременных с угрозой преждевременных родов в сроки 28-37 недель	ф. N 32 таб. 2130 стр. 08 гр. 4
Число беременных с резус-иммунизацией и другими формами изоиммунизации	ф. N 32 таб. 2130 стр. 09 гр. 4
Число беременных с патологическими состояниями плода	ф. N 32 таб. 2130 стр. 10 гр. 4
Из них число беременных с плацентарной недостаточностью	ф. N 32 таб. 2130 стр. 11 гр. 4
Число беременных с преждевременным разрывом плодных оболочек	ф. N 32 таб. 2130 стр. 12 гр. 4
Число беременных с сахарным диабетом	ф. N 32 таб. 2130 стр. 13 гр. 4
Число беременных с дородовым кровотечением в связи с нарушением свертываемости крови	ф. N 32 таб. 2130 стр. 14 гр. 4
Число беременных с анемией	ф. N 32 таб. 2130 стр. 15 гр. 4
Число беременных с болезнями щитовидной железы	ф. N 32 таб. 2130 стр. 16 гр. 4
Число беременных с болезнями системы кровообращения	ф. N 32 таб. 2130 стр. 17 гр. 4

На основе данных таблицы 2130 производится расчет показателей, например:

$$\begin{array}{l} \text{Доля беременных} \\ \text{с анемией, \%} \end{array} = \frac{\text{ф. N 32 таб. 2130 стр. 15 гр. 4}}{\text{ф. N 32 таб. 2130 стр. 01 гр. 4}} \times 100$$

$$\begin{array}{l} \text{Доля заболеваний} \\ \text{анемией} \\ \text{у беременных, \%} \end{array} = \frac{\text{ф. N 32 таб. 2130 стр. 15 гр. 4}}{\text{ф. N 32 таб. 2130 стр. 18 гр. 4}} \times 100$$

$$\begin{array}{l} \text{Из числа закончивших} \\ \text{беременность} \\ \text{страдали анемией, \%} \end{array} = \frac{\text{ф. N 32 таб. 2130 стр. 15 гр. 4}}{\text{ф. N 32 таб. 2110 стр. 01 гр. 5}} \times 100$$

Аналогичный расчет производится и по другим заболеваниям.

Исходы беременности
(из числа состоявших под наблюдением)

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Закончили беременность, всего	Ф. N 32 таб. 2110 стр. 01 гр. 5
Из них в срок:	
- до 22 недель	Ф. N 32 таб. 2110 стр. 01 гр. 6
- 22-27 недель	Ф. N 32 таб. 2110 стр. 01 гр. 7
- 28-37 недель (менее 259 дней)	Ф. N 32 таб. 2110 стр. 01 гр. 8

Роды

Принято родов (с 28 недель) в стационаре	Принято родов вне родильного отделения	Общее число родов	из общего числа родов - нормальные Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 5	
			в % от общего числа родов	в % от родов в стационаре
Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 1	Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 2	Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. (1 + 2)	Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 5 ----- x 100 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. (1 + 2)	Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 5 ----- x 100 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 1

**Осложнения родов и послеродового периода
(на 1000 общего числа родов)**

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Кровотечение в связи с предлежанием плаценты	Ф. N 32 таб. 2211 стр. 05 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 1 гр. (1 + 2)
Кровотечение в связи с преждевременной отслойкой плаценты	Ф. N 32 таб. 2211 стр. 07 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 1 гр. (1 + 2)
Кровотечения в последовом и послеродовом периоде	Ф. N 32 таб. 2211 стр. 17 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 1 гр. (1 + 2)
Нарушения родовой деятельности	Ф. N 32 таб. 2211 стр. 08 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 1 гр. (1 + 2)
Затрудненные роды	Ф. N 32 таб. 2211 стр. 13 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 1 гр. (1 + 2)
Разрывы матки	Ф. N 32 таб. 2211 стр. 15 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 1 гр. (1 + 2)
Разрывы промежности III-IV ст.	Ф. N 32 таб. 2211 стр. 14 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 1 гр. (1 + 2)
Родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция	Ф. N 32 таб. 2211 стр. 18 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 1 гр. (1 + 2)

**Расчет показателя перитонит после операции кесарева сечения
(на 1000 оперированных)**

$$\frac{\text{Ф. N 32 таб. 2211 стр. 21 гр. 4}}{\text{-----} \times 1000} = \text{Ф. N 14 таб. 4000 стр. (14.3 + 14.4) гр. 3}$$

**ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ
ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ**

**Объемы и структура акушерских операций при родоразрешении
в стационарах Минздравсоцразвития Российской Федерации**

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Принято родов в стационаре, единиц	Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 1
Акушерские операции, единиц	
с наложением щипцов	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.1 гр. 3
на 1000 родов в стационарах	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.1 гр. 3

	----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 1
с использованием вакуум-экстракции	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.2 гр. 3
на 1000 родов в стационарах	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.2 гр. 3 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 1
кесарево сечение в сроки 28 недель беременности и более	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.3 гр. 3
на 1000 родов в стационарах	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.3 гр. 3 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 1
кесарево сечение в сроки менее 28 недель беременности	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.4 гр. 3
на 1000 поздних аборт	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.4 гр. 3 ----- x 1000 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 4 гр. 4
плодоразрушающие операции	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.5 гр. 3
на 1000 родов в стационарах	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.5 гр. 3 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 1
экстирпация и надвлагалищная ампутация матки в сроке 28 недель беременности и более, в родах и после родов	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.7 гр. 3
на 1000 родов в стационарах	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.7 гр. 3 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2210 стр. 01 гр. 1
экстирпация и надвлагалищная ампутация матки при прерывании беременности в сроке менее 28 недель беременности и более, в родах и после прерывания	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.8 гр. 3
на 1000 поздних аборт	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 14.8 гр. 3 ----- x 1000 Ф. N 13 таб. 1000 стр. 4 гр. 4

**Заболеваемость новорожденных детей, родившихся массой тела
1000 г и более на 1000 родившихся живыми**

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Всего случаев заболеваний	Ф. N 32 таб. 2260 стр. 7 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2245 стр. 01 гр. (6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12)
из них: дыхательное расстройство (дистресс)	Ф. N 32 таб. 2260 стр. 4.4.1 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2245 стр. 01 гр. (6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12)
родовая травма - всего	Ф. N 32 таб. 2260 стр. 4.2 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2245 стр. 01 гр. (6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12)
врожденные аномалии	Ф. N 32 таб. 2260 стр. 5 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2245 стр. 01 гр. (6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12)
бактериальный сепсис	Ф. N 32 таб. 2260 стр. 4.5.1 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2245 стр. 01 гр. (6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12)
гемолитическая болезнь плода и новорожденного, водянка плода, обусловленная гемолитической болезнью, ядерная желтуха	Ф. N 32 таб. 2260 стр. 4.8 гр. 4 ----- x 1000 Ф. N 32 таб. 2245 стр. 01 гр. (6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 11 + 12)

3.4. Сбор и анализ данных статистического наблюдения в системе Роспотребнадзора

В системе статистического наблюдения организаций Роспотребнадзора формируются формы по инфекционным и паразитарным заболеваниям (с месячной периодичностью по краткому перечню заболеваний и годовой периодичностью), по профилактическим прививкам, контингентам детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний, о профессиональных заболеваниях и дозах облучения лиц из персонала и населения и другие годовые формы федерального статистического наблюдения, отражающие санитарно-эпидемиологическое состояние территорий Российской Федерации. Использование этих форм чрезвычайно важно, так как их анализ позволяет оценивать эпидемиологическую обстановку и действенность осуществляемых профилактических и лечебных мероприятий.

Существующие формы статистического наблюдения санитарной службы незначительно менялись на протяжении уже более 20 лет. Статистическая информация санитарно-эпидемиологической службы до 1992 г. по показателям окружающей и производственной среды содержала несколько меньше показателей, чем в последующие годы. Основной блок показателей, который использовался ранее, - это данные об инфекционных и паразитарных заболеваниях, прививках, данные о количестве проб выше ПДК по тем или иным компонентам окружающей или производственной среды, показатели, характеризующие деятельность санэпидслужбы, и некоторые другие.

Формы федерального статистического наблюдения N 1 и N 2 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях" включают сведения обо всех больных, зарегистрированных (выявленных) лечебно-профилактическими учреждениями здравоохранения, расположенными на территории деятельности территориального органа Роспотребнадзора, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор, независимо от места жительства больного. В них использована Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем десятого пересмотра (МКБ-10). Особо следует выделить раздел 3 формы N 2 "Внутрибольничные инфекции". Эта группа инфекций представляет большую опасность в силу распространенности многочисленных контингентов, проходящих лечение в стационарах или постоянно живущих в заведениях больничного типа (дома для лиц пожилого возраста и т.п.).

Форму N 1 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях" месячной периодичности и форму N 2 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях" годовой периодичности заполняют:

- территориальные органы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (управления Роспотребнадзора по субъектам, по железнодорожному транспорту);

- федеральные государственные учреждения здравоохранения - центры гигиены и эпидемиологии, обеспечивающие деятельность территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (ФГУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии" в субъекте Российской Федерации, ФГУЗ "Федеральный центр гигиены и эпидемиологии по железнодорожному транспорту"), федеральное государственное учреждение здравоохранения "Федеральный центр гигиены и эпидемиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (ФГУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора).

При расчете уровня заболеваемости населения по форме N 1 месячной периодичности используют формулу:

$$\text{Заболеваемость} = \frac{Z}{\bar{S}} \times k \times 100000,$$

где:

Z - число случаев зарегистрированных заболеваний за период, для которого рассчитывается показатель;

\bar{S} - средняя численность населения за период, для которого рассчитывается показатель;

k - коэффициент годового выражения, получаемый путем деления количества дней в году на количество дней в рассматриваемом периоде.

Естественный прирост/убыль населения за период, для которого

$$\bar{S} = \left(\text{Численность населения на начало текущего года} \right) + / - \left(\frac{\text{определяется показатель}}{2} \right).$$

В случае если на территории отмечается естественная убыль населения, то половина естественной убыли за период, для которого определяются показатели, вычитается.

Единица измерения численности населения на начало текущего года - человек.

КОЭФФИЦИЕНТ ГОДОВОГО ВЫРАЖЕНИЯ (к)

Период	Обычный год (365 дней)		Високосный год (366 дней)	
	Число дней в периоде	k	Число дней в периоде	k
1 месяц	31	11,774194	31	11,806452
2 месяца	59	6,186441	60	6,100000
3 месяца	90	4,055556	91	4,021978
4 месяца	120	3,041667	121	3,024793
5 месяцев	151	2,417219	152	2,407895
6 месяцев	181	2,016575	182	2,010989
7 месяцев	212	1,721698	213	1,718310
8 месяцев	243	1,502058	244	1,500000
9 месяцев	273	1,336996	274	1,335766
10 месяцев	304	1,200658	305	1,200000
11 месяцев	334	1,092814	335	1,092537
12 месяцев	365	1,000000	366	1,000000

По формам федерального статистического наблюдения N 1, N 2 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях":

в понятие "Острые кишечные инфекции" входят такие заболевания как:

- бактериальная дизентерия (шигеллез);
- острые кишечные инфекции, вызванные установленными бактериальными, вирусными возбудителями, а также пищевые токсикоинфекции установленной этиологии;
- острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными инфекционными возбудителями, пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии;

в понятие "Вирусные гепатиты" входят:

- острые гепатиты - всего;
- хронические вирусные гепатиты (впервые установленные) - всего.

Сведения по форме N 5 "Сведения о профилактических прививках" включают:

- сведения только о законченной вакцинации, то есть, если вакцинация предусматривает проведение двух или трех прививок, то в отчет включаются сведения только о двукратно или трехкратно привитых лицах;
- сведения обо всех ревакцинациях;
- сведения о прививках, проведенных вакцинами (анатоксинами) отечественного или зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке;
- сведения о прививках, проведенных в рамках национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и дополнительной иммунизации в рамках приоритетного национального проекта.

При этом в строку "вакцинация против столбняка - всего" включается число лиц, привитых вакциной против коклюша, дифтерии и столбняка.

В форме федерального статистического наблюдения N 6 "Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний" таблица 1 "Контингенты детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний" предназначена для оценки фактического состояния привитости населения против инфекционных заболеваний по состоянию на 31 декабря отчетного года по последней полученной прививке в соответствии с действующим Национальным календарем профилактических прививок. Таблица 2 "Контингенты детей, получивших профилактические прививки против инфекционных заболеваний в декретированном возрасте" показывает своевременность проведенных профилактических прививок детям. В число состоящих на учете детей включают сведения о детях, которым в

отчетном году исполнялось полное число месяцев (дней), хотя на момент заполнения отчетной формы возраст этих детей может быть больше указанного числа месяцев (дней): т.е. в число "новорожденные (30 дней)" включают сведения о детях, которым в отчетном году исполнялось 30 дней; "12 месяцев" - включают сведения о детях, которым в отчетном году исполнялось 12 месяцев, "24 месяца" - включают сведения о детях, которым в отчетном году исполнялось 24 месяца. Показатель "Число детей, которым сделана соответствующая прививка по достижении ими указанного возраста" по всем строкам включает сведения о детях, получивших соответствующую прививку к моменту достижения ими указанного возраста, исполнявшегося в отчетном году (в том числе получивших соответствующую прививку ранее).

Основным источником информации о качестве окружающей среды в системе Роспотребнадзора является форма федерального статистического наблюдения N 18 "Сведения о санитарном состоянии субъекта Российской Федерации". В этой форме приводятся как показатели качества окружающей среды, так и результаты надзорной деятельности самого ведомства.

Качество воды. В разделе 1 представлена информация о состоянии питьевого водоснабжения, на основании которой рассчитываются нижеперечисленные показатели:

N строки	Объект наблюдения	Показатель	Единица измерения
1	Источники питьевого централизованного водоснабжения, всего	- Доля исследованных проб по санитарно-химическим показателям, не соответствующих гигиеническим	%
2	в том числе:	нормативам;	
3	поверхностные	- Доля исследованных проб на содержание фтора по санитарно-	
4	подземные	химическим показателям;	
5	Водопроводы	- Доля исследованных проб на содержание фтора по санитарно-	
6	из них в сельских поселениях (из стр. 5)	химическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам;	
7	в том числе (из стр. 5):	- Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим	
8	из поверхностных источников	нормативам;	
9	из них в сельских поселениях (из стр. 8)	- Доля исследованных проб по паразитологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам	
10	из подземных источников		
11	из них в сельских поселениях (из стр. 10)		
12	Распределительная сеть		
13	Нецентрализованная система питьевого водоснабжения (колодцы, каптажи родников)		
14	из них в сельских поселениях		

Все перечисленные показатели могут быть рассчитаны по каждому объекту наблюдения по следующим формулам:

$$\frac{\text{Доля исследованных проб по санитарно-химическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 8}} \times 100\% = \frac{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 9}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 8}} \times 100\%$$

$$\frac{\text{Доля исследованных проб на содержание фтора по санитарно-химическим показателям}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 8}} \times 100\% = \frac{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 10}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 8}} \times 100\%$$

$$\frac{\text{Доля исследованных проб на содержание фтора по санитарно-химическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 10}} \times 100\% = \frac{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 11}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 10}} \times 100\%$$

$$\frac{\text{Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 12}} \times 100\% = \frac{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 13}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 12}} \times 100\%$$

$$\frac{\text{Доля исследованных проб по паразитологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 15}} \times 100\% = \frac{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 16}}{\text{ф. N 18 т. 1000 гр. 15}} \times 100\%$$

С 2009 года в форму N 18 "Сведения о санитарном состоянии субъекта Российской Федерации" дополнительно введен новый раздел 2, который содержит показатели обеспеченности населенных пунктов и проживающего в них населения питьевой водой, отвечающей требованиям безопасности.

На основании этих сведений рассчитываются основные показатели обеспеченности питьевой водой:

1. Доля населенных пунктов, обеспеченных доброкачественной питьевой водой:

$$\frac{\text{Число населенных пунктов, обеспеченных доброкачественной питьевой водой}}{\text{Всего населенных пунктов в субъекте РФ, исследованных на качество питьевой воды}} \times 100\% = \frac{\text{ф. N 18 т. 2000 стр. 02 гр. 3}}{\text{ф. N 18 т. 2000 стр. 01 гр. 3}} \times 100\%$$

2. Доля населенных пунктов, в которых питьевая вода условно доброкачественная:

$$\frac{\text{Число населенных пунктов, обеспеченных условно доброкачественной питьевой водой}}{\text{Всего населенных пунктов в субъекте РФ, исследованных на качество питьевой воды}} \times 100\% = \frac{\text{ф. N 18 т. 2000 стр. 03 гр. 3}}{\text{ф. N 18 т. 2000 стр. 01 гр. 3}} \times 100\%$$

3. Доля населенных пунктов, в которых питьевая вода недоброкачественная:

$$\frac{\text{Число населенных пунктов, обеспеченных недоброкачественной питьевой водой}}{\text{Всего населенных пунктов в субъекте РФ, исследованных на качество питьевой воды}} \times 100\% = \frac{\text{ф. N 18 т. 2000 стр. 04 гр. 3}}{\text{ф. N 18 т. 2000 стр. 01 гр. 3}} \times 100\%$$

4. Доля населения, обеспеченного доброкачественной питьевой водой:

$$\frac{\text{Численность населения, обеспеченного доброкачественной питьевой водой}}{\text{Численность проживающего населения в субъекте РФ}} \times 100\% = \frac{\text{ф. N 18 т. 2000 стр. 07 гр. 3}}{\text{ф. N 18 т. 2000 стр. 06 гр. 3}} \times 100\%$$

5. Доля населения, обеспеченного условно доброкачественной питьевой водой:

$$\frac{\text{Численность населения, обеспеченного условно доброкачественной питьевой водой}}{\text{Численность проживающего населения в субъекте РФ}} \times 100\% = \frac{\text{Ф. N 18 т. 2000 стр. 08 гр. 3}}{\text{Ф. N 18 т. 2000 стр. 06 гр. 3}} \times 100\%$$

6. Доля населения, обеспеченного недоброкачественной питьевой водой:

$$\frac{\text{Численность населения, обеспеченного недоброкачественной питьевой водой}}{\text{Численность проживающего населения в субъекте РФ}} \times 100\% = \frac{\text{Ф. N 18 т. 2000 стр. 09 гр. 3}}{\text{Ф. N 18 т. 2000 стр. 06 гр. 3}} \times 100\%$$

7. Доля населенных пунктов, имеющих только централизованное водоснабжение:

$$\frac{\text{Число населенных пунктов, имеющих только централизованное водоснабжение}}{\text{Число всех населенных пунктов в субъекте РФ}} \times 100\% = \frac{\text{Ф. N 18 т. 2000 стр. 01 гр. 6}}{\text{Ф. N 18 т. 2000 стр. 01 гр. 3}} \times 100\%$$

Аналогичным образом рассчитываются показатели доли населенных пунктов, имеющих смешанный тип (централизованное и нецентрализованное), нецентрализованное водоснабжение, а также населенные пункты, обеспечивающиеся привозной водой (форма N 18, табл. 2000, строка 1, графы 9, 16 или 19 соответственно).

В разделе 3 представлена информация о состоянии водных объектов в местах водопользования населения, на основании которой рассчитываются нижеперечисленные показатели:

Объект наблюдения	Показатель	Единица измерения
		%
	- Доля исследованных проб по санитарно-химическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам;	
1. Водоёмы 1-й категории из них в сельских поселениях	- Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам;	
	- Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию ТКБ;	
2. Водоёмы 2-й категории из них в сельских поселениях	- Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию ОКБ;	
	- Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию колифагов;	
3. Моря из них в сельских поселениях	- Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам, с выделенными возбудителями кишечных инфекций;	
	- Доля исследованных проб по паразитологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам;	
	- Доля исследованных проб на радиоактивные вещества, не соответствующих гигиеническим нормативам	

Все перечисленные показатели могут быть рассчитаны по каждому объекту наблюдения по следующим формулам:

Доля исследованных проб по санитарно-химическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам	$= \frac{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 5}}{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 4}} \times 100\%$
Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам	$= \frac{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 7}}{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 6}} \times 100\%$
Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию термотолерантных колиформных бактерий (ТКБ)	$= \frac{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 8}}{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 6}} \times 100\%$
Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию общих колиформных бактерий (ОКБ)	$= \frac{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 9}}{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 6}} \times 100\%$
Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам по содержанию колифагов	$= \frac{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 10}}{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 6}} \times 100\%$
Доля исследованных проб по микробиологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам, с выделенными возбудителями кишечных инфекций	$= \frac{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 11}}{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 6}} \times 100\%$
Доля исследованных проб по паразитологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам	$= \frac{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 13}}{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 12}} \times 100\%$
Доля исследованных проб на радиоактивные вещества, не соответствующих гигиеническим нормативам	$= \frac{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 15}}{\text{ф. N 18 т. 3000 гр. 14}} \times 100\%$

Информация, приведенная в этом разделе, позволяет дать оценку состояния водных объектов в местах водопользования населения, в т.ч. оценить количество пунктов наблюдений (постоянных створов), число исследованных проб воды. Наличие в этом разделе показателей о количестве проб воды на радиоактивные вещества, по санитарно-химическим, микробиологическим, паразитологическим показателям, не соответствующих гигиеническим нормативам, является основой для принятия управленческих решений по улучшению качества воды в водоемах, технико-экономическому обоснованию конкретных инженерных решений. Кроме того, на основании этих данных принимаются решения о совершенствовании систем контроля качества воды, необходимости приобретения дополнительно оборудования, введения дополнительных мер очистки воды.

Показатели качества воды систематизируются в зависимости от категории водоема, в том числе в сельской местности, моря выделены как отдельный водный объект.

Качество атмосферного воздуха.

Информация о загрязнении атмосферного воздуха приведена в разделе 4 "Уровни загрязнения атмосферного воздуха". Санитарная служба осуществляет оперативный контроль за качеством атмосферного воздуха в зоне влияния промышленных предприятий, на автомагистралях в зоне жилой застройки, на стационарных постах. Результаты этих исследований

систематизируются по отдельным загрязняющим веществам и продуктам микробиологического синтеза отдельно для городских и сельских поселений.

Характеристика состояния почв.

Контроль за загрязнением почв в России осуществляют разные ведомства: Росгидромет, Министерство сельского хозяйства, Роспотребнадзор. В разделе 5 "Характеристика состояния почвы" представлены обобщенные результаты контроля за санитарным состоянием почв в зоне влияния промышленных предприятий, транспортных магистралей, в местах применения пестицидов и минеральных удобрений, на территории животноводческих комплексов и ферм и т.д.

Источники химического загрязнения, неблагоприятных физических факторов и ионизирующих излучений в городских и сельских поселениях.

Эти показатели отражают уровень различных физических факторов (шум, вибрация, электромагнитные поля (ЭМП)), ионизирующее излучение по типам территорий и поселений. Это автомагистрали, железнодорожные пути, аэропорты, морские и речные порты, жилые массивы и отдельно учреждения и организации, размещенные на первом этаже жилых домов, где особенно велика опасность накопления радона.

Гигиеническая характеристика продовольственного сырья и продуктов. Это один из наиболее крупных блоков информации, который носит в основном надзорный характер. В таблице содержится информация по 40 видам продукции и по конкретным загрязняющим веществам - ртути, свинцу, мышьяку, пестицидам, микотоксинам, нитрозоаминам, ГМО, микробиологическим, паразитологическим показателям, антибиотикам, радиоактивным и другим веществам. Систематизация данных по этим конкретным показателям и по конкретным видам продукции позволяет представить относительно полную картину качества продуктов питания, которые потребляет население страны. Важно отметить, что в эту форму включены данные о таком новом виде веществ, как генетически модифицированные образования (ГМО).

Характеристика воздушной среды закрытых помещений и в воздухе рабочей зоны и исследование физических факторов окружающей среды - в этих таблицах формы N 18 отражаются показатели, характеризующие качество воздушной среды промышленных предприятий и других объектов - пищевых, коммунальных, детских учреждений и транспортных средств.

Чрезвычайно важная информация, позволяющая оценить качество используемых продуктов питания, - таблица формы N 18 "Сведения о пищевых отравлениях и массовых неинфекционных заболеваниях".

Раздел "Санитарно-гигиеническая характеристика объектов государственного санитарно-эпидемиологического надзора" в настоящее время используется при отчете Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования. В нем представлены по степени выявленных нарушений (I-III группы) объекты Госсанэпиднадзора - коммунальные объекты, детские и подростковые учреждения, пищевые объекты, животноводческие комплексы, фермерские хозяйства, птицефабрики, промышленные предприятия (по перечню в соответствии с ОКВЭДом), различные виды транспорта.

3.5. Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения

Состояние ресурсов и деятельности учреждений здравоохранения характеризуется статистическими данными, представленными в действующих отчетных формах:

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Число учреждений	
- всего	ф. N 47 таб. 0100 стр. 33 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 3 + ф. N 47 таб. 1800 стр. (01 + 02 + 03 + 04) гр. 3
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 0100 стр. 35 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 3 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 3
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 0100 стр. 36 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 3 +

	ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 3 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 3		
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 0100 стр. 37 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 3 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 3		
в том числе больничных учреждений			
- всего	ф. N 47 таб. 0100 стр. 33 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 5		
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 0100 стр. 35 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 5		
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 0100 стр. 36 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 5		
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 0100 стр. 37 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 5		
из них: больниц			
- всего	ф. N 47 таб. 0100 стр. 33 гр. 3		
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 0100 стр. 35 гр. 3		
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 0100 стр. 36 гр. 3		
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 0100 стр. 37 гр. 3		
диспансеров, имеющих стационары			
- всего	ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 5		
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 5		
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 5		
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 5		
Численность коечного фонда			
- всего	ф. N 47 таб. 1110 стр. 77 гр. 3		
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 1110 стр. 81 гр. 3		
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 1110 стр. 82 гр. 3		
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 1110 стр. 83 гр. 3		
Обеспеченность населения койками на 10000 человек населения			
- всего	ф. N 47 таб. 1110 стр. 77 гр. 3 ----- x 10000 численность населения на конец года		

Средняя занятость койки в году (в днях)			
- всего	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 77 гр. 12 x 1000		

	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 77 гр. 5		
- федерального подчинения	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 81 гр. 12 x 1000		

	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 81 гр. 5		
- подчинения субъекта РФ	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 82 гр. 12 x 1000		

	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 82 гр. 5		
- муниципального подчинения	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 83 гр. 12 x 1000		

	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 83 гр. 5		
<hr/>			
Средняя длительность пребывания больного на койке			
- всего	Ф. N 47 таб. 1110 стр. (77 - 73 - 74) гр. 12 x 1000		

	Ф. N 47 таб. 1110 стр. (77 - 73 - 74) гр. (6 + 10 + 11) / 2		
- федерального подчинения	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 81 гр. 12 x 1000		

	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 81 гр. (6 + 10 + 11) / 2		
- подчинения субъекта РФ	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 82 гр. 12 x 1000		

	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 82 гр. (6 + 10 + 11) / 2		
- муниципального подчинения	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 83 гр. 12 x 1000		

	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 83 гр. (6 + 10 + 11) / 2		
<hr/>			
Число учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (самостоятельные и входящие в состав другого учреждения)			
- всего	Ф. N 47 таб. 0100 стр. 33 гр. 24 +		
	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 3 +		
	Ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 3 +		
	Ф. N 47 таб. 1800 стр. (01 + 02 + 03 + 04) гр. 3		
- федерального подчинения	Ф. N 47 таб. 0100 стр. 35 гр. 24 +		
	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 3 +		
	Ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 3 +		
	Ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 3		
- подчинения субъекта РФ	Ф. N 47 таб. 0100 стр. 36 гр. 24 +		
	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 3 +		
	Ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 3 +		
	Ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 3		
- муниципального подчинения	Ф. N 47 таб. 0100 стр. 37 гр. 24 +		
	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 3 +		
	Ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 3 +		
	Ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 3		
из них поликлиники: самостоятельные			

- всего	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 3 + Ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 5 + Ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 3 + Ф. N 47 таб. 1800 стр. (01 + 02 + 03 + 04) гр. 3		
- федерального подчинения	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 3 + Ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 5 + Ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 3 + Ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 3		
- подчинения субъекта РФ	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 3 + Ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 5 + Ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 3 + Ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 3		
- муниципального подчинения	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 3 + Ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 5 + Ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 3 + Ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 3		
стоматологические			
- всего	Ф. N 47 таб. 1800 стр. (01 + 02 + 03 + 04) гр. 3		
- федерального подчинения	Ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 3		
- подчинения субъекта РФ	Ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 3		
- муниципального подчинения	Ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 3		
Уровень госпитализации на 100 человек населения			
- всего	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 77 гр. 6 ----- x 100 среднегодовая численность населения		
- федерального подчинения	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 81 гр. 6 ----- x 100 среднегодовая численность населения		
- подчинения субъекта РФ	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 82 гр. 6 ----- x 100 среднегодовая численность населения		
- муниципального подчинения	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 83 гр. 6 ----- x 100 среднегодовая численность населения		
Летальность			
- всего	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 77 гр. 11 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 1110 стр. 77 гр. (10 + 11)		
- федерального подчинения	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 81 гр. 11 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 1110 стр. 81 гр. (10 + 11)		
- подчинения субъекта РФ	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 82 гр. 11 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 1110 стр. 82 гр. (10 + 11)		
- муниципального подчинения	Ф. N 47 таб. 1110 стр. 83 гр. 11 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 1110 стр. 83 гр. (10 + 11)		

ДИСПАНСЕРЫ

Показатели	Источник информации
Число всех диспансеров	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 3
в том числе в сельской местности	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 13 гр. 3
из общего числа - диспансеры по специализации:	
противотуберкулезные	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 01 гр. 3
онкологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 02 гр. 3
кожно-венерологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 03 гр. 3
психоневрологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 04 гр. 3
врачебно-физкультурные	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 05 гр. 3
трахоматозные	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 06 гр. 3
эндокринологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 07 гр. 3
наркологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 08 гр. 3
кардиологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 10 гр. 3
прочие	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 11 гр. 3
Число диспансеров федерального подчинения	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 3
Число диспансеров подчинения субъекта РФ	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 3
Число диспансеров муниципального подчинения	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 3
Число коек в них, единиц	
Все диспансеры	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 8
в том числе в сельской местности	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 13 гр. 8
из общего числа - диспансеры по специализации:	
противотуберкулезные	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 01 гр. 8
онкологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 02 гр. 8
кожно-венерологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 03 гр. 8
психоневрологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 04 гр. 8
врачебно-физкультурные	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 05 гр. 8
трахоматозные	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 06 гр. 8
эндокринологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 07 гр. 8
наркологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 08 гр. 8
кардиологические	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 10 гр. 8
прочие	Ф. N 47 таб. 0710 стр. 11 гр. 8

СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

Показатели	Источник информации
Число городских больниц скорой медицинской помощи	Ф. N 47 таб. 0100 стр. 05 гр. 3
Средняя мощность одной больницы, коек	Ф. N 47 таб. 0100 стр. 05 гр. 8 ----- Ф. N 47 таб. 0100 стр. 05 гр. 3
Число станций (отделений) скорой медицинской помощи	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. (3 + 4)
в том числе в сельской местности	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. 5
Численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах, человек	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 07 гр. (3 + 4)
На 1000 человек населения	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 07 гр. (3 + 4) ----- x 1000

	Среднегодовая численность населения	
в том числе в сельской местности	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 07 гр. 5	
на 1000 человек населения сельской местности	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 07 гр. 5	x 1000
	Среднегодовая численность сельского населения	
Число выполненных вызовов - всего	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 04 гр. (3 + 4)	
из них в связи с перевозкой больных	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 05 гр. (3 + 4)	
в том числе в сельской местности	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 04 гр. 5	
из них в связи с перевозкой больных	Ф. N 47 таб. 0600 стр. 05 гр. 5	

ГОСПИТАЛИ И ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

Показатели	Источник информации
Число госпиталей для ветеранов войн	Ф. N 47 таб. 0100 стр. 06 гр. 3
в них коек	Ф. N 47 таб. 0100 стр. 06 гр. 8
Всего отделений для инвалидов, участников и ветеранов войн	Ф. N 47 таб. 0200 стр. 01 гр. 3
в них коек	Ф. N 47 таб. 0200 стр. 01 гр. 4
Из общего числа отделений - отделения в больницах:	
областных	Ф. N 47 таб. 0200 стр. 02 гр. 3
городских	Ф. N 47 таб. 0200 стр. 03 гр. 3
больницах сельских районов (центральных районных, районных)	Ф. N 47 таб. 0200 стр. 05 гр. 3
специализированных больницах (кроме психиатрических и психоневрологических)	Ф. N 47 таб. 0200 стр. 04 гр. 3
психиатрических и психоневрологических больницах	Ф. N 47 таб. 0200 стр. 06 гр. 3

ХИРУРГИЧЕСКАЯ РАБОТА УЧРЕЖДЕНИЙ

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Число операций на нервной системе, проведенных в стационаре:	
- абс. ч.	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 3
- % к общему числу операций	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 3
	x 100
	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 1.0 гр. 3
из них операций на нервной системе, с применением высоких медицинских технологий (ВМТ):	
- абс. ч.	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 5
- % к числу операций на нервной системе, проведенных в	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 5
	x 100

стационаре	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 3	
Число операций на нервной системе, при которых наблюдались осложнения в стационаре:		
- абс. ч.	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 7	
- % к числу операций на нервной системе, проведенных в стационаре	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 7	
	----- x 100	
	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 3	
из них с применением ВМТ, при которых наблюдались осложнения в стационаре:		
- абс. ч.	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 9	
- % к общему числу операций, с применением ВМТ	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 9	
	----- x 100	
	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 5	
Умерло оперированных на нервной системе в стационаре:		
- абс. ч.	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 11	
- % к числу операций на нервной системе, проведенных в стационаре	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 11	
	----- x 100	
	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 3	
из них умерло после операций на нервной системе, проведенных с применением ВМТ:		
- абс. ч.	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 13	
- % к общему числу операций с применением ВМТ	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 13	
	----- x 100	
	Ф. N 14 таб. 4000 стр. 2.0 гр. 5	

Число проведенных операций в круглосуточном стационаре, в дневном стационаре всех типов, в амбулаторно-поликлиническом учреждении по учреждениям (организациям) различных ведомств всех форм собственности (кроме системы Минздравсоцразвития России) - ф. N 1-здрав, раздел 6.

**МОЩНОСТЬ ВСЕХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ
УЧРЕЖДЕНИЙ ПО РЕГИОНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ И ВХОДЯЩИХ В СОСТАВ ДРУГИХ УЧРЕЖДЕНИЙ,
ДИСПАНСЕРНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ, ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ)**

Российская Федерация, федеральные округа, субъекты Российской Федерации по учреждениям Минздравсоцразвития России		
посещений в смену	Ф. 47 таб. 3650 стр. 2 гр. 22	
на 10000 человек населения	Ф. 47 таб. 3650 стр. 2 гр. 22	
	----- x 10000	
	численность населения на конец года	
по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности (включая		

учреждения Минздравсоцразвития России)	
посещений в смену	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 3
на 10000 человек населения	Таблица 1-здрав (сводная) раздел 3 ----- x 10000
	численность населения на конец года

**ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ, ПРИМЕНЯЮЩИЕ СОВРЕМЕННЫЕ
МЕТОДЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОПЛАТЫ ТРУДА**

Название показателей	Алгоритм расчета показателей
Применяющие медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи:	
- всего	ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. 6 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 13 + ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 13 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 8
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 3 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 13 + ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 13 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 8
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 101 стр. 36 гр. 3 + ф. N 47 таб. 710 стр. 15 гр. 13 + ф. N 47 таб. 900 стр. 18 гр. 13 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 8
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 101 стр. 37 гр. 3 + ф. N 47 таб. 710 стр. 16 гр. 13 + ф. N 47 таб. 900 стр. 19 гр. 13 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 8
Переведенных на оплату медицинской помощи по результатам деятельности:	
- всего	ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 4 + ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. 7 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 14 + ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 14 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 9
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 4 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 14 + ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 14 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 9
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 4 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 14 + ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 14 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 9
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 0101 стр. 37 гр. 4 + ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 14 + ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 14 + ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 9

Переведенных на новую (отраслевую) систему оплаты труда, ориентированную на результат:						
- всего	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 5 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. 8 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 15 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 15 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 10</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 5 +	ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. 8 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 15 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 15 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 10
ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 5 +						
ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. 8 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 15 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 15 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 10						
- федерального подчинения	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 5 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 15 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 15 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 10</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 5 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 15 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 15 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 10	
ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 5 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 15 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 15 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 10						
- подчинения субъекта РФ	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 5 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 15 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 15 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 10</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 5 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 15 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 15 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 10	
ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 5 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 15 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 15 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 10						
- муниципального подчинения	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 37 гр. 5 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 15 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 15 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 10</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 37 гр. 5 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 15 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 15 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 10	
ф. N 47 таб. 0101 стр. 37 гр. 5 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 15 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 15 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 10						
Переведенных на одноканальное финансирование:						
- всего	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 6 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. 9 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 16 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 16 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 11</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 6 +	ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. 9 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 16 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 16 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 11
ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 6 +						
ф. N 47 таб. 0600 стр. 01 гр. 9 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 16 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 16 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 11						
- федерального подчинения	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 6 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 16 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 16 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 11</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 6 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 16 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 16 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 11	
ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 6 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 16 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 16 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 11						
- подчинения субъекта РФ	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 6 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 16 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 16 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 11</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 6 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 16 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 16 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 11	
ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 6 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 16 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 16 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 11						
- муниципального подчинения	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 37 гр. 6 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 16 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 16 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 11</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 37 гр. 6 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 16 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 16 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 11	
ф. N 47 таб. 0101 стр. 37 гр. 6 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 16 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 16 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 11						
Применяющих высокотехнологичные методы лечения:						
- всего	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 7 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 17 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 17 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 12</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 7 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 17 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 17 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 12	
ф. N 47 таб. 0101 стр. 33 гр. 7 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 12 гр. 17 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 15 гр. 17 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 07 гр. 12						
- федерального подчинения	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 7 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 17 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 17 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 12</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 7 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 17 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 17 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 12	
ф. N 47 таб. 0101 стр. 35 гр. 7 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 14 гр. 17 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 17 гр. 17 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 09 гр. 12						
- подчинения субъекта РФ	<table border="1"> <tbody> <tr><td>ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 7 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 17 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 17 +</td></tr> <tr><td>ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 12</td></tr> </tbody> </table>	ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 7 +	ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 17 +	ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 17 +	ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 12	
ф. N 47 таб. 0101 стр. 36 гр. 7 +						
ф. N 47 таб. 0710 стр. 15 гр. 17 +						
ф. N 47 таб. 0900 стр. 18 гр. 17 +						
ф. N 47 таб. 1800 стр. 10 гр. 12						

- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 0101 стр. 37 гр. 7 +
	ф. N 47 таб. 0710 стр. 16 гр. 17 +
	ф. N 47 таб. 0900 стр. 19 гр. 17 +
	ф. N 47 таб. 1800 стр. 11 гр. 12

СОСТОЯНИЕ ЗДАНИЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Названия показателей	Алгоритмы расчета показателей
Число зданий:	
- всего	ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 + 07) гр. 4
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 1710 стр. (02 + 08) гр. 4
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 1710 стр. (3 + 9) гр. 4
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 - 02 - 03) гр. 4 + ф. N 47 таб. 1710 стр. (07 - 08 - 09) гр. 4
Доля зданий, находящихся в аварийном состоянии, требующих ремонта (в %):	
- всего	ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 + 07) гр. 5 ----- x 100 ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 + 07) гр. 4
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 1710 стр. (02 + 08) гр. 5 ----- x 100 ф. N 47 таб. 1710 стр. (02 + 08) гр. 4
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 1710 стр. (03 + 09) гр. 5 ----- x 100 ф. N 47 таб. 1710 стр. (03 + 09) гр. 4
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 - 02 - 03) гр. 5 + стр. (07 - 08 - 09) гр. 5 ----- x 100 ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 - 02 - 03) гр. 4 + стр. (07 - 08 - 09) гр. 4
Доля зданий, требующих реконструкции (в %):	
- всего	ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 + 07) гр. 6 ----- x 100 ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 + 07) гр. 4
- муниципального подчинения	ф. N 47 таб. 1710 стр. (02 + 08) гр. 6 ----- x 100 ф. N 47 таб. 1710 стр. (02 + 08) гр. 4
- федерального подчинения	ф. N 47 таб. 1710 стр. (03 + 09) гр. 6 ----- x 100 ф. N 47 таб. 1710 стр. (03 + 09) гр. 4
- подчинения субъекта РФ	ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 - 02 - 03) гр. 6 + стр. (07 - 08 - 09) гр. 6 ----- x 100

	Ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 - 02 - 03) гр. 4 + стр. (07 - 08 - 09) гр. 4	
Доля зданий, требующих капитального ремонта (в %):		
- всего	Ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 + 07) гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 + 07) гр. 4	
- муниципального подчинения	Ф. N 47 таб. 1710 стр. (02 + 08) гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 1710 стр. (02 + 08) гр. 4	
- федерального подчинения	Ф. N 47 таб. 1710 стр. (03 + 09) гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 1710 стр. (03 + 09) гр. 4	
- подчинения субъекта РФ	Ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 - 02 - 03) гр. 7 + стр. (07 - 08 - 09) гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 1710 стр. (01 - 02 - 03) гр. 4 + стр. (07 - 08 - 09) гр. 4	

МЕДИЦИНСКИЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ КАДРЫ

Название показателей	Алгоритм расчета показателей
Всего занятых в отрасли "Здравоохранение" на конец года, человек	Ф. 17 таб. 1000 стр. 1 + 88 гр. 3 + таб. 1001 стр. 94 + 134 + 137 + 138 гр. 3
в процентах от среднегодовой численности занятых в экономике	Ф. 17 таб. 1000 стр. 01 + 88 гр. 3 + таб. 1001 стр. 94 + 134 + 137 + 138 гр. 3 ----- x 100 среднегодовая численность занятых в экономике

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ ПО ОТДЕЛЬНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

В настоящей методике расчет дается с учетом действующей формы N 17.

(в таблице 1000 в гр. 3 показываются все врачи, в гр. 4 - врачи, основным местом работы которых являются учреждения подготовки кадров, НИИ и аппараты органов управления, разница этих граф должна соответствовать численности практикующих врачей)

	Всего, человек (гр. 3)	На 10000 человек населения на конец года
	Форма N 17 Таблица 1000 гр. 3	Форма N 17 Таблица 1000 гр. 3
Численность врачей всех специальностей	стр. 01 гр. 3	стр. 01 гр. 3 ----- x 10000 население на конец года
из них:		
По специальностям группы "лечебное дело"	сумм. стр. (05 - 12, 14 - 24, 26 - 35, 37, 47 - 63, 65 - 67, 80 - 82)	сумм. стр. (05 - 12, 14 - 24, 26 - 35, 37, 47 - 63, 65 - 67, 80 - 82) ----- x 10000

	население на конец года	
По специальностям группы "педиатрия"	сумм. стр. (13, 25, 36, 45, 46)	сумм. стр. (13, 25, 36, 45, 46) x 10000 ----- дети в возрасте 0 - 14 лет включительно на конец года
По специальностям группы "стоматология"	сумм. стр. (38 - 43)	сумм. стр. (38 - 43) x 10000 ----- население на конец года
По специальностям группы "медико-профилактическое дело"	сумм. стр. (64, 67 - 79)	сумм. стр. (64, 67 - 79) x 10000 ----- население на конец года
терапевтов	стр. 05	стр. 05 x 10000 ----- население на конец года
- ревматологов	стр. 08	стр. 08 x 10000 ----- население на конец года
- кардиологов	стр. 07	стр. 07 x 10000 ----- население на конец года
- клинических фармакологов	стр. 81	стр. 81 x 10000 ----- население на конец года
- гериатров	стр. 58	стр. 58 x 10000 ----- население на конец года
- гематологов	стр. 16	стр. 16 x 10000 ----- население на конец года
хирургов	стр. 24	стр. 24 x 10000 ----- население на конец года
- нейрохирургов	стр. 28	стр. 28 x 10000 ----- население на конец года
- сердечно-сосудистых хирургов	стр. 26	стр. 26 x 10000 ----- население на конец года
- торакальных хирургов	стр. 27	стр. 27 x 10000 ----- население на конец года
анестезиологов-реаниматологов	стр. 30	стр. 30 x 10000 ----- население на конец года
врачей общей практики (семейных врачей)	стр. 82	стр. 82 x 10000 ----- население на конец года

врачей скорой медицинской помощи	стр. 61	стр. 61 ----- x 10000 население на конец года
травматологов и ортопедов	стр. 31	стр. 31 ----- x 10000 население на конец года
эндокринологов	сумм. стр. 12 + 13	стр. 12 + 13 ----- x 10000 население на конец года
онкологов	сумм. стр. 35 + 36	стр. 35 + 36 ----- x 10000 население на конец года
акушеров-гинекологов	стр. 44	стр. 44 ----- x 10000 население на конец года
офтальмологов	стр. 49	стр. 49 ----- x 10000 население на конец года
отоларингологов	стр. 50	стр. 50 ----- x 10000 население на конец года
неврологов	стр. 53	стр. 53 ----- x 10000 население на конец года
психиатров и наркологов	сумм. стр. 54, 55	сумм. стр. 54, 55 ----- x 10000 население на конец года
психотерапевтов и сексологов	сумм. стр. 56, 57	сумм. стр. 56, 57 ----- x 10000 население на конец года
фтизиатров	стр. 52	стр. 52 ----- x 10000 население на конец года
дерматовенерологов	стр. 59	стр. 59 ----- x 10000 население на конец года
рентгенологов и радиологов	сумм. стр. 37, 47	сумм. стр. 37, 47 ----- x 10000 население на конец года
врачей лечебной физкультуры и спортивной медицины	стр. 19	стр. 19 ----- x 10000 население на конец года
стоматологов	сумм. стр. 38-43	сумма стр. 38-43 ----- x 10000 население на конец года

Аналогичные показатели считаются с учетом численности врачей по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности - по ф. N 1-здрав (сводная) раздел 5.

**УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ВРАЧЕЙ
В БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ <1>
(СООТНОШЕНИЕ ЗАНЯТЫХ И ШТАТНЫХ ЕДИНИЦ; В ПРОЦЕНТАХ)**

<1> В системе Минздравсоцразвития России.

Виды учреждений	Алгоритм расчета показателей
Все лечебно-профилактические учреждения	Ф. N 47 таб. 3300 стр. 20 гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 3300 стр. 20 гр. 6
из них:	
больничные учреждения	Ф. N 47 таб. 3300 стр. 01 гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 3300 стр. 01 гр. 6
станции скорой медицинской помощи	Ф. N 47 таб. 3300 стр. 02 гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 3300 стр. 02 гр. 6
станции переливания крови	Ф. N 47 таб. 3300 стр. 03 гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 3300 стр. 03 гр. 6
диспансеры	Ф. N 47 таб. 3300 стр. 06 гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 3300 стр. 06 гр. 6
амбулаторно-поликлинические учреждения	Ф. N 47 таб. 3300 стр. 07 гр. 7 ----- x 100 Ф. N 47 таб. 3300 стр. 07 гр. 6
- в том числе в первичном звене (участковые терапевты, участковые педиатры, врачи общей практики/семейные врачи)	Ф. N 30 таб. 1100 стр. (04 + 05 + 06 + 07 + 46 + 47 + 82) гр. 4 ----- Ф. N 30 таб. 1100 стр. (04 + 05 + 06 + 07 + 46 + 47 + 82) гр. 3
диагностические центры	Ф. 47 таб. 3300 стр. 12 гр. 7 ----- x 100 Ф. 47 таб. 3300 стр. 12 гр. 6

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ ВРАЧЕЙ ПО КВАЛИФИКАЦИОННЫМ КАТЕГОРИЯМ <1> (В ПРОЦЕНТАХ)

<1> В учреждениях системы Минздравсоцразвития России.

Всего врачей на конец года (физических лиц по специализации по всем строкам)	Ф. N 17 таб. 1000 стр. 01 гр. 3
Имеют квалификационную категорию:	Ф. N 17 таб. 1000 стр. 01 гр. (5 + 6 + 7)
Доля врачей, имеющих квалификационную категорию:	

высшую	гр. 5 ----- x 100 гр. 3		
первую	гр. 6 ----- x 100 гр. 3		
вторую	гр. 7 ----- x 100 гр. 3		
Имеют сертификат специалиста	гр. 8 ----- x 100 гр. 3		
в том числе работают в учреждениях, расположенных в сельской местности	Ф. N 17 таб. 1000 стр. 03	гр. 3	
Имеют квалификационную категорию:			
высшую	стр. 03 гр. 5 ----- x 100 стр. 03 гр. 3		
первую	стр. 03 гр. 6 ----- x 100 стр. 03 гр. 3		
вторую	стр. 03 гр. 7 ----- x 100 стр. 03 гр. 3		
Имеют сертификат специалиста	стр. 03 гр. 8 ----- x 100 стр. 03 гр. 3		

**РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА
ПО ОТДЕЛЬНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ**

Форма 17 таб. 1001, гр. 3

	Всего, человек	На 10000 человек населения на конец года
Численность среднего медицинского персонала - всего	стр. 94	стр. 94 ----- x 10000 население на конец года
из них:		
фельдшеры (лечебное дело)	стр. 98	стр. 98 ----- x 10000 население на конец года
акушерки	стр. 99	стр. 99 ----- x 10000 население на конец года
медицинские сестры - всего	стр. 105	стр. 105

		----- x 10000 население на конец года
лаборанты - всего	стр. 117	стр. 117 ----- x 10000 население на конец года
медицинские лабораторные техники (фельдшеры-лаборанты) - всего	стр. 125	стр. 125 ----- x 10000 население на конец года
рентгенолаборанты	стр. 115	стр. 115 ----- x 10000 население на конец года
зубные врачи	стр. 129	стр. 129 ----- x 10000 население на конец года

Аналогичные показатели считаются с учетом численности врачей по учреждениям всех форм собственности и ведомственной принадлежности - по ф. N 1-здрав (сводная) раздел 5.

**УКОМПЛЕКТОВАННОСТЬ ДОЛЖНОСТЕЙ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО
ПЕРСОНАЛА В БЮДЖЕТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
(СООТНОШЕНИЕ ШТАТНЫХ И ЗАНЯТЫХ ДОЛЖНОСТЕЙ; В ПРОЦЕНТАХ)**

Виды учреждений	Алгоритмы расчета показателей
Все лечебно- профилактические учреждения	ф. N 47 таб. 3300 стр. 20 гр. 13 ----- x 100 ф. N 47 таб. 3300 стр. 20 гр. 12
из них:	
больничные учреждения	ф. N 47 таб. 3300 стр. 01 гр. 13 ----- x 100 ф. N 47 таб. 3300 стр. 01 гр. 12
станции скорой медицинской помощи	ф. N 47 таб. 3300 стр. 02 гр. 13 ----- x 100 ф. N 47 таб. 3300 стр. 02 гр. 12
станции переливания крови	ф. N 47 таб. 3300 стр. 03 гр. 13 ----- x 100 ф. N 47 таб. 3300 стр. 03 гр. 12
диспансеры	ф. N 47 таб. 3300 стр. 06 гр. 13 ----- x 100 ф. N 47 таб. 3300 стр. 06 гр. 12
амбулаторно- поликлинические учреждения	ф. N 47 таб. 3300 стр. 07 гр. 13 ----- x 100 ф. N 47 таб. 3300 стр. 07 гр. 10
диагностические центры	ф. N 47 таб. 3300 стр. 12 гр. 13 ----- x 100 ф. N 47 таб. 3300 стр. 12 гр. 12

3.6. Деятельность лечебно-профилактических учреждений

Среднее число посещений ЛПУ населением - отношение фактического числа амбулаторных посещений больными у врачей к численности обслуживаемого населения. В число амбулаторных посещений следует включать также посещения к стоматологам. При исчислении этого показателя следует из общего количества амбулаторных посещений к врачам вычесть посещения, сделанные лицами, не проживающими в данном населенном пункте, хотя и обслуживаемыми этими ЛПУ.

Для оценки деятельности медицинского учреждения среднее число посещений на неприкрепленное население следует рассчитывать отдельно.

Показатель объема амбулаторно-поликлинической помощи выражается в количестве посещений на 1000 человек и в количестве дней лечения в стационарах дневного пребывания и стационарах на дому на 1000 человек.

Показатели обслуживания вспомогательными видами медицинской помощи (в %) определяются как отношение числа проведенных параклинических услуг (рентгеновские обследования, лабораторные анализы, физиотерапевтические процедуры и т.д.) к числу посещений, сделанных к врачам, ведущим амбулаторно-поликлинический прием, в расчете на 100 человек.

Размер госпитализации больных выражается через отношения числа больных поликлиники, госпитализированных в больницы, к числу больных поликлиники, направленных на госпитализацию, на 100 человек или как отношение числа больных поликлиники, госпитализированных в больницы, к числу первичных больных, зарегистрированных в поликлинике на 100 человек.

Уровень госпитализации населения рассчитывается как отношение количества госпитализированных лиц к общей численности застрахованного населения в расчете на 1000 человек.

Показатель объема стационарной помощи выражается в количестве койко-дней на 1000 человек населения.

Показатель объема скорой медицинской помощи выражается в количестве вызовов на 1000 человек населения.

Кочный фонд - совокупность круглосуточных коек стационарных лечебно-профилактических учреждений (больниц, родильных домов, стационаров специализированных диспансеров и пр.), предназначенный для обслуживания населения. Места дневного стационара в численность коечного фонда учреждения не включаются.

Статистическая информация, отражающая сферу здравоохранения кроме вышеперечисленных форм федеральной статистической отчетности системы Минздравсоцразвития России и формы N 1-здрав, формируется также в специальных статистических таблицах с основными показателями деятельности лечебно-профилактических учреждений по городам-столицам республик, краевым, областным центрам - таблица N 2-ЦЕНТР; по районам проживания малочисленных народов Севера - таблица N 2-СЕВЕР и по районам Крайнего Севера и приравненным к ним местностям - таблица N 2-КРАЙНИЙ СЕВЕР, последние включают показатели не только деятельности лечебно-профилактических учреждений, но отдельные показатели заболеваемости населения. Вышеперечисленные таблицы формируются на основе данных, входящих в отчеты, обработка которых осуществляется в системе Минздравсоцразвития России, и на основе данных Росстата ф. N 1-здрав. Раздел о числе учреждений, оказывающих медицинские услуги населению и численности медицинских кадров, - по формам N 17, 30, 47; о заболеваемости населения - в соответствии с данными отчетов ф. N 2 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях", ф. N 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения", ф. N 33 "Сведения о больных туберкулезом", ф. N 35 "Сведения о больных злокачественными новообразованиями", ф. N 37 "Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями", ф. N 34 "Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой". Расчет показателей по данным формам осуществляется как и по указанным сведениям по субъектам Российской Федерации и в целом по Российской Федерации, но в расчете на население соответствующей территории (города, района).

3.7. Статистика деятельности специализированных служб и учреждений здравоохранения

Статистика онкологических диспансеров

В систему оказания онкологической помощи населению входят смотровые и онкологические кабинеты амбулаторно-поликлинических учреждений, онкологические диспансеры, межтерриториальные специализированные онкологические отделения (центры), хосписы или отделения (центры) паллиативной помощи онкологическим больным.

Основными задачами учреждений (отделений) для оказания специализированной онкологической помощи населению являются проведение целевых (скрининговых) медицинских осмотров населения с целью раннего выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний; оказание специализированной медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями (ЗНО); ведение территориального ракового регистра; проведение диспансерного наблюдения за больными злокачественными новообразованиями.

**ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ**

Название показателя	Способ вычисления	Отчетные формы стат. документов
Контингенты больных ЗНО	Число больных злокачественными новообразованиями, состоящих на учете на конец отчетного года ----- x 100000 Численность населения на конец года	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 10 ----- x 100000 Численность населения на конец года
Заболеваемость ЗНО	Число случаев злокачественных новообразований, выявленных впервые в жизни в отчетном году ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф. N 7 таб. 2000 стр. (01 + 02) гр. 5 ----- x 100000 Среднегодовая численность населения
Морфологическая верификация диагноза ЗНО	Число больных с морфологически подтвержденным диагнозом злокачественного новообразования ----- x 100 Общее число больных, взятых на учет в отчетном году с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 6 ----- x 100 ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 4
Индекс накопления контингентов больных	Число больных, состоящих на учете на конец отчетного года ----- Общее число больных, взятых на учет в отчетном году с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 10 ----- ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 4
Одногодичная летальность	Число умерших на первом году с момента установления диагноза ЗНО ----- x 100 Общее число больных с впервые в	ф. N 35 таб. 2200 стр. 01 гр. 5 ----- x 100 ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 4

	жизни установленным диагнозом ЗНО в предыдущем году	(предыдущий год)	
Пятилетняя выживаемость	Число больных, состоящих на учете с момента установления диагноза ЗНО 5 лет и более	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 11	
	----- x 100	----- x 100	
	Общее число больных ЗНО, состоящих на учете на конец отчетного года	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 10	
Доля больных ЗНО, выявленных при профилактических осмотрах	Число больных, у которых выявлено ЗНО при профилактических осмотрах	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 5	
	----- x 100	----- x 100	
	Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО, взятых на учет в отчетном году	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 4	
Доля больных с впервые в жизни установленным диагнозом, имеющих I-II стадию ЗНО	Число больных с I-II стадиями ЗНО	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 7	
	----- x 100	----- x 100	
	Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО, взятых на учет в отчетном году	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 4	
Доля больных, закончивших специальное лечение	Число больных, закончивших специальное лечение	ф. N 35 таб. 2300 стр. 01 гр. 4	
	----- x 100	----- x 100	
	Общее число больных с впервые в жизни установленным диагнозом ЗНО	ф. N 35 таб. 2100 стр. 01 гр. 4	

Статистика психоневрологических диспансеров

Психиатрическая помощь населению оказывается системой лечебно-профилактических учреждений.

Основным звеном в организации внебольничной психоневрологической помощи населению является психоневрологический диспансер, который оказывает специализированную помощь взрослым, детям и подросткам.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ

Название показателя	Способ вычисления	Отчетные формы стат. документов
Контингенты больных психическими расстройствами	Число больных психическими расстройствами, находящихся под диспансерным наблюдением и получающих консультативно-лечебную помощь на конец отчетного года	ф. N 36 таб. 2100 стр. 05 гр. 11 + ф. N 36 таб. 2110 стр. 05 гр. 11
	----- x 100000	----- x 100000
	Численность населения на конец года	Численность населения на конец года
Первичная заболеваемость психическими расстройствами	Число впервые в жизни зарегистрированных больных психическими расстройствами, взятых под диспансерное наблюдение и впервые обратившихся за консультативно-лечебной помощью	ф. N 36 таб. 2100 стр. 05 гр. 6 + ф. N 36 таб. 2110 стр. 05 гр. 6
	----- x 100000	----- x 100000
	Среднегодовая численность населения	Среднегодовая численность населения
Уровень общей инвалидности в связи с психическими расстройствами	Число больных психическими расстройствами, имеющих группу инвалидности на конец года	ф. N 36 таб. 2180 стр. 01 гр. 8
	----- x 100000	----- x 100000
	Численность населения на конец года	Численность населения на конец года
Уровень первичной инвалидности в связи с психическими расстройствами	Число больных психическими расстройствами, впервые признанных инвалидами	ф. N 36 таб. 2180 стр. 01 гр. 5
	----- x 100000	----- x 100000
	Среднегодовая численность населения	Среднегодовая численность населения
Средняя длительность пребывания пользованно-	Число койко-дней, проведенных всеми пользованными больными психическими расстройствами в стационаре	ф. N 47 таб. 1110 стр. (49 + 50 + 51) гр. 12 x 1000

го больного психическими расстройствами в стационаре	Число использованных (выбывших + оставшихся на конец года) больных психическими расстройствами	ф. N 36 таб. 2300 стр. (16 + 18 + 21) гр. (11 + 13 + 14 + 15)
Средняя длительность пребывания в стационаре выбывшего больного	Число койко-дней, проведенных в стационаре выбывшими больными (выписанными и умершими) ----- Число выбывших (выписанных и умерших) из стационара больных психическими расстройствами	ф. N 36 таб. 2300 стр. (16 + 18 + 21) гр. 12 x 1000 ----- ф. N 36 таб. 2300 стр. (16 + 18 + 21) гр. 11

Статистика наркологических диспансеров

В Российской Федерации оказание наркологической помощи пациентам осуществляется учреждениями общей лечебной сети (психиатрические, психоневрологические и многопрофильные больницы), а также сетью специализированных наркологических учреждений. К последним относятся наркологические диспансеры (отделения, кабинеты), отделения неотложной наркологической помощи и наркологические реабилитационные центры.

Основным звеном в системе организации наркологической помощи населению является наркологический диспансер, главной целью деятельности которого является организация профилактической работы по борьбе с пьянством и наркоманией, а также оказание специализированной помощи лицам, страдающим алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ НАРКОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ

Название показателя	Способ вычисления	Отчетные формы стат. документов
Контингенты наркологических больных	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете на конец отчетного года ----- x 100000 Численность населения на конец года	ф. N 37 таб. 2100 стр. 11 гр. 9 ----- x 100000 Численность населения на конец года
Заболеваемость	Число заболеваний наркологическими расстройствами, зарегистрированными впервые в жизни	ф. N 11 таб. 2000 стр. 01 гр. 4

----- x 100000 Среднегодовая численность населения	----- x 100000 Среднегодовая численность населения
---	---

Статистика противотуберкулезных диспансеров

Основными задачами службы являются своевременное выявление, специализированное лечение, динамическое наблюдение больных туберкулезом; оказание организационно-методической помощи учреждениям общелечебной сети по вопросам профилактики и раннего выявления туберкулеза; проведение вакцинации детей и подростков; организация социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом.

ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ДИСПАНСЕРОВ

Название показателя	Способ вычисления	Отчетные формы стат. документов
Заболееваемость всеми формами активного туберкулеза	Число заболеваний с впервые в жизни выявленным активным туберкулезом всех форм ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф. N 8 таб. 1000 стр. (01 + 02) гр. 6 ----- x 100000 Среднегодовая численность населения
Контингенты	Число больных активным туберкулезом всех форм, состоящих на диспансерном учете ----- x 100000 Численность населения на конец года	ф. N 33 таб. 2100 стр. 07 гр. 7 ----- x 100000 Численность населения на конец года

Статистика кожно-венерологических диспансеров

Основным учреждением, оказывающим лечебно-профилактическую помощь больным инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), является кожно-венерологический диспансер, основными задачами которого являются профилактика, ранняя диагностика, оказание специализированной дерматовенерологической помощи населению; организация диспансерного наблюдения больных, страдающих ИППП и заразными кожными заболеваниями; оказание организационно-методической помощи учреждениям общелечебной сети по вопросам профилактики и раннего выявления ИППП и заразных кожных заболеваний.

**ПОКАЗАТЕЛИ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ ДИСПАНСЕРОВ**

Название показателя	Способ вычисления	Отчетные формы стат. документов
Заболееваемость сифилисом	Число заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом сифилиса ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф. N 9 таб. 2000 стр. (01 + 02) гр. 5 ----- x 100000 Среднегодовая численность населения
Заболееваемость гонококковой инфекцией	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом гонококковой инфекции ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф. N 9 таб. 2000 стр. (13 + 14) гр. 5 ----- x 100000 Среднегодовая численность населения
Заболееваемость чесоткой	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом чесотки ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф. N 9 таб. 2106 стр. 01 гр. 1 ----- x 100000 Среднегодовая численность населения
Заболееваемость грибковыми заболеваниями	Число больных с впервые в жизни установленным диагнозом грибкового заболевания ----- x 100000 Среднегодовая численность населения	ф. N 9 таб. 2105 стр. (01 + 03 + 05) ----- x 100000 Среднегодовая численность населения
Контингенты больных сифилисом	Число больных сифилисом, состоящих под наблюдением на конец года ----- x 100000 Численность населения на конец года	ф. N 34 таб. 2100 стр. 01 гр. 8 ----- x 100000 Численность населения на конец года

Контингенты больных гонококковой инфекцией	Число больных гонококковой инфекцией, состоящих под наблюдением на конец года ----- x 100000 Численность населения на конец года	ф. N 34 таб. 2100 стр. 06 гр. 8	----- x 100000
Контингенты больных чесоткой	Число больных чесоткой, состоящих под наблюдением на конец года ----- x 100000 Численность населения на конец года	ф. N 34 таб. 2100 стр. 15 гр. 8	----- x 100000

ГЛАВА 4. СТАТИСТИКА ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Под инвалидностью понимают социальную недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящего к ограничению жизнедеятельности и вызывающего необходимость мер социальной защиты. Понятие "инвалидность" имеет социальный, юридический и медицинский аспекты. За установлением инвалидности следует прекращение работы или изменение условий, характера труда и назначение различных видов государственной социальной защиты (пенсия, трудоустройство, профессиональное обучение, протезирование и др.), гарантированной законодательством.

4.1. Основные методические подходы к статистике инвалидности

Понятие способности к трудовой деятельности. В Приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 22 августа 2005 г. N 535 "Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы" указывается:

К основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к ориентации;
- способность к общению;
- способность контролировать свое поведение;
- способность к обучению;
- способность к трудовой деятельности.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих ограничения основных категорий жизнедеятельности человека, выделяются 3 степени их выраженности.

Способность к трудовой деятельности - способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

1 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшения объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

2 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) трудовой деятельности.

В бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) определяется и группа инвалидности, и степень ограничения способности к трудовой деятельности. В БМСЭ освидетельствуются впервые и повторно признанные инвалидами. Инвалиды, которым группа определена бессрочно, на учете в БМСЭ не состоят. Поэтому в БМСЭ нет сведений об общем контингенте инвалидов в населении.

Сведения об инвалидах, получающих пенсию, имеются в Пенсионном Фонде, где в форме 94 (пенсия) дано общее число инвалидов. Однако в этой форме группы инвалидности не указаны. Указаны инвалиды с ограничением способности к трудовой деятельности I, II, III степени (которые не совпадают с группами инвалидности).

В связи с этим фактически нет сведений об общем контингенте инвалидов в населении (так, в общее число не включены соответствующие данные из силовых структур), о его составе по группам, классам болезней и т.д.

Инвалидность как многофакторная проблема. Инвалидность является медицинской, социальной, экономической, демографической, правовой проблемой. Инвалидность является не только индикатором состояния здоровья нации и уровня социально-экономического развития страны, но и индикатором социальной политики государства и Правительства. В связи с этим динамика инвалидности обусловлена многими факторами.

Формы федерального статистического наблюдения:

N 1-собес (ТСП) "Сведения об обеспеченности инвалидов техническими средствами реабилитации, а также ветеранов протезами и протезно-ортопедическими изделиями" (годовая);

N 1-собес (транспорт для инвалидов) "Сведения об обеспеченности инвалидов транспортными средствами" (годовая);

N 3-собес (сводная) "Сведения о стационарных учреждениях социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей)" (годовая);

N 4-собес (сводная) "Сведения об учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий" (годовая);

N 5-собес "Сведения о социальном обслуживании граждан пожилого возраста, инвалидов и лиц без определенного места жительства" (полугодовая);

N 6-собес "Сведения о социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов";

N 7-собес "Сведения о медико-социальной экспертизе лиц в возрасте 18 лет и старше";

N 7-А (собес) "Сведения о деятельности главного бюро медико-социальной экспертизы";

N 7-Д (собес) "Сведения о медико-социальной экспертизе детей в возрасте до 18 лет";

N 7-Ф (собес) "Сведения о деятельности федерального бюро медико-социальной экспертизы".

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 ноября 2009 г. N 906н утвержден "Порядок организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы", согласно которому к федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы относятся находящиеся в ведении Федерального медико-биологического агентства Федеральное бюро медико-социальной экспертизы, главные бюро медико-социальной экспертизы по соответствующему субъекту Российской Федерации, главное бюро, осуществляющее медико-социальную экспертизу работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий, имеющие филиалы - бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах.

4.2. Основные показатели статистики инвалидности

ФОРМА N 7-СОБЕС "СВЕДЕНИЯ О МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ"

Сведения по форме федерального статистического наблюдения N 7-собес предоставляют бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (далее - бюро МСЭ) в главное бюро медико-социальной экспертизы по субъекту Российской Федерации (главное бюро, осуществляющее медико-социальную экспертизу работников организаций отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и населения отдельных территорий) (далее - главное бюро МСЭ) в срок до 15 января года, следующего за отчетным годом.

Главное бюро МСЭ предоставляет сводную форму N 7-собес в Федеральное бюро МСЭ в срок до 30 января года, следующего за отчетным годом.

Федеральное бюро МСЭ предоставляет сводный отчет в целом по России и в разрезе субъектов Российской Федерации Федеральному медико-биологическому агентству в срок до 10 марта года, следующего за отчетным годом.

Федеральное медико-биологическое агентство предоставляет сводный отчет в целом по России и в разрезе субъектов Российской Федерации Минздравсоцразвития России в срок до 15 марта года, следующего за отчетным годом.

Сведения приводятся по состоянию на конец отчетного года.

Результаты первичных освидетельствований граждан в возрасте 18 лет и старше

Таблица 1.1. Распределение впервые освидетельствованных и впервые признанных инвалидами по социальным причинам

В строке 01 указываются лица, которые впервые направлены на освидетельствование в бюро МСЭ, а также лица, которым в прошлом при очередном переосвидетельствовании инвалидность не была установлена, обратившиеся с различными вопросами.

Первичная инвалидность всего взрослого населения, в том числе в трудоспособном и пенсионном возрасте:

- абсолютные данные - строка 05, графы 3, 4, 6;

- на 10 тысяч человек населения - соотношение абсолютных данных к среднегодовой численности населения соответствующего возраста, умноженное на 10000.

Структура первичной инвалидности с учетом трудоспособного и пенсионного возраста - строка 05, графа 3 = 100%, удельный вес трудоспособного возраста - стр. 05 гр. 4 x 100/стр. 05 гр. 3, удельный вес инвалидов пенсионного возраста - стр. 05 гр. 6 x 100/стр. 05 гр. 3.

Удельный вес инвалидов с учетом различных причин (в % от общей численности признанных инвалидами) - число инвалидов вследствие различных причин - строки 07-14, графа 3 делить на общее число признанных инвалидами (стр. 05 гр. 3) и умножить на 100.

Распределение первичной инвалидности по возрасту - всего, в том числе у лиц молодого возраста (18-44 лет), среднего возраста (45-54 лет жен., 45-59 лет муж.), пенсионного возраста (55 лет и старше жен., 60 лет и старше муж.) (на 10 тыс. соответствующего среднегодового населения) - таблица 1.2. Распределение впервые признанных инвалидами по формам болезней, возрасту и группам инвалидности.

Распределение первичной инвалидности с учетом группы инвалидности (у лиц молодого возраста, среднего возраста, у лиц пенсионного возраста) - таблица 1.2.

Распределение первичной инвалидности по основным классам и отдельным заболеваниям - таблица 1.2.

Результаты повторных освидетельствований граждан в возрасте 18 лет и старше

Повторная инвалидность всего взрослого населения, в том числе в трудоспособном и пенсионном возрасте:

- абсолютные данные - таблица 2.1. Распределение повторно освидетельствованных по социальным причинам, строка 05, графы 3, 4, 6;

- на 10 тысяч человек населения - соотношение абсолютных данных к среднегодовой численности населения соответствующего возраста, умноженное на 10000.

Структура повторной инвалидности с учетом трудоспособного и пенсионного возраста, удельный вес инвалидов с учетом различных причин, распределение повторной инвалидности по возрасту и группам инвалидности, по основным классам и отдельным заболеваниям рассчитываются аналогично показателям первичной инвалидности.

Результаты переосвидетельствования инвалидов для определения группы инвалидности

Основные показатели реабилитации:

- Число инвалидов из I группы, перешедших во II группу (абс. число и %).

- Число инвалидов из II группы, перешедших в III группу (абс. число и %).

- Число не признанных инвалидов из I группы, из II группы, из III группы, всего (абс. число и % от общего числа).

Показатели стабильности:

- Число инвалидов I группы, которым оставлена I группа (абс. число и %).

- Число инвалидов II группы, которым оставлена II группа (абс. число и %).

- Число инвалидов III группы, которым оставлена III группа (абс. число и %).

Показатели утяжеления:

- Число инвалидов, которые перешли из II группы в I группу (абс. число и %).

- Число инвалидов, которые перешли из III группы во II группу (абс. число и %) или в I группу (абс. число и %).

Сеть и кадры бюро медико-социальной экспертизы

Всего бюро МСЭ _____

в том числе ежедневно действующие _____

Бюро МСЭ общего профиля _____

специализированные _____

Численность врачей-специалистов, работающих в БМСЭ _____

из них на основной работе _____

Общая инвалидность по обращаемости в БМСЭ

Для получения сведений об общей инвалидности по обращаемости в БМСЭ в отчетном году необходимо суммировать все данные о первичной инвалидности - раздел I и о повторной инвалидности - раздел II (табл. 1.1 + 2.1; 1.2 + 2.2).

Основные показатели общей инвалидности по обращаемости в БМСЭ (табл. 1.1 + 2.1):

Уровень общей инвалидности взрослого населения по обращаемости в БМСЭ - строка 05, графа 3 раздела I + строка 05, графа 3 раздела II на 10 тыс. среднегодового взрослого населения (от 18 лет и старше).

Уровень общей инвалидности в трудоспособном возрасте по обращаемости в БМСЭ - строка 05, графа 4 раздела I + строка 05, графа 4 раздела II на 10 тыс. среднегодового трудоспособного населения.

Уровень общей инвалидности в пенсионном возрасте по обращаемости в БМСЭ - строка 05, графа 6 раздела I + строка 05, графа 6 раздела II на 10 тыс. среднегодового населения в пенсионном возрасте.

Структура общей инвалидности по обращаемости в БМСЭ с учетом трудоспособного и пенсионного возраста. Общее число инвалидов по обращаемости в БМСЭ = строка 05, графа 3 раздела I + строка 05, графа 3 раздела II = 100%. Удельный вес инвалидов трудоспособного возраста - это строка 05, графа 4 раздела I + строка 05, графа 4 раздела II x 100 и разделить на общее число инвалидов по обращаемости в БМСЭ. Удельный вес инвалидов пенсионного возраста - это строка 05, графа 6 раздела I + строка 04, графа 6 раздела II x 100 и разделить на общее число инвалидов по обращаемости в БМСЭ.

Удельный вес инвалидов с учетом различных причин - это число инвалидов вследствие различных причин (строки 07-14 графы 3 раздела I + соответствующие строки 07-14 графы 3 раздела II) x 100 и делить на общее число инвалидов по обращаемости в БМСЭ - это % инвалидов вследствие различных причин от общей численности инвалидов по обращаемости в БМСЭ.

Структура общей инвалидности по обращаемости в БМСЭ вследствие различных причин с учетом возраста - % в трудоспособном возрасте и % в пенсионном возрасте (всего 100%); строки 07-14, графы 4 и 6 (раздел I + II).

**ФОРМА N 7-Д (СОБЕС)
"СВЕДЕНИЯ О МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЕ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ
ДО 18 ЛЕТ"**

Форма N 7-Д собес - это форма федерального статистического наблюдения инвалидности детского населения (до 18 лет), она заполняется и предоставляется аналогично форме N 7-собес.

**Результаты первичных освидетельствований детей в возрасте
до 18 лет**

Раздел 1. Результаты первичных освидетельствований детей в возрасте до 18 лет.

В строке 01 графы 3 указывается общее число детей, которые впервые направлены на освидетельствование в бюро МСЭ, а также дети, которым в прошлом при очередном переосвидетельствовании инвалидность не была установлена, обратившиеся с различными вопросами.

Первичная инвалидность детского населения - это число впервые признанных инвалидами по категории "ребенок-инвалид":

- абсолютные данные - стр. 03, гр. 3, в сельских поселениях - гр. 4;

- на 10 тыс. детского населения - соотношение абсолютных данных к среднегодовой численности детского населения (до 18 лет), умноженное на 10000, в сельских поселениях - на 10 тыс. среднегодового детского сельского населения (до 18 лет).

**Результаты впервые признанных инвалидами детей в возрасте
до 18 лет по формам болезней, возрасту, полу**

Структура первичной инвалидности детского населения по полу - мальчики (графы 6 + 8 + 10 + 12) и девочки (графы 7 + 9 + 11 + 13) = 100%.

Структура первичной инвалидности детского населения по возрасту - 0-3 года (графы 6 + 7), 4-7 лет (графы 8 + 9), 8-14 лет (графы 10 + 11), 15-17 лет (графы 12 + 13) = 100%.

Структура первичной инвалидности детского населения по классам и отдельным заболеваниям.

**Результаты переосвидетельствований детей-инвалидов
в возрасте до 18 лет**

Раздел 2. Результаты переосвидетельствований детей-инвалидов в возрасте до 18 лет.

В данном разделе учитываются все дети-инвалиды, явившиеся на переосвидетельствование в установленный срок, ранее установленного срока переосвидетельствования, а также пропустившие срок переосвидетельствований, за исключением детей-инвалидов, достигших возраста 18 лет.

Повторная инвалидность детского населения - это число признанных инвалидами повторно по категории "ребенок-инвалид":

- абсолютные данные - стр. 03, гр. 3, в сельских поселениях - гр. 4;

- на 10 тыс. детского населения - соотношение абсолютных данных к среднегодовой численности детского населения (до 18 лет), умноженное на 10000, в сельских поселениях - на 10 тыс. среднегодового детского сельского населения (до 18 лет).

Результаты повторно признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет по формам болезней, возрасту, полу

Структура повторной инвалидности детского населения по полу - мальчики (графы 5 + 7 + 9 + 11) и девочки (графы 6 + 8 + 10 + 12) = 100%.

Структура повторной инвалидности детского населения по возрасту - 0-3 года (графы 5 + 6), 4-7 лет (графы 7 + 8), 8-14 лет (графы 9 + 10), 15-17 лет (графы 11 + 12) = 100%.

Структура повторной инвалидности детского населения по классам и отдельным заболеваниям.

Рекомендации по реабилитации

Число разработанных ИПР -
всего _____

в том числе при первичном освидетельствовании _____
при переосвидетельствовании _____

Сеть и кадры бюро медико-социальной экспертизы

Бюро МСЭ общего профиля _____
специализированные _____

Число врачей-специалистов, работающих в БМСЭ _____
из них на основной работе _____

Общая инвалидность детского населения по обращаемости в БМСЭ

Для получения сведений об общей инвалидности по обращаемости в БМСЭ в отчетном году необходимо суммировать все данные о первичной инвалидности - раздел 1 и о повторной инвалидности - раздел 2.

Названия показателей сохраняются те же, закономерности те же.

Общий контингент детей инвалидов (накопленный в населении)

Сведения об общем контингенте детей-инвалидов имеются в форме N 19 "Сведения о детях-инвалидах" Минздравсоцразвития России и общие данные в форме N 94 (ПЕНСИИ) "Сведения о численности пенсионеров и суммах назначенных им пенсий" Пенсионного Фонда РФ.

ГЛАВА 5. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СТАТИСТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Статистическая система здравоохранения в большинстве зарубежных стран чрезвычайно децентрализована. Она объединяет ряд учреждений и организаций, занимающихся сбором и анализом статистической информации, касающейся здоровья. Начало XXI в. отмечено интенсивной разработкой и внедрением государственных электронных сетей информации о здоровье. Это предполагает регламентацию принципов и механизмов поддержания национального минимума в отношении состава данных, статистических стандартов, технологии сбора, передачи и обработки информации.

В Декларации четвертой конференции по состоянию окружающей среды и здоровья, проводившейся 23-25 июня 2004 г. в Будапеште, снова отмечалась ключевая роль информации о здоровье для формирования политики, обоснованного выбора приоритетов, координации взаимодействия. Это определяет первостепенную важность выработки и согласования базового набора индикаторов в этой области как на государственном, так и на международном уровне.

В современной практике изучения здоровья населения за рубежом основное внимание уделяется всестороннему анализу причин смерти, опросам населения о состоянии здоровья, изучению важнейших неинфекционных заболеваний на основе прикладной эпидемиологии, расчетам соответствующих рисков для отдельных групп населения и оценке возможностей их минимизации. В России внимание преимущественно сосредоточено на всестороннем изучении заболеваемости по данным обращаемости за медицинской помощью и данным медицинских

осмотров с использованием социально-гигиенических методов, а также на оценках медико-демографических тенденций воспроизводства населения.

В тех странах, где присутствует и государственный сектор в оказании медицинской помощи, статистическая информация о деятельности здравоохранения собирается по отчетным формам.

Что касается эффективности деятельности здравоохранения, объемов финансирования, то статистика главным образом отражает ресурсную обеспеченность и объемы помощи.

Стремительное развитие информационных и коммуникационных технологий меняет организацию медицинской помощи, открывая принципиально новые возможности сбора, передачи и использования медико-демографической информации с целью мониторинга не только состояния здоровья населения, объема и качества медицинской помощи, но и их детерминированности. Мониторинг состояния здоровья населения, распространенности и характера различных нарушений здоровья, деятельности системы здравоохранения строится с таким расчетом, чтобы не просто дать представление о текущей ситуации и ее динамике, а обеспечить выявление их детерминант и причин, определение мер для сокращения проблем и их влияния на здоровье, обоснование эффективной политики охраны здоровья, оптимизацию использования ресурсов в данной области, координацию межсекторального сотрудничества, защиту прав пациентов, сокращение неравенства в состоянии здоровья и доступности медицинских услуг. Оперативный многоаспектный доступ к данным предъявляет все более высокие требования к их качеству. Особое внимание уделяется обеспечению сопоставимости статистической отчетности учреждений, организаций и предприятий, результатов переписей и опросов населения, в т.ч. в динамике. В последнее время большое внимание уделяется методам калибровки самооценок состояния здоровья как в целом, так и по отдельным параметрам (таким как познавательная способность, подвижность, острота зрения и т.п.).

Развитые страны систематически отслеживают динамику состояния здоровья в ряде разрезов, с помощью специальных исследований. К ним относятся:

- социально-экономическая стратификация;
- этническая принадлежность с особым акцентом на положение коренного населения;
- отдельные возрастные группы взрослого населения (молодежь до 24 лет включительно; пожилые 65 лет и старше).

Активизируется рассмотрение информации о деятельности системы здравоохранения в контексте экологической ситуации, социально-экономических условий, культурных традиций, образа жизни, научно-технического прогресса, глобализации. Особое внимание уделяется блокированию стихийного перераспределения ограниченных ресурсов здравоохранения в пользу наиболее дорогостоящих технологий и не самых обездоленных слоев населения, которое, не решая текущих проблем, создает предпосылки для возникновения новых.

Все большее значение придается не динамике отдельных показателей, а их взаимосвязи: заболеваемости и смертности; стационарной, амбулаторной и экстренной помощи; потребности в отдельных услугах и их потребления; затрат на здравоохранение и груза болезней; объемов и качества медицинской помощи. На смену отслеживанию средних значений показателей приходит оптимизация характера их распределения по отдельным группам населения (гендерным, возрастным, этническим, социально-экономическим и т.п.), поскольку агрегированные показатели зачастую маскируют истинные масштабы неравенства в состоянии здоровья и подверженности факторам риска.

В соответствии с основными принципами оценки результативности систем здравоохранения, ВОЗ были обозначены три социально значимые цели, достижению которых способствует система здравоохранения, а именно:

- улучшение состояния здоровья населения (по уровню и распределению);
- улучшение отзывчивости (по уровню и распределению) с учетом законных ожиданий населения (уважительное отношение к человеку и ориентация на его нужды);
- обеспечение справедливого финансового вклада в охрану здоровья (процент вложений в здоровье членов семьи от общих затрат последней за вычетом прожиточного минимума).

Были разработаны индикаторы измерения результатов достижения этих целей, а также общий показатель эффективности, чтобы продемонстрировать реально достигнутое в сравнении с тем, чего можно было бы достигнуть.

Большое внимание уделяется сбору данных, характеризующих качество медицинской помощи. Его ключевыми аспектами являются:

- охват профилактическими мероприятиями (вакцинация, скрининг, приобщение к здоровому образу жизни);
- своевременность диагностики (доля случаев, выявленных в тяжелой стадии; продолжительность жизни после выявления);
- соблюдение стандартов оказания помощи;
- доступность отдельных видов помощи (степень удовлетворения потребности; время ожидания в очереди; потребность в экстренной помощи).

В США развиваются системы оперативного отслеживания инспекционной заболеваемости населения посредством защищенного ввода данных о случаях оказания соответствующей помощи и результатах лабораторной диагностики в Интернет. Департаменты здравоохранения используют эти системы для мобилизации ресурсов во время вспышек заболеваний, а также для повышения эффективности выявления и нейтрализации рисков заболеваний.

В последнее время стремительно возрастает интерес к системам, обеспечивающим раннее выявление вспышек инфекционных заболеваний и массовых отравлений в связи с угрозой биотерроризма. Активно разрабатывается теория синдромального мониторинга, основанная на том, что во время биологической атаки или вспышки заболевания спрос на определенные лекарственные препараты и поток жалоб на определенные симптомы резко увеличивается за несколько дней до постановки окончательного диагноза. Практическое применение этой теории требует сложных алгоритмов обработки случайных отклонений и минимизации вероятности ложнопозитивных результатов без ущерба для чувствительности системы.

В 1971 г. Всемирной организацией здравоохранения были сформулированы следующие требования к показателям здоровья населения, необходимые для обеспечения их сопоставимости и эффективности применения:

1. **ДОСТУПНОСТЬ ДАННЫХ.** Должна существовать возможность для получения требуемых данных без сложных специальных исследований.

2. **ПОЛНОТА ОХВАТА.** Данные должны отражать все оцениваемое население.

3. **КАЧЕСТВО.** Система сбора и обработки данных не должна вносить существенных искажений.

4. **УНИВЕРСАЛЬНОСТЬ.** Оцениваемые факторы должны оказывать значимое и единообразное влияние на уровень здоровья.

5. **ВЫЧИСЛИМОСТЬ.** Расчет должен быть как можно более простым и недорогостоящим.

6. **ПРИЕМЛЕМОСТЬ/ИНТЕРПРЕТИРУЕМОСТЬ.** Показатели должны адекватно восприниматься и однозначно интерпретироваться.

7. **ВОСПРОИЗВОДИМОСТЬ.** При использовании показателей разными специалистами в различных условиях и в разное время результаты должны быть непротиворечивыми.

8. **СПЕЦИФИЧНОСТЬ.** Показатели должны отражать изменения только в тех явлениях, выражением которых они служат.

9. **ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ.** Показатели должны регистрировать значимые изменения.

10. **ВАЛИДНОСТЬ.** Показатели должны быть истинным выражением фактов, мерой которых они являются.

В 1980 г. С.П. Ермаковым было предложено дополнить этот перечень еще тремя требованиями, которые обеспечивают релевантность информации для нужд управления:

11. **РЕПРЕЗЕНТАТИВНОСТЬ.** Показатели должны адекватно отражать изменения в состоянии здоровья отдельных контингентов населения.

12. **ИЕРАРХИЧНОСТЬ.** Показатели должны конструироваться по единому принципу для разных иерархических уровней с возможностью их унифицированной свертки и развертки по составляющим.

13. **ЦЕЛЕВАЯ СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ.** Показатели должны наглядно представлять процесс сохранения и укрепления здоровья, стимулировать общество к поиску наиболее эффективных путей достижения намеченных целей.

Всеми этими критериям удовлетворяет минимальный набор показателей, рекомендуемый европейской системой мониторинга общественного здоровья. Он отражает следующие аспекты: образ жизни, заболеваемость, деятельность системы здравоохранения.

Данные о случаях смерти ежегодно предоставляются странами - членами ВОЗ согласно данным регистрации случаев смерти в национальных системах записи актов гражданского состояния, с указанием первопричины смерти, закодированной в соответствии с правилами Международной Классификации Болезней. По странам, не собирающим такие данные, анализируются результаты социологических опросов и переписей в отношении смертности детей и взрослых.

Исследование глобального бремени болезней (ГББ) ВОЗ, международный социологический опрос ВОЗ (MCSS) и международный опрос о состоянии здоровья (WHS). Оценки информации о распространенности. Исследование ГББ опирается на широкий спектр источников информации для формирования внутренне непротиворечивых оценок возникновения, распространенности, продолжительности заболеваний и числа лет, прожитых в условиях ограничений жизнедеятельности, по 135 основным нозологиям. В рамках международного опроса о состоянии здоровья, проводимого ВОЗ более чем в 70 странах, применяются калибрующие ситуации для обеспечения максимальной сопоставимости самооценок по ряду ключевых аспектов здоровья. Он также включает модуль оценки состояния здоровья для определения тяжести отмечаемых респондентом состояний.

Учетная документация является надежной основой для оценок заболеваемости в странах, где большинство случаев заболевания лечатся и регистрируются для ВОЗ. Так, например, число новых случаев инфицирования туберкулезом (ТБ), выявленных в рамках программ по ликвидации ТБ, собирается в ходе регулярного мониторинга (учета и отчетности). Отчеты о числе зарегистрированных случаев туберкулеза формируются ежеквартально и передаются (либо непосредственно, либо через промежуточные инстанции) в центральный офис национальной программы по контролю ТБ. Уведомления о числе случаев за год (и другие сведения о реализации программы) собираются ВОЗ посредством годовой отчетной формы, доводимой до национальных программ по контролю ТБ через региональные и местные бюро ВОЗ.

Оптимальным средством получения подробной информации о финансировании здравоохранения является система национальных счетов здравоохранения. Этот метод представления данных о финансировании отрасли широко применяется во всем мире, в том числе, международными организациями для сравнения уровня расходов на здравоохранение различных стран, а также сопоставительного анализа их эффективности (например, Всемирной организацией здравоохранения, Организацией Экономического Сотрудничества и Развития (OECD)). Около 100 стран либо представляют полные национальные счета здравоохранения, либо отчитываются о расходах на здравоохранение в OECD. Для формирования динамических рядов применяются стандартные методы оценки и экстраполяции. Преимущественно данные приводятся со ссылкой на Международный валютный фонд, государственную финансовую отчетность и международную финансовую статистику; данные о здравоохранении OECD, международную статистику развития; статистику национальных счетов ООН. К национальным источникам информации относятся: отчетность по национальным счетам, в т.ч. здравоохранения; данные об общественных расходах; статистические сборники и другая периодика; финансовая документация; статистическая информация на официальных веб-сайтах; отчетность банков и негосударственных организаций; научные исследования; материалы, предоставляемые органами статистики и министерствами.

Показатели, необходимые для описания характеристик кадрового обеспечения здравоохранения и отслеживания его развития в динамике, часто формируются на основании разнообразных источников по ряду аспектов (таких как специальность, квалификация и сфера занятости). Доступные данные отражают 4 основных источника: учетная документация учреждений, опросы домохозяйств и работающих, переписи населения, официальная отчетность.

Разнообразие источников означает необходимость согласования данных для получения сопоставимых оценок медицинских кадров по каждой стране. Процесс согласования базируется на стандартных международных системах классификации, в первую очередь на Международной стандартной классификации специальностей (МСКС), а также на Международной стандартной классификации образования и Международной стандартной производственной классификации всех видов экономической деятельности.

Некоторые затруднения при согласовании данных возникают из-за разнобоя в определениях, и не все системы классификации удается привести в соответствие с МСКС. Например, чтобы охватить специфические для отдельных стран типы работников многие министерства здравоохранения пользуются собственной национальной системой классификации. МСКС не включает народных целителей и повивальных бабок, которые иногда составляют до трети медицинского персонала и играют важную роль в инфраструктуре оказания помощи.

Помимо согласования категорий медицинского персонала, дополнительную проблему представляют расхождения данных из различных источников по одной и той же стране. В целом, при наличии сведений из более чем одного источника выбираются результаты переписей, поскольку в них содержится информация и о поставщиках медицинских услуг, и об организаторах здравоохранения, и о вспомогательном персонале. Но данные переписей с достаточно подробным кодированием по МСКС доступны нечасто.

Существующий массив данных включает актуальные и достаточно подробные результаты переписей по 12 странам: Австралия, Боливия, Бразилия, Гондурас, Коста Рика, Мексика, Монголия, Новая Зеландия, Панама, Парагвай, Таиланд, Туркменистан.

Еще по трем - Эстония, Великобритания и Соединенные Штаты Америки - представлены данные репрезентативных опросов домохозяйств или работающих в рамках люксембургского исследования доходов (или занятости). Эти опросы так же подробны, как и результаты переписей в отношении используемых категорий специальностей и в то же время основаны МСКС (в Эстонии) или таких же подробных национальных системах (в Великобритании и Соединенных Штатах).

Для большинства стран африканского региона, равно как и для многих стран Юго-Восточной Азии и восточного Средиземноморья данные собираются в ходе специальных опросов, организуемых ВОЗ и проводимых через ее региональные и местные бюро. По возможности в ходе этих опросов делается попытка получить информацию и о поставщиках медицинских услуг, и об организаторах здравоохранения, и о вспомогательном персонале. Они основываются преимущественно на МСКС, но для отдельных специальностей включают местные термины.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ СТАТИСТИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Больничные учреждения - учреждения системы здравоохранения, осуществляющие медицинское обслуживание госпитализированных больных.

Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 октября 2005 г. N 627 (в редакции Приказов Минздравсоцразвития РФ от 19.02.2007 N 120, от 19.11.2008 N 653н) утверждена "Единая номенклатура государственных и муниципальных учреждений здравоохранения" которая подразделяет все учреждения на четыре группы.

Первая группа - Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) - включает больничные учреждения, диспансеры, амбулаторно-поликлинические учреждения, центры (в том числе научно-практические), учреждения скорой медицинской помощи и учреждения переливания крови, учреждения охраны материнства и детства, санаторно-курортные учреждения.

Больничные учреждения включают:

- больницы, в том числе:
- участковая;
- районная;
- городская, в том числе детская;
- городская скорой медицинской помощи;
- центральная (городская, районная);
- областная, в том числе детская (краевая, республиканская, окружная).

Вторая группа - Учреждения здравоохранения особого типа - включает центры медицинской профилактики, медицины катастроф, медицинский информационно-аналитический и т.п., бюро медицинской статистики, патолого-анатомическое, судебно-медицинской экспертизы, Военно-врачебную комиссию и др.

Третья группа - Учреждения здравоохранения по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека - включает Центры гигиены и эпидемиологии, Центры государственного санитарно-эпидемиологического надзора и т.п.

Четвертая группа - Аптечные учреждения - включает аптеку, аптечный пункт, аптечный киоск, аптечный магазин.

Здоровье - состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (ВОЗ).

Здоровье характеризуется медико-демографическими показателями, показателями физического развития и заболеваемости.

Для получения полноценной статистики о заболеваемости населения необходимо однозначное понимание термина "заболеваемость" и единая трактовка других понятий, характеризующих это явление, соблюдение единых подходов к сбору, обработке и анализу информации.

Здравоохранение - система охраны здоровья граждан в стране. В нее включаются организации, учреждения, предприятия, ассоциации, научные общества, специалисты и других хозяйственных субъектов, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и организационно-правовой формы деятельности. Их деятельность должна быть связана с производством, обеспечением, контролем качества, реализацией лекарственных средств, медицинской техники, медицинских услуг, проведением работ по предупреждению заболеваний, организацией и управлением процессами и финансами в сфере охраны здоровья граждан, образованием медицинских работников на додипломном и последипломном уровне.

Заболеваемость - это объективное массовое явление возникновения и распространения патологии среди населения, являющееся результатом взаимодействия настоящих и предшествующих поколений людей с окружающей средой (в широком понимании этого слова), проявляющегося в различных формах в конкретных условиях существования общества (Т.М.Максимова, 1993).

Общая заболеваемость населения характеризуется общим числом случаев заболеваний, выявленных (зарегистрированных) в течение года. При этом учитываются все случаи заболеваний, которые установлены как впервые, так и при повторном (в т.ч. многократном) обращении по поводу данного заболевания.

Учитываются все острые заболевания, а также хронические состояния, впервые выявленные при обращении населения за медицинской помощью в течение года (как правило одного) и зарегистрированные в предыдущие годы, по поводу которых больные вновь обратились в данном году в лечебно-профилактические учреждения системы здравоохранения.

Заболеваемость по данным обращаемости характеризуется числом случаев заболеваний, выявленных в течение года при обращении в медицинские учреждения всех ведомств или при профилактическом осмотре.

Впервые выявленная заболеваемость (первичная заболеваемость, собственно заболеваемость, заболеваемость населения с диагнозом, установленным впервые в жизни, вновь выявленная заболеваемость) - включает все острые заболевания (в т.ч. травмы), а также впервые возникшие и выявленные (диагностированные) в течение года хронические заболевания у ранее здоровых людей или при врачебном наблюдении за течением другой болезни.

Первичная заболеваемость регистрируется при установлении больному диагноза впервые в жизни в данном году.

Уровень заболеваемости/распространенность заболеваний определяется отношением числа случаев заболеваний к среднегодовой численности населения.

Контингент больных включает совокупность лиц, страдающих данной болезнью, состоящих на учете в медицинских учреждениях. Показатель исчисляется как отношение числа больных, состоящих на учете в медицинских учреждениях на конец года, к численности населения на конец года.

Диагноз - установление врачом наличия заболевания или состояния по его симптомам, синдромам, признакам, результатам лабораторных исследований или другим данным.

Основное состояние (диагноз) определяется как диагноз, установленный в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого больному проводилось основное лечение или исследование.

Другие состояния (сопутствующий диагноз) определяются как такие состояния, которые сосуществуют или развиваются в ходе данного эпизода медицинского обслуживания и оказывают влияние на лечение пациента.

Объемы медицинской помощи, предоставляемой населению субъекта Российской Федерации, включают в себя:

- Амбулаторно-поликлиническую помощь, которая состоит из проведения мероприятий по профилактике (в т.ч. диспансерному наблюдению), диагностике и лечению заболевания как в поликлинике, так и на дому;

- Стационарную помощь при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения или изоляции по эпидемиологическим показаниям; при патологии беременности, родах и абортах; при плановой госпитализации с целью проведения лечения хронических заболеваний и реабилитации;

- Скорую медицинскую помощь при состояниях, угрожающих жизни и здоровью гражданина и окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах.

Формализованными формами представления объемов медицинской помощи в системе ОМС являются следующие:

- "Медицинская услуга", которая включает в себя посещения к врачу, консультации специалистов, ведущих амбулаторный прием, диагностические или лечебные манипуляции врачей, отраженные, в том числе, и в справочнике-кодификаторе сложных медицинских услуг.

Койко-день характеризует один день пребывания пациента в стационаре в профильном отделении.

В число коек терапевтического профиля включены койки: терапевтические, кардиологические, гастроэнтерологические, аллергологические, восстановительного лечения, эндокринологические, гематологические, нефрологические, ревматологические, пульмонологические.

В число коек хирургического профиля включены койки: хирургические, нейрохирургические, торакальной хирургии, кардиохирургические, сосудистой хирургии, травматологические, ожоговые, ортопедические, урологические, стоматологические, проктологические, гнойной хирургии.

В число коек онкологического профиля включены койки: онкологические, радиологические, рентгенологические.

Посещение - это каждый контакт пациента независимо от состояния его здоровья с врачом в амбулаторно-поликлиническом учреждении или на дому.

Обращение - первое посещение в текущем году пациентом врача по поводу данного заболевания, регистрируется в статистическом талоне как впервые выявленное в жизни или как ранее известное. В случае острой патологии повторные обращения по одному и тому же заболеванию через определенный промежуток времени (обычно 21 день) регистрируются как вновь возникшие заболевания. В случае хронической патологии повторные обращения пациента через определенный временной интервал (21 день) следует рассматривать как повторный случай поликлинического обслуживания (эпизод, законченный случай) по поводу уже зарегистрированного по дате первого посещения в году ранее известного или вновь выявленного хронического заболевания.

Под законченным случаем в амбулаторно-поликлинических учреждениях понимается объем лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий, в результате которых наступает выздоровление, ремиссия или больной направляется в больницу либо в специализированное медицинское учреждение (противотуберкулезный, психоневрологический диспансер, ВТЭК и др.) (Приказ МЗ РФ N 46 от 14.02.97 о внедрении "Талона амбулаторного пациента"). Случай смерти пациента также относится к законченному случаю.

Под "законченным случаем" также понимается комплекс медицинских услуг, ограниченных временным интервалом и предоставленных пациенту для получения лечебно-профилактической и консультативной медицинской помощи при его обращении в ЛПУ.

Перинатальная смертность - собирательное понятие, объединяющее мертворождения и смертность жизнеспособных плодов (новорожденных), начиная с 28 недель беременности (масса плода 1000 г и более, длина 35 см и более) в течение 7 суток (168 ч) жизни.

Материнская смертность (МС) - смерть женщины, обусловленная беременностью, независимо от ее продолжительности и локализации, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

Нормальные роды - это спонтанные роды при сроке беременности 37 - 42 недели в головном предлежании с низким риском начала и течения всего родового процесса. После родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии. Для матери - этот период завершается благополучным отделением плаценты и хорошим состоянием в течение 2-х часов после родов; для ребенка - этот период завершается первичной обработкой и передачей его под наблюдение неонатолога или детской медицинской сестры. Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах должна соответствовать 7 баллам и более.

Медицинская отчетность - система документов установленной формы, представляемых учреждениями и органами здравоохранения вышестоящим организациям здравоохранения и характеризующих состояние здоровья населения, объем и качество получаемой им медицинской помощи, ресурсы учреждений здравоохранения и эффективность их использования (И.С.Случанко, Г.Ф.Церковный, 1983 г.).

Медицинская помощь - все виды услуг, направленных на поддержание, восстановление и укрепление индивидуального здоровья, профилактику, диагностику и лечение его нарушений.

Основные виды медицинской помощи, обеспечение которыми предусмотрено государственными гарантиями (Программа Государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, ежегодно утверждается постановлением Правительства Российской Федерации) - это амбулаторно-поликлиническая, стационарная и скорая медицинская помощь населению. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи определяет виды и условия оказания медицинской помощи, нормативы объема медицинской помощи, нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, подушевые нормативы финансового обеспечения, порядок формирования и структуру тарифов на медицинскую помощь, а также предусматривает критерии качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации на территории Российской Федерации бесплатно.

Медицинская статистика - раздел статистики, изучающий вопросы, связанные с общественным здоровьем и здравоохранением (медицина, санитария и гигиена).

Мониторинг - целенаправленная деятельность, включающая перманентное наблюдение, анализ, оценку и прогноз состояния объекта (процесса, явления, системы).

В целом под мониторингом понимается аналитическая система слежения (Глоссарий. Качество медицинской помощи, 1999).

Качество медицинской помощи - совокупность свойств, характеризующих медицинские технологии и результаты их выполнения и подтверждающих соответствие медицинской помощи современному уровню медицинской науки и технологии, стандартам, а также потребностям пациента.

Образ жизни - процесс взаимодействия между условиями жизни и личностными качествами, в том числе знаниями, убеждениями, культурой, воспитанием индивидуума. Образ жизни социальной группы и/или населения в целом определяется взаимодействием реальных условий жизни (политических, экономических, социальных и прочих) и бытующих среди этой группы или населения традиций, ценностных ориентиров, особенностей культуры.

Показатели представляют отдельные характеристики определенной ситуации в количественном выражении. В основных положениях ВОЗ по оценке программ здравоохранения показатели определяются как "переменные величины, с помощью которых можно оценивать изменения". Зачастую показатели особенно важны в тех случаях, когда изменения нельзя оценить непосредственно.

Показатели есть лишь отражение "реального явления". Они являются косвенными или частичными измерителями сложных явлений; но при методической корректности и

последовательности использования на протяжении определенного периода они могут показывать направление и скорость изменения и служить для сопоставления явлений или групп людей.

Особое внимание следует уделять адекватности интерпретации выявляемых тенденций, которая может зависеть не только от усредненного значения отдельного показателя, но и от характера его распределения, а также взаимосвязи с другими показателями, в т.ч. неуточненными.

Репродуктивное здоровье - это состояние полного физического, умственного и социального благополучия во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функции и процессов, включая воспроизводство потомства и гармонию в психосексуальных отношениях в семье (Международная конференция по вопросам народонаселения, Каир, 1994).

Социально значимые заболевания - заболевания, обусловленные преимущественно социально-экономическими условиями, приносящие ущерб обществу и требующие социальной защиты человека.

Основные дефиниции инвалидности:

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность - социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Первичная инвалидность - число лиц, впервые признанных инвалидами (ВПИ) в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) в течение года.

Повторная инвалидность - число лиц, переосвидетельствованных в бюро медико-социальной экспертизы (БМСЭ) в течение года и повторно признанных инвалидами (ППИ).

Общая инвалидность по обращаемости в БМСЭ - это число первично и повторно признанных инвалидов (сумма ВПИ и ППИ) в отчетном году.

Инвалидность взрослого населения - это инвалиды в возрасте 18 лет и старше (форма N 7-собес).

Инвалидность детского населения - это инвалиды в возрасте до 18 лет (форма N 7-Д собес).

Уровень инвалидности - это распространенность инвалидов в населении (это число инвалидов на 10 тыс. соответствующего населения: взрослого - всего в возрасте 18 лет и старше, а также по выделенным трем возрастным группам; детского - всего в возрасте до 18 лет, а также по выделенным четырем возрастным группам). Структура инвалидности - это распределение инвалидности по полу, по группам инвалидности, по классам болезней и т.д. (в процентах).

Общий контингент инвалидов в населении - это все инвалиды, в том числе инвалиды, которые имеют группу бессрочно, не освидетельствуются в БМСЭ и накапливаются в населении (форма 94 (пенсия)).

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

- Астафьева Н.Г. и др. Медицинская статистика. М., 2006
Бойко А.Т., Грибанова Т.Н., Телешова Т.Ю. Актуальные вопросы статистики здравоохранения. Санкт-Петербург, 1999
Войцехович Б.А. Общественное здоровье и здравоохранение. М., 2007
Лисицын Ю.П. Здравоохранение в XX веке. М., 2002
Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учеб. для студ. мед. вузов. М.: Медицина, 2002
Медик В.А., Токмачев М.С. Руководство по статистике здоровья и здравоохранения. М., 2006
Столяров Г.С., Вороненко Ю.В., Голубчиков М.В. Статистика здравоохранения. М., 2002
-