



**Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

**Статистический учет и отчетность
учреждений здравоохранения**

**Москва
2006**

Введение

Для всех органов и 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 федерации, городам и районам.

Важными принципиальными особенностями медицинской статистики являются: во-первых, ее связь с процессом управления, использование статистических данных для планирования мероприятий в области здравоохранения и для оценки их реализации, иллюстрацией чему служат ежемесячные, ежеквартальные и годовые сообщения Росстата в частности, в области охраны здоровья населения; во-вторых, тесная взаимосвязь с практическими задачами организации здравоохранения: статистические данные ориентируют руководителей органов и учреждений здравоохранения в отношении состояния сети, кадров и лечебно-профилактической деятельности учреждений, указывают на имеющиеся достижения, вскрывают недостатки и тем самым содействуют определению путей дальнейшего развития здравоохранения в стране.

Статистические данные о сети, кадрах и деятельности органов и учреждений здравоохранения по району, городу, области, республике и по России в целом формируются на основании сводки материалов статистической отчетности отдельных учреждений здравоохранения. В силу этого обеспечение полноты и достоверности статистической отчетности любого лечебно-профилактического учреждения и органов управления здравоохранением является важной государственной обязанностью каждого организатора здравоохранения.

Статистический учет и отчетность в значительной степени необходимы для работников медицинского учреждения и его руководителя в первую очередь. Годовой медицинский статистический отчет представляет сводку данных об объемах и характере работы учреждения, условиях, в которых протекала за отчетный период деятельность учреждения.

Анализ этих данных помогает вскрывать причины отрицательных показателей работы учреждения в целом или его отдельных структурных подразделений. В то же время, являясь как бы летописью учреждения, последовательно из года в год составляемый годовой отчет содержит сведения, необходимые для всякого рода справок, докладов и т. д.

Если годовые отчетные данные освещают существующее положение дела текущего времени, то 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.

С сожалением приходится констатировать, что некоторые руководители медицинских учреждений недостаточно владеют навыками статистического анализа и лишены возможности опираться на конкретные данные для управления и дальнейшего повышения качества лечебно-профилактического обслуживания населения. Для таких руководителей годовой статистический отчет становится только обременительной обязанностью.

В настоящем материале излагаются основные положения по организации учета и отчетности в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ). Наряду с инструктивно-методическими указаниями по учету и составлению годового отчета ЛПУ приводится методика определения основных показателей деятельности учреждения, опираясь на которые руководитель совместно со своим коллективом сможет подвергнуть анализу итоги работы учреждения за прошедший год.

Фундаментом, который кладется в основу государственной отчетности и обеспечивает ее достоверность, является учет, проводимый по единым формам и правилам. При правильном ведении учета составление государственного отчета не представляет трудностей.

Задача настоящего пособия заключается в ознакомлении руководителей, врачей и статистиков медицинских учреждений с существующей системой медицинского учета, с назначением отдельных документов, правилами их ведения и порядком использования. Приводятся методические указания по составлению отчета ЛПУ и анализу его работы.

1. Медицинский учет в лечебно-профилактических учреждениях

Медицинский учет, медицинская отчетность и их анализ являются последовательными и взаимно связанными звеньями. Взаимная связь этих звеньев заключается в следующем. Правильно организованный медицинский учет способствует рациональной организации труда медицинского персонала для улучшения медицинского обслуживания и создает возможность последовательно накапливать данные о

деятельности учреждения. Медицинская отчетность представляет собой государственную общеобязательную программу обобщения сведений, накопленных в процессе ведения медицинского учета. Без правильно организованного учета невозможно составление достоверных сведений государственной медицинской статистической отчетности. Анализ данных учета и отчетности позволяет изучить деятельность ЛПУ на основе данных медицинского учета, выявить достижения и недочеты в работе и понять их причины. Учет деятельности ЛПУ осуществляется на основе медицинской документации, содержащей большое количество характеристик. Медицинская документация (МД) представляет собой набор документов, предназначенных для записи данных о состоянии здоровья населения и отдельных лиц, отражающих характер, объем и качество оказываемой медицинской помощи, для ее организации и управления службами здравоохранения. Существуют 13 групп медицинской документации:

1. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах.
2. Медицинская учетная документация, используемая в поликлиниках (амбулаториях).
3. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах и поликлиниках (амбулаториях).
4. Медицинская учетная документация для других типов лечебно-профилактических учреждений.
5. Медицинская учетная документация для учреждений судебно-медицинской экспертизы.
6. Медицинская учетная документация для лаборатории в составе лечебно-профилактических учреждений.
7. Медицинская документация, используемая при комплектовании и медицинском освидетельствовании доноров.
8. Медицинская документация, используемая при заготовке крови и ее компонентов.
9. Медицинская документация, используемая в экспедиции.
10. Медицинская документация, используемая в резус лаборатории (клинической лаборатории).
11. Медицинская документация, используемая в лаборатории стандартных сывороток.
12. Документация, используемая в отделении по изготовлению сухой плазмы и высушиванию препаратов крови лиофильным методом.
13. Документация, используемая в отделе технического контроля

1.1. Перечень учетной документации

1. Медицинская учетная документация, используемая в стационарах

Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации	001/y
Журнал учета больных, которым предоставлен лечебный отпуск	001-1/y
Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц	002/y
Медицинская карта стационарного больного	003/y
Медицинская карта прерывания беременности	003-1/y
Карта больного дневного стационара поликлиники, стационара на дому, стационара дневного пребывания в больнице	003-2/y
История родов	096/y
История развития новорожденного	097/y
Температурный лист	004/y
Лист регистрации переливания трансфузионных средств	005/y
Журнал регистрации переливания трансфузионных средств	009/y
Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	008/y
Журнал записи родов в стационаре	010/y
Журнал учета сбора ретроплацентарной крови	006/y
Журнал отделения (палаты) для новорожденных	102/y
Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования	027-2/y
Выписка из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием	027-1/y
Лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии	011/y
Лист основных показателей состояния больного, находящегося в отделении (палате) реанимации и интенсивной терапии кардиологического отделения с диагнозом	012/y
Протокол (карта) патолого-анатомического исследования	013/y
Направление на патолого-гистологическое исследование	014/y

Журнал регистрации поступления и выдачи трупов	015/y
Протокол установления смерти мозга	017-1/y-93
Карта учета изъятия тканей	018/y
Паспорт на гомотрансплантант	020/y
Карта донора (трупа)	021/y
Журнал учета замороженного костного мозга, находящегося на хранении	022/y
Журнал учета костного мозга заготовленного для консервации	023/y
Журнал учета консервированного костного мозга	024/y
Карта динамического наблюдения больного после трансплантации органа	030-7/y-93
Акт об изъятии органов донора-трупа для трансплантации	033/y-93
Этикетка на флакон с костным мозгом, заготовленным для замораживания	034/y
Этикетка на флакон с костным мозгом, размороженным для трансплантации	041/y
Медицинское заключение по комиссионному освидетельствованию лица, в отношении которого решается вопрос о признании его умалишенным	056/y
Статистическая карта выбывшего из стационара	066/y-02
Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара	066-1/y
Листок учета движения больных и коечного фонда стационара	007/y-02
Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек	016/y-02
Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале	097-1/y-95
Карта пациента с имплантированным (реимплантированным) антиритмическим устройством	066-2/y-98

2. Медицинская учетная документация в поликлиниках (амбулаториях)

Медицинская карта амбулаторного больного	025/y-87
Медицинская карта амбулаторного наркологического больного	025-5/y-88
Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного	025-1/y
Медицинская карта ребенка	026/y
История развития ребенка	112/y
Медицинская карта больного венерическим заболеванием	065/y
Медицинская карта больного грибковым заболеванием	065-1/y
Медицинская карта больного туберкулезом	081/y
Индивидуальная карта беременной и родильницы	111/y
Медицинская карта стоматологического больного	043/y
Контрольная карта диспансерного наблюдения	030/y
Направление на медико-социальную экспертизу	088/y-97
Контрольная карта диспансерного наблюдения за психически больным	030-1/y
Статистический талон на больного, снятого с диспансерного учета психоневрологического учреждения	030-2/y
Контрольная карта диспансерного наблюдения (онко)	030-6/y
Контрольный талон к карте диспансерного наблюдения (онко)	030-5/y
Контрольная карта диспансерного наблюдения контингентов противотуберкулезных учреждений	030-4/y
Именной список призывников, направленных для систематического лечения	054/y
Лечебная карта призывника	053/y
Карта обратившегося за антирабической помощью	045/y
Карта профилактических флюорографических обследований	052/y
Карта профилактических прививок	063/y
Журнал учета профилактических прививок	064/y
Карта обследования ребенка (подростка) с необычной реакцией на вакцинацию (ре-вакцинацию) БЦЖ	055/y
Врачебно-контрольная карта физкультурника и спортсмена	061/y
Врачебно-контрольная карта диспансерного наблюдения спортсмена	062/y
Журнал регистрации медицинской помощи, оказываемой на занятиях физической культуры и спортивных мероприятиях	067/y
Журнал медицинского обслуживания физкультурных мероприятий	068/y
Талон на прием к врачу	025-4/y-88
Карточка предварительной записи на прием к врачу	040/y
Книга записи вызовов врача на дом	031/y
Журнал записи амбулаторных операций	069/y

Журнал записи родовспоможения на дому	032/y
Журнал регистрации посещений изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники	059/y
Справка для получения путевки в санаторно-курортное учреждение, дома отдыха, пансионат, турбазу	070/y-85
Санаторно-курортная карта для взрослых и подростков	072/y
Санаторно-курортная карта для детей	076/y
Путевка в детский санаторий	077/y
Направление в санаторий для больных туберкулезом	078/y
Медицинская справка на школьника, отъезжающего в пионерский лагерь	079/y
Направление на ребенка до 18 лет для проведения медико-социальной экспертизы	080/y-97
Медицинская справка (для выезжающего за границу)	082/y
Медицинская справка для представления в госавтоинспекцию	083/y-89
Медицинская справка (врачебное профессиональное заключение)	086/y
Врачебное заключение о переводе беременной на другую работу	084/y
Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	116/y
Карта участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера, противотуберкулезного диспансерного отделения (кабинета), больницы (поликлиники)	085/y
Книга записи работы старшего юриконсульта учреждений здравоохранения	087/y
Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов	025-2/y
Талон амбулаторного пациента	025-6/y-89
Талон амбулаторного пациента (сокращенный вариант)	025-7/y-89
Талон амбулаторного пациента	025-10/y
Сводная ведомость учета впервые выявленных несчастных случаев, отравлений, травм	071-1/y
Ведомость учета посещений в поликлинике (амбулатории), диспансера, консультации и на дому	039/y-02
Журнал регистрации заключений медицинских комиссий по освидетельствованию граждан, направленных на работу в порядке организованного набора и общественного призыва	083-2/y
Ведомость учета посещений к среднему медицинскому персоналу здравпункта, фельдшерско-акушерского пункта, колхозного родильного дома	039-1/y-88
Сводная ведомость учета работы стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета	039-2/y-88
Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога (зубного врача) стоматологической поликлиники, отделения, кабинета	037/y-88
Дневник учета работы врача-стоматолога ортодонта	039-3/y
Дневник учета работы врача-стоматолога ортопеда	039-4/y
Листок ежедневного учета работы врача-стоматолога ортопеда	037-1/y
Медицинская карта ребенка, направленного во Всероссийские детские центры «Океан» и «Орленок»	159/y
Медицинское заключение на ребенка, оформляющегося на усыновление	160/y
Единый талон амбулаторного пациента	025-8/y-95
Индивидуальная карта донора спермы	158/y-94
Сертификат о профилактических прививках	156/y-93
Карта учета диспансеризации	131/y-86

3. Медицинская учетная документация,
используемая в стационарах и поликлиниках (амбулаториях)

Направление на консультацию и во вспомогательные кабинеты	028/y
Направление на лечение (обследование) в венерологический стационар, подлежащий охране силами подразделений милиции	057/y
Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного	027/y
Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	113/y
Карта больного лечашегося в кабинете лечебной физкультуры	042/y
Карта больного лечашегося в физиотерапевтическом отделении (кабинете)	044/y
Журнал записи рентгенологических исследований	050/y
Карта больного, подвергающегося лучевой терапии	051/y
Дневник учета работы рентгенодиагностического отделения (кабинета)	039-5/y
Журнал учета процедур	029/y

Карта больного с имплантированным электрокардиостимулятором (ЭКС)	073/y
Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	058/y
Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, урогенитального герпеса, аногенитальных (венерических) бородавок, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки, трахомы	089/y-00
Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования	090/y
Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании	091/y
Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью	065-2/y
Журнал учета инфекционных заболеваний	060/y
Справка о временной нетрудоспособности при заболевании вследствие опьянения или действий, связанных с опьянением, а также отравления алкоголем	094/y
Справка о временной нетрудоспособности в связи с бытовой травмой, операцией аборта	095-1/y
Справка о временной нетрудоспособности студентов, учащихся профтехучилищ о болезнях, карантине ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	095/y
Акт стационарной, амбулаторной, заочной, посмертной судебно-психиатрической экспертизы	100/y
Акт психиатрического освидетельствования осужденного	101/y
Акт психиатрического освидетельствования лица, находящегося на принудительном лечении	104/y
Журнал регистрации стационарной и амбулаторной судебно-психиатрической экспертизы	105/y
Журнал для записи заключений ВКК	035/y
Книга регистрации листков нетрудоспособности	036/y
Журнал учета санитарно-просветительной работы	038-0/y
Медицинское свидетельство о рождении (с корешком)	103/y-98
Медицинское свидетельство о смерти (с корешком)	106/y-98
Медицинское свидетельство о перинатальной смерти (с корешком)	106-2/y-98
Талон на законченный случай временной нетрудоспособности	025-9/y-96
Карта аллергологического обследования	134/y
Паспорт больного аллергическим заболеванием	135/y
Медицинская карта больного корригированного контактными линзами	136/y
Журнал регистрации больных, нуждающихся в контактных линзах, и больных, которым линзы выданы	137/y
Протокол медицинского освидетельствования для установления факта употребления алкоголя и состояния опьянения	155/y
Рецепт	148-1/y-88
Рецепт	107/y
Рецепт на право получения лекарства содержащего наркотические вещества (специальный рецептурный бланк)	б/н .
Медицинское заключение на ребенка, передаваемого на воспитание в семью, по результатам независимого медицинского освидетельствования	162/y
Журнал учета консультаций в дистанционно-диагностическом кабинете	130/y
Медицинское заключение по результатам освидетельствования гражданина (гражданки) желающего (ей) усыновить, принять под опеку (попечительство) ребенка или стать приемным родителем	164/y-96
Карта записи консультации больного с острым экзогенным отравлением	163/y-96
Извещение о хроническом профессиональном заболевании (отравлении)	151/y
Карта учета профессионального заболевания	152/y
Экстренное извещение о случае смерти ребенка в возрасте до 2-х лет жизни (мертворождении)	153/y-87
Справка для получения дополнительной единовременной материальной помощи лицам, находящимся (находившимся) в Чеченской республике	161/y
Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделении (кабинете) функциональной диагностики	157/y-93
Журнал регистрации исследований, выполняемых в отделении (кабинете) эндоскопии	157/y-96
Извещение на больного с впервые установленным диагнозом лепры, на больного с рецидивом лепры	156-1/y-90
Контрольная карта на члена семьи больного лепрой или на лицо, имевшее тесный	156-2/y-90

контакт с ним	
Обменная карта на больного лепрой, выписанного из противолепрозного учреждения	156-3/y-90
Карта контроля артериального давления	140/y-03
Лист первичного обследования в отделении профилактики лиц с повышенным артериальным давлением	142/y
Рабочий журнал кабинета экспертизы опьянения	450/y
Справка о доставке проб на химико-токсикологические исследования	451/y
Направления на химико-токсикологическое исследование	452/y
Результаты химико-токсикологических исследований	453/y
Журнал регистрации результатов химико-токсикологических исследований	453/y
Кодировочный талон к формам 025/y, 111/y, 112/y	35-3/y-93
Карта внесения изменений	36-4/y-93
Регистрационная карта лица, подвергшегося радиационному воздействию в результате аварии на Чернобыльской АЭС	33-1/y-93
Лист учета данных дозиметрии	34-2/y-93
Направление на исследование крови в ИФА на СПИД	264/y-88
Направление на исследование крови на СПИД в реакции иммуноблота	265/y-88
Оперативное донесение о лице, в крови которого при исследовании в реакции иммуноблота выявлены антитела к ВИЧ	266/y-88
Извещение на ребенка с врожденными пороками развития	025-11/y-98

4. Медицинская учетная документация других типов лечебно-профилактических учреждений

Журнал регистрации амбулаторных больных	074/y
Тетрадь записи беременных, состоящих по наблюдением ФАП, колхозного роддома	075/y
Журнал учета приема больных и рожениц в стационар фельдшерско-акушерского пункта, колхозного родильного дома	098/y
История родов для колхозного родильного дома, фельдшерско-акушерского пункта	099/y
Журнал записи вызовов скорой медицинской помощи	109/y
Карта вызова скорой медицинской помощи	110/y
Вкладной лист к карте вызова скорой медицинской помощи №100/y (на пораженного больного) в чрезвычайной ситуации	110/y-1
Сопроводительный лист станции скорой медицинской помощи	114/y
Дневник работы станции скорой медицинской помощи	115/y
Журнал регистрации приема вызовов и их выполнения отделением экстренной и планово-консультативной помощи	117/y
Задание на санитарный полет	118/y
Задание врачу-консультанту	119/y
Журнал регистрации плановых выездов (вылетов)	120/y
Журнал учета приема детей в дом ребенка	121/y
Журнал учета приема детей в ясли	122/y
Табель учета ежедневной посещаемости детей в детских яслях	123/y
Карта для записи питания ребенка (заполняется на детей в возрасте до 9 мес.)	124/y
Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний	128/y
Регистрационная карта воспитанника дома ребенка	300-1/y-93
Кодировочный талон состояния здоровья воспитанника дома ребенка	301-1/y-93
Карта выбытия воспитанника дома ребенка	302-1/y-93
Экстренное донесение о чрезвычайной ситуации	165/y-96
Срочное донесение о чрезвычайной ситуации (последующее), заключительное	166/y-96
Первичная медицинская карта пораженного (больного) в чрезвычайной ситуации	167/y-96
Журнал учета чрезвычайных ситуаций	168/y-96
Ежедневный листок учета движения пораженных (больных) в чрезвычайных ситуациях (за истекшие сутки на 8-00)	169/y-96

5. Медицинская учетная документация учреждений судебно-медицинской экспертизы

Заключение эксперта (экспертиза трупа)	170/y
Акт судебно-медицинского исследования трупа	171/y
Заключение эксперта (экспертиза потерпевшего, обвиняемого или другого лица)	172/y
Акт судебно-медицинского обследования потерпевшего или другого лица	173/y

Заключение эксперта (экспертиза вещественных доказательств)	174/y
Акт судебно-гистологического исследования	176/y
Акт судебно-химического исследования	177/y
Направление в спектральную лабораторию	178/y
Журнал регистрации вещественных доказательств (объектов исследования) и документов к ним в спектральной лаборатории	178-1/y
Направление в судебно-химическое отделение	179/y
Направление в судебно-гистологическое отделение	180/y
Журнал регистрации трупов в судебно-медицинском морге	181/y
Журнал регистрации обследуемых в отделе судебно-медицинской экспертизы потерпевших, обвиняемых и других лиц (в городском, межрайонном отделении) бюро судебно-медицинской экспертизы	182/y
Журнал регистрации комиссионных судебно-медицинских экспертиз по материалам следственных и судебных дел	183/y
Журнал регистрации вещественных доказательств (объектов исследования) и документов к ним в подразделениях отдела судебно-медицинской экспертизы вещественных доказательств бюро судебно-медицинской экспертизы	184/y
Журнал регистрации исследований мазков и тампонов в судебно-биологическом отделении	185/y
Журнал регистрации исследований трупной крови в судебно-биологическом отделении	186/y
Заклучение комиссии экспертов	188/y
Направление на консультацию, рентгенологическое и иное исследование	189/y
Журнал регистрации материала и документов в судебно-гистологическом отделении	190/y
Журнал регистрации носильных вещей, вещественных доказательств, ценностей и документов в судебно-медицинском морге	191/y
Заклучение эксперта судебно-гистологического отделения	192/y
Акт судебно-биологического исследования	193/y
Акт судебно-цитологического исследования	194/y
Акт судебно-медицинского молекулярно-генетического исследования	195/y
Акт судебно-биохимического исследования	196/y
Акт медико-криминалистического исследования	197/y
Направление в медико-криминалистическое отделение	197-1/y
Акт судебно-медицинского спектрального исследования	198/y
Направление в судебно-биологическое отделение	199/y
Направление в судебно-биохимическое отделение	199-1/y

6. Медицинская учетная документация лаборатории
в составе лечебно-профилактических учреждений

Направление на анализ	200/y
Направление на гематологический, общеклинический анализ	201/y
Направление на биохимический анализ крови, плазмы, сыворотки, мочи, спинномозговой жидкости	202/y
Направление на цитологическое исследование и результат исследования	203/y
Направление на микробиологическое исследование	204/y
Направление на санитарно-микробиологическое исследование и результаты санитарно-микробиологического исследования	205/y
Направление для исследования крови на пробу Кумбса и результат исследования	206/y
Направление на исследование крови на резус-принадлежность и резус-антитела и результат исследования	207/y
Результат анализа	209/y
Анализ мочи	210/y
Анализ мочи по Зимницкому	211/y
Анализ мочи -глюкоза и катоновые тела	212/y
Глюкозурический профиль	213/y
Анализ мочи — активность d-амилазы	214/y
Анализ-определение количества форменных элементов мочи	215/y
Анализ мокроты	216/y
Анализ секрета простаты	217/y
Анализ отделяемого мочеполовых органов и прямой кишки	218/y
Анализ кала	219/y

Анализ кала-яйца гельминтов, скрытая кровь, стеркобилин, билирубин	220/y
Анализ желудочного содержимого	221/y
Анализ дуоденального содержимого	222/y
Анализ спинно-мозговой жидкости	223/y
Анализ крови	224/y
Анализ крови-гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, скорость (реакция) оседания эритроцитов	225/y
Анализ пунктата костного мозга	227/y
Биохимический анализ крови	228/y
Анализ — белковые фракции сыворотки крови (метод электрофореза)	229/y
Гликемическая кривая после нагрузки глюкозой, галактозой	232/y
Анализ крови — содержание гормонов и медиаторов	235/y
Анализ мочи — содержание гормонов и медиаторов	236/y
Результат микробиологического исследования	239/y
Результат микробиологического исследования и определение чувствительности выделенных культур к химио-терапевтическим препаратам	240/y
Анализ крови — реакция Вассермана и др.	241/y
Анализ крови — реакция Видала, Райта, Хеддльсона и др.	242/y
Анализ крови — антистрептолизин-0, антигалактуронилаза, анти стрептокиназа, С-реактивный белок, ревматоидный фактор	243/y
Анализ — иммуноглобулины	244/y
Анализ — альфа-фетопротеин, австралийский антиген	245/y
Анализ — гемолитическая активность комплемента	246/y
Журнал регистрации анализов и их результатов	250/y
Рабочий журнал лабораторных исследований	251/y
Журнал регистрации микробиологических и паразитологических исследований	252/y
Рабочий журнал микробиологических исследований	253/y
Журнал регистрации исследований и результатов определения чувствительности микроорганизмов к химиотерапевтическим препаратам	254/y
Журнал регистрации микробиологических исследований на туберкулез	255/y
Журнал приготовления и контроля питательных сред	256/y
Журнал контроля работы стерилизаторов воздушного, парового (автоклава)	257/y
Рабочий журнал исследований на стерильность	258/y
Журнал регистрации серологических исследований	259/y
Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)	260/y
Листок ежедневного учета работы врача-лаборанта	261/y
Журнал учета количества выполненных анализов в лаборатории	262/y

7. Медицинская документация, используемая при комплектовании и медицинском освидетельствовании доноров

Направление — справка в поликлинику, санэпидучреждение	400/y
Справка донору об обследовании	401/y
Справка донору об освобождении от работы в день кроводачи и предоставлении ему дополнительного дня отдыха	402/y
Журнал регистрации мероприятий, проводимых при заболевании доноров сифилисом, гепатитом и др.	403/y
Направление на кроводачу, плазмаферез и др.	404/y
Учетная карточка донора (активного, резерва, родственника)	405/y
Медицинская карта активного донора	406/y
Карта донора резерва	407/y
Журнал регистрации процедур иммунизации доноров	408/y
Ведомость учета работы по иммунизации доноров	409/y
Дневник учета доноров	410/y

8. Медицинская документация, используемая при заготовке крови и ее компонентов

Журнал учета заготовки крови	411/y
Журнал учета заготовки плазмы методом плазмафереза	412/y
Журнал учета заготовки компонентов крови	413/y
Журнал регистрации замороженных компонентов крови	414/y

Оперативное донесение о работе выездной бригады на объекте	415/y
Журнал учета работы растворной	416/y
Журнал учета заявок	417/y
Журнал регистрации брака крови	418/y
Ведомость учета заготовки донорской крови	419/y
Ведомость учета заготовки компонентов крови	420/y

9. Медицинская документация, используемая в экспедиции

Заявка на трансфузионные среды	421/y
Журнал учета выдачи крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей	422/y
Ведомость учета движения крови, ее компонентов, препаратов и кровезаменителей по экспедиции	423/y
Карта ежедневного учета наличия крови	424/y
Карта учета возврата крови, нативной плазмы	425/y
Карта учета выдачи трансфузионных сред лечебно-профилактическому учреждению	426/y

10. Медицинская документация, используемая в резус лаборатории (клинической лаборатории)

Карта учета крови, взятой у донора для приготовления стандартных эритроцитов	427/y
Карта учета изоиммунного лица	428/y

11. Медицинская документация, используемая в лаборатории стандартных сывороток

Журнал регистрации материала, поступившего для изготовления стандартной сыворотки системы АВО	429/y
Журнал регистрации изготовленной стандартной сыворотки системы АВО	430/y
Журнал регистрации материала, поступившего для изготовления стандартной сыворотки антирезус (реактива, реагента)	431/y
Журнал регистрации изготовленной стандартной сыворотки антирезус (реактива, реагента)	432/y
Ведомость учета работы лаборатории стандартных сывороток	433/y

12. Документация, используемая в отделении по изготовлению сухой плазмы и высушиванию препаратов крови лиофильным методом

Журнал записи процесса замораживания продукта	434/y
Журнал записи процесса лиофилизации продукта	435/y
Ведомость учета работы отделения по изготовлению сухой плазмы и высушиванию препаратов лиофильным методом	436/y

13. Документация, используемая в отделе технического контроля

Журнал регистрации сырья, поступившего для приготовления растворов и препаратов	437/y
Журнал регистрации результатов контроля качества обработки бутылок и пробок	438/y
Журнал регистрации результатов визуального контроля продукции, предъявляемой ОТК	439/y
Журнал регистрации результатов биологического контроля	440/y
Журнал регистрации результатов контроля препаратов, растворов и дистиллированной воды в соответствии с ФС (ВФС) и выдачи аналитических паспортов	441/y
Аналитический паспорт	442/y
Журнал регистрации выдачи продукции в экспедицию	443/y
Журнал регистрации продукции, забракованной ОТК и лабораторией Госконтроля	444/y
Журнал учета архивных образцов и результатов их контроля	445/y

2. Амбулаторно-поликлинические учреждения

Среди медицинских учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую помощь населению, самыми массовыми и наиболее приближенными к населению являются поликлиники, амбулатории.

В 2003 году в системе Минздрава России первичную медико-санитарную помощь оказывали 17,4 тыс. амбулаторно-поликлинических учреждений.

Основными документами, отражающими деятельность лечебно-профилактических учреждений, в том числе и амбулаторно-поликлинических учреждений являются «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма № 025/у-04), «Лист для записи уточненных диагнозов» (вклеивается в медицинскую карту) и различные модификации «Талона амбулаторного пациента», «Ведомость учета врачебных посещений в ЛПУ, на дому» (ф. № 39/у-02).

«Медицинская карта амбулаторного больного» предназначена для записи врачебных наблюдений, диагностических и лечебно-профилактических мероприятий. Эта форма заводится на каждого больного, обратившегося в поликлинику или вызвавшего врача на дом. В карте содержатся записи врачей всех специальностей при каждом посещении пациента по любому поводу. В специализированных амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях) — противотуберкулезных, кожно-венерологических и онкологических — врачебные записи производятся в отдельной документации (специальные учетные формы). Однако и при наличии специализированных отделений в поликлинике, если больной туберкулезом, злокачественным новообразованием или др. обслужен терапевтом, хирургом, невропатологом, другим специалистом, записи о нем включаются в Медицинскую карту амбулаторного больного.

Медицинская карта амбулаторного больного содержит систематизированные записи заключительных (уточненных) диагнозов зарегистрированных заболеваний, а также результаты анализов, рентгенологических и других исследований, сведения о стационарном лечении, временной нетрудоспособности. При тщательном и четком ведении медицинская карта, благодаря динамическим данным, облегчает врачу задачу правильной диагностики и назначения лечебно-профилактических мероприятий и способствует преемственности наблюдения и лечения больного.

На лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов заносятся все диагнозы, установленные при обращении в поликлинику и помощи на дому. «Лист» служит для выполнения двух задач: 1) изучения контингента больных путем регистрации всех заболеваний, по поводу которых больные обращаются в данное лечебно-профилактическое учреждение как самостоятельно, так и по направлениям врачей после профилактических осмотров, и 2) изучения заболеваемости населения обслуживаемой территории путем заполнения на основе данных «Листа», статистических талонов, обработки и сводки их, анализа сведений о всех зарегистрированных заболеваниях.

«Лист для записи заключительных (уточненных) диагнозов» позволяет врачу проследить у данного больного диагнозы в их последовательности и взаимосвязи и используется для отбора больных, подлежащих специальному наблюдению и диспансерному обслуживанию.

Одним из важнейших элементов организации нормальной деятельности поликлиники является регулирование и упорядочение потока посещения больных. В этом помогает ряд оперативно-учетных документов.

«Ведомость учета врачебных посещений в поликлинике (амбулатории) диспансере, консультации» (форма № 039/у-02) дает возможность видеть объем работы врача, распределения принятых больных по возрасту и составу. Ведомость ведется каждым врачом, который оказывает медицинскую помощь населению в поликлинике и на дому. В этом документе ежедневно указывается число больных принятых в поликлинике, или обслуженных на дому, а также число лиц, посетивших врача с профилактической целью.

Случай поликлинического обслуживания (СПО) — совокупность посещений, выполненных при каждом обращении пациента к врачу-специалисту. При этом первичный случай обслуживания — это первый в текущем календарном году случай обращения пациента к специалисту с данной целью. Законченный случай — случай обслуживания, когда цель обращения достигнута.

Организации медицинской помощи на дому способствует «Книга записей вызовов врача на дом» (ф. № 031/у), которая дает возможность своевременно известить врача о необходимости посещения им больного на дому, упорядочивает работу регистратуры и в то же время служит для контроля за этим разделом работы. При разработке данных «Книги записей вызовов врачей на дом» можно получить сведения об обслуживании больных на дому: объем посещений, структура больных по заболеваниям, распределению посещений по времени и врачам, нагрузки врачей, что дает целенаправленно управлять этим видом медицинской помощи.

Регистрация заболеваний в поликлинике осуществляется в различных документах.

При выявлении инфекционного заболевания в поликлинике делают запись в «Журнал учета инфекционных заболеваний» (ф. № 060/у), которая служит для оперативной работы поликлиники (связь с санитарно-эпидемиологической службой, уточнение диагноза, слежение за эпидемиологической обстановкой и т.д.), специальное извещение посылается в санэпидстанции.

При выявлении туберкулеза, злокачественных новообразований, венерических болезней, психических расстройств составляют специальные извещения, которые отсылают в трехдневный срок в соответствующие диспансеры по месту жительства больного.

Основным документом статистического учета оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях является «Талон амбулаторного пациента», последняя его модификация

— форма № 025/у-12 (приложение 1). На его основе формируются основные позиции государственной статистической отчетности, проводится мониторинг оказания первичной медико-санитарной помощи в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации.

2.1. Основные показатели деятельности поликлиники

Статистическая информация о состоянии амбулаторно-поликлинической помощи населению может быть получена из отчетов лечебно-профилактического учреждения.

Годовой отчет амбулаторно-поликлинического учреждения составляется на основе данных текущего учета элементов работы учреждений и форм первичной медицинской документации.

Организация медицинского обслуживания населения поликлиникой.

1. Участковость обслуживания населения терапевтами (педиатрами) в поликлинике (в процентах). Показатель характеризует соблюдение принципа участкового обслуживания населения при посещениях к врачам в поликлинике.

$$\frac{\text{число посещений участкового врача жителями своего участка}}{\text{общее число посещений участковых врачей}} \times 100$$

При правильной организации работы участковых врачей этот показатель находится в пределах 80-90%.

2. Участковость обслуживания населения терапевтами (педиатрами) на дому (в процентах). Показатель характеризует степень соблюдения принципа участкового обслуживания населения на дому.

$$\frac{\text{число посещений на дому, сделанных участковыми врачами-терапевтами по своему участку}}{\text{число всех посещений врачами-терапевтами на дому}} \times 100$$

Этот показатель находится в пределах 80-90% (снижение показателя отмечается при эпидемиях гриппа).

3. Удельный вес посещений к врачам городских поликлиник сельских жителей:

$$\frac{\text{число посещений к врачам городской поликлиники сельских жителей}}{\text{число всех посещений к врачам городской поликлиники}} \times 100$$

4. Не было госпитализировано на конец года из назначенных на госпитализацию (в процентах). Показатель недостаточного удовлетворения нуждаемости в госпитализации:

$$\frac{\text{осталось на конец года негоспитализированных больных}}{\text{назначено врачами поликлиники на госпитализацию (госпитализированные + негоспитализированные больные)}} \times 100$$

Показатель можно определить по отдельным нозологическим формам и в итоге для всех больных.

Организация и результаты профилактических медицинских осмотров населения

Для выявления заболеваний в начальных стадиях и проведения необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий проводятся профилактические медицинские осмотры населения.

Профилактический медицинский осмотр — одна из форм активной медицинской помощи населению, направленная в основном на выявление ранних форм заболеваний.

Различают следующие виды профилактических медицинских осмотров:

- Целевые профилактические медицинские осмотры — медицинские обследования, принятые с целью выявления определенных заболеваний на ранней стадии (новообразования, туберкулез, глаукома, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания и др.), охватывают различные группы организованного и неорганизованного населения.
- Углубленные профилактические медицинские осмотры — медицинское обследование организованных контингентов несколькими специалистами (терапевтом, окулистом, невропатологом, оториноларингологом и др.) для выявления заболеваний, патологических процессов, отклонений от нормы и т.п.
- Обязательные предварительные при поступлении на работу и периодические для лиц, занятых во вредных и опасных условиях труда — медицинские обследования при поступлении на работу с опасными и вредными условиями труда, в последующем — систематическое (периодическое) обследование этих лиц, занятых во вредных и опасных условиях труда.

Выполнение плана профилактических медицинских осмотров населения (в %):
осмотрено лиц, подлежащих
профилактическому медицинскому осмотру _____ x 100
число лиц, подлежащих профилактическому
медицинскому осмотру по плану

Показатель рассчитывается по всем контингентам (ф. № 30, раздел II, подраздел 4 «Профилактические осмотры, проведенные данным учреждением»).

Частота заболеваний (распространенность) по данным профилактических медицинских осмотров (на 100, 1000 осмотренных лиц):

число заболеваний, выявленных при
профилактических медицинских осмотрах _____ x 100
число лиц, осмотренных при профилактических
медицинских осмотрах (всего)

Динамика числа осмотренных при целевых осмотрах. Показатель дает представление об объеме работы по целевым осмотрам. Получается путем сопоставления абсолютных чисел осмотренных на выявление больных отдельными заболеваниями за разные годы (имеется ли в данном году увеличение или уменьшение числа осмотренных по сравнению с предшествующими годами).

Показатель вычисляется в отношении отдельных нозологических форм.

Заболеваемость населения

1. Заболеваемость отдельными формами болезней населения, проживающего в районе деятельности поликлиники. В данном случае имеются данные о заболеваемости по данным обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения.

Заболеваемость отдельными формами болезней (на 1000 населения района обслуживания). Показатель позволяет выявить уровень и изменения (в сравнении с предшествующими годами) заболеваемости населения проживающего в районе обслуживания поликлиники, вновь возникшими в отчетном году и ранее выявленными заболеваниями. В учет принимаются все острые заболевания (новым случаем острого заболевания считается каждый случай, интервал между двумя случаями должен быть не менее 14 дней), один раз в год учитываются хронические заболевания ранее выявленные и хронические заболевания впервые выявленные в данном году. Обострения в учет не принимаются (или лишь один раз в год).

число зарегистрированных заболеваний _____ x 1000
численность населения района обслуживания поликлиники

Частота впервые выявленных заболеваний (на 1000 населения). Показатель определяется только в отношении острых заболеваний и характеризует частоту возникновения среди населения вновь выявленных заболеваний.

число заболеваний, с впервые установленным диагнозом _____ x 1000
численность населения района обслуживания поликлиники

Состав обслуживаемых контингентов по нозологическим формам и классам болезней (на 100 всех заболеваний). Показатель определяет структуру заболеваемости.

число заболеваний по отдельным нозологическим формам _____ x 100
всего зарегистрировало заболеваний

2. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности. Показатели вычисляются на основе отчета по форме 16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности».

Частота случаев заболеваний с временной нетрудоспособностью (на 100 работающих). Показатель характеризует особенности в уровне и динамике заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

число случаев временной нетрудоспособности _____ x 100
среднегодовое число работающих (сумма чисел
работающих на первое число каждого месяца, деленное на 12)

Число дней временной нетрудоспособности по отдельным заболеваниям (на 100 работающих). Показатель характеризует особенности в уровне и динамике заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

$$\frac{\text{число дней временной нетрудоспособности}}{\text{среднегодовое число работающих (сумма чисел работающих на первое число каждого месяца, деленное на 12)}} \times 100$$

Средняя длительность одного случая заболевания с временной нетрудоспособностью (в днях). Показатель характеризует тяжесть заболевания с временной утратой трудоспособности.

$$\frac{\text{число дней временной нетрудоспособности}}{\text{число случаев временной нетрудоспособности}}$$

Последние три показателя определяются как по отдельным нозологическим формам в целом.

Диспансерное наблюдение

На современном этапе диспансеризация — это активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья населения.

Врачи любой специальности проводят работу по выявлению на ранних стадиях заболеваний, осуществляют систематическое (динамическое) наблюдение, своевременное и качественное лечение больных, предупреждение развития и распространения болезней.

Для анализа диспансерной работы используют три группы показателей:

1. Показатели охвата (частоты) диспансерным наблюдением.
2. Показатели качества диспансерного наблюдения.
3. Показатели эффективности диспансерного наблюдения.

В первой группе выделяют показатели частоты и структуры охвата диспансерным наблюдением.

Показатели частоты

Охват населения диспансеризацией (на 1000 населения):

$$\frac{\text{состоит под диспансерным наблюдением в течение года}}{\text{общая численность обслуживаемого населения}} \times 1000$$

Охват диспансеризацией здоровых, практически здоровых и больных. Определяется отдельно по группе диспансерного наблюдения:

$$\frac{\text{число здоровых (практически здоровых, больных), состоящих на диспансерном наблюдении}}{\text{общая численность обслуживаемого населения}} \times 1000$$

Охват больных диспансерным наблюдением (на 100 зарегистрированных больных). Показатель характеризует размеры диспансеризации больных, высокий показатель служит положительной характеристикой.

$$\frac{\text{число больных определенным заболеванием, состоящих на диспансерном наблюдении}}{\text{общее число зарегистрированных данной нозологической формой заболевания}} \times 1000$$

Этот показатель целесообразно рассчитывать для взрослых, подростков и детей отдельно.

Показатель определяется в целом по всему контингенту диспансеризованных и по отдельным формам болезней.

Структура больных, состоящих под диспансерным наблюдением по нозологическим формам (в %):

$$\frac{\text{число больных, состоящих под диспансерным наблюдением по поводу определенного заболевания}}{\text{общее число диспансерных больных}} \times 100$$

Показатели качества диспансеризации

Охват диспансерным наблюдением впервые выявленных больных по нозологическим формам (в %):

число больных впервые выявленных и
взятых под диспансерное наблюдение _____ x 100

общее число вновь выявленных больных данным заболеванием

Полнота охвата диспансерным наблюдением больных:

число больных данной нозологической формой, состоящих
на диспансерном наблюдении на начало года + вновь взятые
под диспансерное наблюдение – ни разу не явившиеся _____ x 100

число зарегистрированных больных данным заболеванием

Соблюдение сроков диспансерных осмотров (плановость наблюдения):

число диспансеризованных, соблюдавших
сроки явки на диспансерное наблюдение _____ x 100

общее число диспансеризованных

Полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий (в %):

прошли за год данный вид лечения (оздоровления) _____ x 100

нуждались в данном виде лечения (оздоровления)

Показатели эффективности диспансерного наблюдения

Под показателями эффективности диспансерного наблюдения следует понимать показатели, оценивающие достижение поставленной цели диспансеризации, конечных результатов.

Оценку эффективности диспансеризации следует проводить отдельно по группам:

а) здоровые, больные лица, перенесшие острые заболевания;

в) больные хроническими заболеваниями.

Критерием эффективности диспансеризации здоровых (I группа диспансерного наблюдения) является отсутствие заболеваний, сохранение здоровья и трудоспособности (отсутствие перевода в группу больных).

Критерием эффективности диспансеризации лиц, перенесших острые заболевания (II группа диспансерного наблюдения), является полное выздоровление и перевод в группу здоровых.

Критерием эффективности диспансеризации лиц, страдающих хронической патологией (III группа диспансерного наблюдения) является стойкая ремиссия (отсутствие обострений заболевания).

Методика определения показателей эффективности диспансеризации хронических больных:

1. Снято с диспансерного учета по заболеванию (т.е. переведен в группу практически здоровых):

число лиц, переведенных из III группы диспансерного наблюдения по
выздоровлению (улучшению) в группу практически здоровых лиц _____ x 100

число состоящих на диспансерном наблюдении

2. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (в случаях и днях) по конкретным нозологическим формам, по поводу которых больные взяты на диспансерное наблюдение (на 100 диспансеризуемых):

число случаев (дней) заболеваемости при данном
заболевании у диспансеризованных в данном году _____ x 100

число диспансеризованных с данным заболеванием

Полученный показатель сравнить с показателем за предыдущий год (или за несколько лет). Эффективность диспансеризации подтверждается снижением величины показателя.

2. Показатель первичной инвалидности диспансеризуемых за год (на 1000 диспансеризуемых):

признаны впервые инвалидами в данном году по
данному заболеванию из диспансеризуемых _____ x 100

число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении

в течение года по данному заболеванию

4. Доля больных, состояние которых улучшилось в течение года (в %):

число больных, у которых улучшилось состояние здоровья за год _____ x 100

общее число хронических больных, состоящих на диспансерном
наблюдении (III группа диспансерного наблюдения)

5. Смертность лиц, находящихся на диспансерном учете (на 1000 диспансеризованных):

$\frac{\text{число умерших из состоящих на диспансерном наблюдении}}{\text{общее число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении}} \times 1000$

Наиболее полное представление об эффективности работы по диспансеризации дает сравнение вышеприведенных показателей за несколько лет (3-5 лет).

6. Госпитализация диспансеризованных больных:

$\frac{\text{госпитализировано из числа диспансеризованных}}{\text{подлежало госпитализации}} \times 100$

7. Удовлетворение потребности диспансеризованных больных в санаториях и домах отдыха (в процентах к нуждающимся). Этот показатель имеет такое же значение, как и предыдущий.

$\frac{\text{направлено в санатории и дома отдыха}}{\text{подлежало направлению в них}} \times 100$

8. Изменение характера работы диспансеризованных больных (в процентах к нуждающимся в этом).

$\frac{\text{переведено на другую работу}}{\text{нуждалось в таком переводе}} \times 100$

Показатели 6, 7, 8, характеризующие обеспеченность диспансеризованных больных отдельными лечебно-профилактическими мероприятиями, вычисляются на основании подсчета соответствующих данных по контрольным картам (учетная форма № 030/у).

По состоянию здоровья все осмотренные (по данным профосмотров) разделяются на три группы диспансерного наблюдения:

I группа — здоровые — лица, не предъявляющие никаких жалоб, не имеющие в анамнезе хронических заболеваний или нарушений функций отдельных органов и систем, у которых при обследовании не найдено отклонений от установленных границ нормы.

II группа — практически здоровые — лица, имеющие в анамнезе острое или хроническое заболевание, не сказывающееся на функциях жизненно важных органов и не влияющее на трудоспособность.

III группа — больные хроническими заболеваниями — подразделяются на лиц:

- с компенсированным течением заболевания, редкими и непродолжительными потерями трудоспособности;
- с субкомпенсированным течением заболевания, частыми обострениями и продолжительными потерями трудоспособности;
- с декомпенсированным течением, устойчивыми патологическими изменениями, ведущими к стойкой утрате трудоспособности.

1. Доля здоровых (I группа диспансерного наблюдения), практически здоровых (II группа диспансерного наблюдения) и больных (III группа диспансерного наблюдения), состоящих под диспансерным наблюдением, от общей численности населения, проживающего на участке или в районе обслуживания поликлиники (в %):

$\frac{\text{число здоровых лиц, состоящих на диспансерном наблюдении}}{\text{общая численность населения, проживающего на участке (в районе обслуживания поликлиники)}} \times 100$

Анализ диспансерного наблюдения инвалидов Великой Отечественной войны, воинов-интернационалистов и участников Великой Отечественной войны (ф. № 30, раздел II, подгруппа 5).

1. Охват комплексными медосмотрами инвалидов ВОВ (в %):

$\frac{\text{число инвалидов ВОВ, охваченных комплексными медосмотрами за год}}{\text{число инвалидов ВОВ, состоящих на диспансерном учете}} \times 100$

2. Структура по группам инвалидности (I, II, III группы), состоящих на диспансерном наблюдении (в %):

$\frac{\text{число инвалидов ВОВ I группы, состоящих на диспансерном учете}}{\text{число инвалидов всех групп, состоящих на диспансерном учете}} \times 100$

3. Получившие стационарное лечение от общего числа нуждающихся в стационарном лечении (в %):

$$\frac{\text{число инвалидов ВОВ, получивших стационарное лечение в течение года}}{\text{число инвалидов ВОВ, нуждающихся в стационарном лечении}} \times 100$$

4. Получившие санаторно-курортное лечение (в %):

$$\frac{\text{число инвалидов ВОВ, получивших санаторно-курортное лечение в течение года}}{\text{число инвалидов ВОВ, нуждавшихся в санаторно-курортном лечении}} \times 100$$

5. Смертность инвалидов ВОВ, состоящих на диспансерном наблюдении (в %):

$$\frac{\text{число умерших инвалидов ВОВ за год}}{\text{общее число инвалидов ВОВ, состоящих на диспансерном наблюдении}} \times 1000$$

Аналогично можно рассчитать показатели по участникам ВОВ и воинам-интернационалистам, сравнить показатели и дать их оценку.

2.2. Виды показателей заболеваемости

Заболевание — случай болезни у отдельного человека. Служит единицей учета в статистике заболеваемости населения.

Первичная заболеваемость (собственно заболеваемость) — частота новых, нигде ранее не учтенных среди населения заболеваний впервые в жизни (все острые болезни, хронические болезни впервые выявленные).

Общая заболеваемость — частота всех имеющихся среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году. В диспансерных учреждениях применяют термин "контингент больных".

Распространенность болезней — заболевания выявленные при профилактических, медицинских осмотрах и зарегистрированные на определенную дату.

Социально-значимые заболевания — туберкулез, онкологические заболевания, инфекционные заболевания, венерические заболевания, психические расстройства, травмы.

Временная нетрудоспособность — состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение относительно небольшого промежутка времени и носит обратимый, проходящий под влиянием лечения характер.

Источники получения сведений о заболеваемости

Виды заболеваемости	Основной статистический документ учета
I. Заболеваемость по данным обращаемости в том числе:	
а) общая заболеваемость	Ф. 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» Ф. 025-2/у «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов», или Ф. 025-12/у «Талон амбулаторного пациента»
б) инфекционная заболеваемость	Ф. 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании: пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку»
в) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями (туберкулез, венерические, злокачественные опухоли и т.п.)	Ф. 089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза», Ф. 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, микоза стоп, чесотки» Ф. 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» Ф. 091/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании»

г) заболеваемость с временной утратой трудоспособности	Ф. 025-9/у-96 «Талон на законченный случай временной нетрудоспособности»
д) «госпитализированная заболеваемость»	Ф. 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара» Ф. 066-1/у «Статистическая карта выбывшего из психиатрического (наркологического) стационара»
II. Заболеваемость по данным профилактических врачебных осмотров и диспансерного наблюдения	Ф. 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» Ф. 030/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения»
III. Заболеваемость по данным о причинах смерти	Ф. 106/у-98 «Медицинское свидетельство о смерти» Ф. 106-2/у-98 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»

2.3. Показатели заболеваемости и методика их расчета

1. Заболеваемость по данным обращаемости

1.1 Первичная заболеваемость

число заболеваний впервые выявленных
в жизни в данном году _____ x 1000
среднегодовая численность населения

1.2. Общая заболеваемость

число зарегистрированных заболеваний
всего, в данном году _____ x 1000
среднегодовая численность населения

1.3. Первичная заболеваемость данным заболеванием (например, гриппом, сахарным диабетом и.т.д.)

число отдельных заболеваний, с впервые в жизни
установленным диагнозом в отчетном году _____ x 1000
среднегодовая численность населения

1.4. Распространенность данного заболевания (обращаемость + данные медицинских осмотров)

число отдельных заболеваний всего,
зарегистрированных в данном году _____ x 1000
среднегодовая численность населения

1.5. Структура первичной заболеваемости (в %)

число отдельных заболеваний, впервые в жизни
выявленных в данном году _____ x 100
число выявленных впервые в жизни заболеваний всего

Доля лиц, признанными здоровыми во время медицинского осмотра (в %)

число лиц, признанными здоровыми _____ x 100
число лиц всего осмотренных

1.7. Доля лиц, не болевших на протяжении года острыми заболеваниями (в %)

число лиц ни разу не обратившихся в мед.
учреждение по поводу острого заболевания _____ x 100
численность населения

1.8. Доля лиц, ни разу не обратившихся в ЛПУ за год (в %)

число лиц ни разу не обратившихся в ЛПУ _____ x 100
численность населения

2. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ)

2.1. Число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих в год

$$\frac{\text{число случаев заболеваний с временной утратой трудоспособности}}{\text{среднегодовая численность работающих}} \times 100$$

2.2. Число дней временной утраты трудоспособности на 100 работающих в год

$$\frac{\text{число дней временной утраты трудоспособности в связи с заболеванием, травмой, отравлением}}{\text{среднегодовая численность работающих}} \times 100$$

2.3. Средняя продолжительность 1-го случая нетрудоспособности

$$\frac{\text{число дней временной утраты трудоспособности}}{\text{число случаев с временной утратой трудоспособности}}$$

2.4. Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности (в %)

2.4.1. число случаев утраты трудоспособности

$$\frac{\text{по поводу данного заболевания}}{\text{число случаев утраты трудоспособности по поводу всех заболеваний}} \times 100$$

2.4.2. число дней утраты трудоспособности

$$\frac{\text{по поводу данного заболевания}}{\text{число дней утраты трудоспособности по поводу всех заболеваний}}$$

Учет случаев и дней временной нетрудоспособности учитываются по листкам нетрудоспособности. Показатели высчитываются на 100 работающих на предприятиях, цехах, отделах и т. д. и анализируются по причинам, по полу, возрасту, профессии.

3. Инфекционная (эпидемическая) заболеваемость

3.1. Частота выявления инфекционных заболеваний

$$\frac{\text{число выявленных инфекционных заболеваний на данной территории}}{\text{среднегодовая численность населения данной территории}} \times 100000$$

3.2. Частота госпитализации инфекционных больных

$$\frac{\text{число госпитализированных инфекционных больных}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100$$

3.3. Охват инфекционных больных госпитализацией (в %)

$$\frac{\text{число госпитализированных инфекционных больных}}{\text{число выявленных инфекционных больных}} \times 100$$

3.4. Очаговость

$$\frac{\text{число выявленных инфекционных больных данным заболеванием}}{\text{число очагов данного заболевания}}$$

4. Неэпидемическая заболеваемость (туберкулез, онкологические заболевания, венерологические заболевания и др.)

4.1. Частота выявления неэпидемических заболеваний

число выявленных неэпидемических заболеваний
на данной территории _____ x 10000 (100000)
среднегодовая численность населения данной территории

2.4. Показатели инвалидности и методика их расчета

Инвалидность — стойкое длительное нарушение трудоспособности или ее значительное ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием.

Виды инвалидности:

1. Инвалидность вследствие общего заболевания.
2. Инвалидность в связи с трудовым увечьем.
3. Инвалидность вследствие профессионального заболевания.
4. Инвалидность в связи с исполнением воинской обязанности (СА, РА, МВД, Афганистан, ФСБ, исполнители интернационального долга).
5. Инвалид с детства.

Расчет показателей инвалидности

1. Первичная инвалидность (частота первично признанных инвалидами)

абсолютное число впервые признанных
инвалидами в отчетном году _____ x 10000
среднегодовая численность населения *

2. Структура первичной инвалидности (в %)

- 2.1. Структура первичной инвалидности по заболеваниям (по возрасту)

абсолютное число впервые признанных
инвалидами от данного заболевания
(данного возраста) в отчетном году _____ x 100
численность впервые признанных инвалидами
в данном году

- 2.2. Структура первичной инвалидности по группам инвалидности

число лиц, признанных инвалидами I (II, III) группы в течении года _____ x 100
число лиц, впервые признанных инвалидами всего за год

3. Общая инвалидность (частота, контингенты инвалидов)

число лиц получающих пенсии и пособия
по инвалидности (контингенты инвалидов) _____ x 10000
среднегодовая численность населения данной территории *

* существуют также расчеты на трудоспособное и на работающее население.

4. Доля впервые признанных инвалидами от общего числа лиц, имеющих инвалидность (в %)

число впервые признанных инвалидами в данном году _____ x 100
общее число лиц, имеющих инвалидность на начало года

Реабилитация — комплекс координационных мероприятий, медицинского, физического, психологического, социального характера, направлений на наиболее полное восстановление здоровья и трудоспособности лиц, утративших эти способности в результате заболевания или травм.

Критерии эффективности реабилитации

1. Показатель полной медицинской и профессиональной реабилитации (3-4%)

общее число инвалидов, признанных полностью трудоспособными _____ x 100
общее число инвалидов, повторно освидетельствованных МСЭК

2. Показатель частичной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов

$$\frac{\text{общее число признанных инвалидами III группы (из числа I-II гр.)}}{\text{общее число повторно освидетельствованных в МСЭК инвалидов I-II групп}} \times 100$$

3. Суммарный показатель медицинской реабилитации

$$\frac{\text{общее число инвалидов признанных полностью трудоспособными} + \text{общее число признанных инвалидами III групп (из числа I-II групп)}}{\text{общее число инвалидов повторно освидетельствованных в МСЭК}} \times 100$$

4. Показатель стабильности групп инвалидности повторно освидетельствованных в МСЭК

$$\frac{\text{общее число инвалидов, оставшихся в прежней группе (I, II, III или суммарно во всех группах)}}{\text{общее число повторно освидетельствованных в МСЭК}} \times 100$$

Показатель отрицательной динамики (показатель утяжеления групп инвалидности повторно освидетельствованных во МСЭК)

$$\frac{\text{общее число лиц, которым утяжелена группа инвалидности при повторном освидетельствовании}}{\text{общее число лиц повторно освидетельствованных в МСЭК}} \times 100$$

3. Стационар

Важнейшим звеном в системе учреждений, оказывающих медицинскую помощь населению, являются стационары. В 2003 году стационарную помощь населению оказывали 8425 больниц и 1052 диспансера, в которых насчитывалось более 1,5 млн. коек, в том числе 91% всего коечного фонда страны сосредоточен в больницах.

Больница обеспечивает население всеми видами лечебно-диагностической помощи, реабилитацию больных и инвалидов.

По своей структуре больница является сложной динамической системой управления, организация деятельности которой требует многочисленной информации, отражающей аспекты деятельности учреждения.

В стационаре важнейшими учетными документами являются: «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (форма № 001/у), «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф. № 066/у-02), «Ежедневный листок учета движения больных и коечного фонда стационара» (ф. № 007/у-02), составляемая на основе их сводная ведомость (ф. № 016/у-02).

Основным медицинским документом в стационаре является «Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у) – история болезни, характеризующая состояние больного при поступлении и в динамике на протяжении всего его пребывания в стационаре, здесь отражаются динамика наблюдения, диагностические и лечебные мероприятия, хранятся бланки лабораторных исследований.

Ежедневно во всех стационарах страны по состоянию на 8 часов утра проводится переучет больных, находящихся на стационарном лечении, и результаты его записываются в «Листок учета движения больных и коечного фонда стационара». В нем имеются сведения о числе коек, развернутых в отделениях в пределах сметы. Так, например приставные койки не подлежат учету, а больные, находящиеся на них учитываются. Здесь приводятся данные о числе поступивших и выбывших больных, о переводе их из одного отделения в другое, отмечаются сведения о временно не функционирующих койках (ремонт, карантин и др.). Листки ежедневно поступают в кабинет статистики. На их основе руководство больницы может судить об использовании коек в каждом отделении и принять соответствующие меры в случае необходимости. «Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару» (ф. № 016/у-02) дает возможность следить за рациональным использованием коечного фонда по месяцам в динамике.

Четкое ведение учетной формы № 016/у-02 служит основой для составления годового отчета ф. № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» (приложение).

В регулировании работы стационара организационную роль играет «Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации» (ф. № 001/у). Он обеспечивает получение справочной информации,

наблюдение за поступлением больных и их распределением по отделениям. «Журнал» позволяет оперативно изучать потоки больных, вид поступления, характер заболевания, контингенты больных и т.д. Вопросы, связанные с отказами от госпитализации также могут быть прослежены и проанализированы на основании записей этого журнала.

Более точные сведения, относящиеся к больному, его диагнозу, методам и срокам лечения, исходу болезни, находят отражение в «Статистической карте выбывшего из стационара» (ф. № 066/у-02) (приложение 2).

Данная учетная форма служит основой для многочисленных разработок относительно состава и лечения больных для отбора историй болезней с целью специального изучения, для составления соответствующего отчета — формы государственного федерального статистического наблюдения — № 14 «Сведения о деятельности стационара».

Учетная форма № 066/у-02 заполняется лечащим врачом при выписке больного из стационара, хранится в статистическом кабинете – в картотеке по диагнозам. Шифровка диагнозов проводится врачом-статистиком или лечащим врачом в соответствии с МКБ-10 пересмотра.

Задача повышения качества медицинской помощи населению требует от руководителя здравоохранения умения пользоваться статистическими данными о работе ЛПУ и на основе анализа планировать мероприятия по улучшению медицинской помощи.

В настоящее время все ЛПУ страны составляют и представляют в вышестоящие организации годовой статистический отчет по единой форме. Это форма государственного федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» (приложение 3). Отчет о лечебно-профилактическом учреждении (форма № 30) составляется республиканскими (в составе Российской Федерации), краевыми, областными, городскими, районными, сельскими лечебно-профилактическими учреждениями, имеющими статус юридического лица, обслуживающими больных на прикрепленной территории. Отчет лечебно-профилактического учреждения представляется за год районному (городскому) органу управления здравоохранением, главному врачу ЦРБ — 5 января следующего за отчетным годом, в порядке и сроки, согласованными с органом управления здравоохранением субъекта Российской Федерации. Сводный отчет за год по республике, краю, области, автономному округу, подписанный руководителем органа управления здравоохранением, представляется территориальному статистическому органу и Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации в установленные последним сроки.

3.1. Показатели деятельности стационара

Статистические данные о деятельности стационара представлены в годовом отчете федерального государственного статистического наблюдения — форме № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» разделе III «Кочный фонд и его использование» и в форме № 14 «Сведения о деятельности стационара».

1. Среднее число дней работы койки в году (среднегодовая занятость больничной койки):

Показатель использования коечного фонда:

число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре
число среднегодовых коек стационара

Среднегодовое число коек в стационаре определяется следующим образом:

сумма фактически занятых коек каждого месяца года в стационаре (отделении)
12 месяцев

Нормативы занятости коек в год по профилям в городской и сельской местности приведены в таблице 1.

Таблица 1.

Средние планируемые показатели занятости больничных коек в году

Профиль коек	Число дней занятости койки в году в больницах	
	городских	сельских
Терапевтический, педиатрический, неврологический	330-340	320-330
Инфекционный для взрослых	320-330	290-300
Инфекционный для детей	320-330	300-310
Офтальмологический, отоларингологический, кожно-венерологический	330-340	-
Туберкулезный	340-350	330-340
Акушерский	300-310	280-290
ВСЕГО:	340	310

Используя приведенную методику, можно рассчитать показатель среднегодовой занятости коек по учреждению в целом и по каждому отделению и сравнить полученные данные с нормативными.

2. Выполнение плана койко-дней по больнице (% выполнения плана койко-дней):

$$\frac{\text{число фактически проведенных больными койко-дней}}{\text{плановое число койко-дней}} \times 100$$

3. Плановое число койко-дней за год определяется:

$$\text{среднегодовое число коек} \times \text{норматив занятости койки в год}$$

Выполнение плана койко-дней можно рассчитать в целом по больнице и по отделениям и дать оценку полученных показателей.

4. Оборот больничной койки (оборот койки). Показатель использования коечного фонда.

$$\frac{\text{число использованных койко-дней}}{\text{среднегодовое число больничных коек}}$$

Показатель оборота койки вычисляется как в целом по больнице, так и по отделениям. Дать оценку полученных показателей. Оборот койки в городских больницах равен 17-20.

А. Качество диагностики врачей

1. Частота совпадений диагнозов стационара с поликлиниками при отдельных заболеваниях (в процентах). Показатель характеризует качество диагностики врачей в условиях работы в поликлинике и на дому.

$$\frac{\text{число совпадений основного диагноза}}{\text{число всех установленных стационаром диагнозов данного заболевания (совпадений + расхождений) по данным книги регистрации больных, подлежащих госпитализации}} \times 100$$

Более подробные пояснения по этому вопросу см. в указаниях к книге регистрации больных, назначенных на госпитализацию (учетная форма № 034/у).

2. Частота совпадений клинических диагнозов с патологоанатомическими при отдельных заболеваниях (в процентах). Показатель служит для характеристики качества диагностики врачей в условиях работы в стационаре.

число совпадений клинических
диагнозов с патологоанатомическими _____ x 100
число вскрытий

3.2. Характеристика показателей деятельности стационара

Больничные учреждения — учреждения, осуществляющие медицинское обслуживание госпитализированных больных. В состав объединенного больнично-поликлинического учреждения входят стационар и поликлиника.

Отдельные понятия, необходимые для расчета и анализа показателей деятельности стационара

Лечившиеся (пользованные) больные — полусумма поступивших, выписанных и умерших.

Койко-день — день, проведенный больным в стационаре. Условная единица измерения мощности больницы, использования коечного фонда больницы.

Койка больничная — койка, размещенная в учреждениях здравоохранения для стационарного лечения больных. Включает койку сметную и койку фактически развернутую. Койка сметная — обеспеченная финансированием по смете расходов учреждения здравоохранения. Койка фактически развернутая — обеспеченная персоналом, оборудованием, финансированием для питания и лечения больных и готовая к приему больных для круглосуточного пребывания. Временные приставные койки, развернутые в палатах, коридорах и т.д. в связи с перегрузкой стационара (или одного из его отделений), в число фактически развернутых коек не включаются.

Коечный фонд — совокупность коек стационарных лечебно-профилактических учреждений (больниц, родильных домов, стационаров, специализированных диспансеров и прочих), предназначенных для обслуживания населения данной местности.*

Различают коечные фонды отдельной больницы, групп лечебных учреждений, объединяемых по признаку медицинской специальности (хирургический, терапевтический, противотуберкулезный и др.), а также по группам обслуживаемого населения (городской, сельский и др.). Исчисляют показатель обеспеченности населения всеми койками и койками в разрезе их профиля. Показатели рассчитывают, как правило, на 10 тысяч человек населения.

Среднемесячное число коек является среднеарифметической величиной, получаемой путем деления суммы фактически развернутых коек (включая не функционирующее во время ремонта, но без приставных) за все дни месяца на календарное число дней месяца.

Среднегодовое число коек получается аналогичным образом при делении суммы среднемесячного числа коек на 12. Если отделение работало лишь полгода, сумма также делится на 12.

В число поступивших больных включаются лица, поступившие в стационар с 1 января по 31 декабря отчетного года и переведенные из других больниц.

Число койко-дней, проведенных больными за отчетный месяц, высчитывается путем суммирования числа больных, находящихся в стационаре на 9 часов утра ежедневно в течение месяца. Сложение данных результатов за 12 месяцев дает сумму числа койко-дней, проведенных больными за год.

В число больных включаются и те, которые находились на приставных дополнительных койках.

Приставные дополнительные койки в число сметных коек не включаются.

Уровень госпитализации — число поступивших по всем заболеваниям или отдельно по определенным заболеваниям в расчете на 1000 или на 100000 соответствующего населения.

Среднее число дней занятости койки в году — показатель работы коек в больничном учреждении или отделениях и использования коечного фонда в целом по городу, району, области, краю, республике, стране. Исчисляется делением общего числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре за год, на среднегодовое число коек (синонимы: показатель использования коек, среднее число дней работы койки в году).

Средняя длительность пребывания больного на койке — количество дней, которое в среднем больной проводит в больнице. Показатель высчитывается по больнице в целом, по отделениям и по отдельным заболеваниям.

Показатель позволяет оценить организацию и качество стационарного обслуживания больных в зависимости от нозологической формы. На основе этого показателя представляется возможность выявить укороченные или затянувшиеся сроки лечения.

При анализе средней длительности лечения больного в стационаре при определенных заболеваниях необходимо обратить внимание на причины, влияющие на этот показатель и условно выделить четыре периода в пребывании больного в стационаре:

* Места дневного стационара в численность коечного фонда учреждения не включаются.

I период — от поступления больного до начала обследования. В этом периоде потери обычно составляют 1-3 дня (при поступлении больного в пятницу обследование обычно начинают с понедельника. Кроме того, теряется время и по различным другим организационным недостаткам).

II период — клинико-диагностические исследования.

На длительность этого периода оказывают влияние следующие причины:

1. Недостаточная преемственность между поликлиникой и стационаром.
2. Плохая подготовка поликлиникой больного при плановой госпитализации (неполное обследование).
3. Дублирование (повторение) в стационаре диагностических исследований, выполненных в поликлинике.
4. Недостатки в организации работы диагностических служб, укомплектовании кадрами.

III период — лечение больного в стационаре. Длительность этого периода зависит от квалификации врачей, тактики ведения больных с различными заболеваниями, технической оснащенности, применения современных и эффективных методов лечения и др.

IV период — подготовка к выписке и выписка больного. Задержка в стационаре в этом периоде связана в основном с организационными недостатками.

Оборот койки — характеризует количество больных, приходящихся на одну койку в среднем по стационару (отделению) в течение года. Исчисляется делением среднегодового числа всех лечившихся больных на среднегодовое число коек, или среднего числа дней занятости койки в году на среднее время пребывания больного на койке.

Летальность — отношение (в %) общего числа умерших в больнице (в отделении) к общему числу лечившихся больных (по больнице или отделению), прошедших через стационар.

Летальность досуточная — вычисляется в виде показателя частоты числа умерших в первые сутки от числа поступивших больных, а также в виде удельного веса умерших в первые сутки от общего числа умерших в больнице.

Организация работы стационара

Методика расчета показателей деятельности стационара

1. Выполнение плана койко-дней (в %)

$$\frac{\text{число койко-дней, проведенных больными в стационаре}}{\text{число койко-дней по плану}} \times 100$$

2. Среднее число дней занятости (работы) койки в году

$$\frac{\text{число койко-дней, фактически проведенных больными в стационаре (отделении)}}{\text{число среднегодовых коек в стационаре (отделении)}}$$

3. Коэффициент занятости койки (в %)

$$\frac{\text{среднее число дней занятости}}{\text{число дней в году}} \times 100$$

4. Среднее время простоя койки

$$\frac{\text{число дней в году} - (\text{минус}) \text{ среднее число занятости койки в году}}{\text{оборот койки}}$$

5. Оборот койки

5.1
$$\frac{\text{число лечившихся больных}}{\text{среднегодовое число коек}}$$

5.2
$$\frac{\text{среднее число дней занятости койки}}{\text{средняя длительность пребывания на койке}}$$

6. Число проведенных койко-дней в году, приходящихся на 1000 жителей

6.1. $\frac{\text{число проведенных койко-дней больными}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$

6.2. $\frac{\text{число проведенных койко-дней больными}}{\text{данного города (села)}} \times 1000$
среднегодовая численность городского (сельского) населения

6.3. $\frac{\text{число проведенных койко-дней больными жителями}}{\text{данного города (села) с данным диагнозом}} \times 1000$
среднегодовая численность городского (сельского) населения

6.4. Выполнение территориального норматива объема стационарной помощи населению (в %)

$\frac{\text{фактически выполнено койко-дней на 1000 населения}}{\text{территориальный норматив объема стационарной помощи}} \times 100$
(койко-дней на 1000 населения)

7. Доля проведенных койко-дней сельскими жителями в учреждениях города (области, республике) (в %)

$\frac{\text{число проведенных койко-дней больными жителями села}}{\text{в учреждениях города (области, республики)}} \times 100$
число проведенных койко-дней больными жителями
села во всех лечебно-профилактических учреждениях

8. Удельный вес сельских жителей среди госпитализированных больных

$\frac{\text{число сельских жителей, госпитализированных}}{\text{в стационар в течение года}} \times 100$
число всех поступивших больных в стационар

Этот показатель в городских больницах составляет от 15 до 30%.

9. Уровень госпитализации на 100 человек населения

$\frac{\text{число поступивших больных}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100$

10. Уровень госпитализации при отдельных заболеваниях

$\frac{\text{поступило в стационар больных данным заболеванием}}{\text{число зарегистрированных данных заболеваний на территории обслуживания}} \times 100$

11. Частота госпитализаций (уровень госпитализации)

$\frac{\text{число госпитализированных за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100$

12. Структура госпитализированных по заболеваниям (в %)

$\frac{\text{число госпитализированных с данным заболеванием}}{\text{все случаи госпитализации}} \times 100$

Показатели рассчитываются отдельно для взрослых и детей до 17 лет включительно.

13. Обеспеченность населения больничными койками (ф.30, табл. 3100)

$\frac{\text{общее число больничных коек}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 10000 =$

14. Обеспеченность больничными койками городского населения с учетом использования коек городских ЛПУ сельскими жителями

число коек в городских стационарах — (минус)
число коек в городских стационарах, использованных
для лечения больных жителей сельской местности _____ x 10000
среднегодовая численность городского населения

15. Обеспеченность больничными койками сельского населения с учетом использования жителями села коек в городских стационарах

число коек в сельских стационарах — всего
+ (плюс) число коек в городских стационарах, использованных
для лечения больных жителей сельской местности _____ x 10000
среднегодовая численность сельского населения

16. Обеспеченность больничными койками сельского населения на этапах медицинского обслуживания

16.1 число коек в участковых больницах _____ x 10000
среднегодовая численность сельского населения

16.2. число коек в центральной районной больнице _____ x 10000
среднегодовая численность сельского населения

17. Показатель нагрузки на одну занятую врачебную должность

число коек в стационаре (отделении)
число занятых врачебных должностей в
стационаре (отделении)

Показатели 15-17 рассчитываются в целом и по отдельным специальностям.

18. Структура коек по профилям (в %)

число коек данного профиля _____ x 100
общее число коек

19. Динамика коечного фонда

число коек на начало отчетного года _____ x 100
число коек на конец отчетного года

20. Показатель освоения сметного коечного фонда (в %)

число фактически развернутых коек на конец года
+ (плюс) число коек свернутых на ремонт _____ x 100
число сметных коек на конец года

Летальность в стационаре

1. Летальность больничная (в %)

число умерших больных _____ x 100
число выбывших больных (выписано + умерло)

2. Летальность по отделениям или профилям коек (в %)

число умерших больных в данном отделении _____ x 100
число выбывших больных (выписано + умерло) в данном отделении

3. Летальность при отдельных заболеваниях (в %)

$\frac{\text{число умерших больных от данного заболевания}}{\text{число выбывших (выписано + умерло) больных с данным заболеванием}} \times 100$

4. Досуточная летальность (в %)

4.1. $\frac{\text{число умерших больных в стационаре в первые 24 часа пребывания}}{\text{общее число поступивших в стационар}} \times 100$

4.2. $\frac{\text{число умерших больных в стационаре до 24 часов пребывания}}{\text{число всех умерших больных в стационаре}} \times 100$

Отдельные показатели качества медицинской помощи

1. Состав больных по заболеваниям (отч. ф. 14, табл. 2000) (в %)

$\frac{\text{число больных, выписанных из стационара с данным диагнозом}}{\text{число больных, выписанных из стационара}} \times 100$

2. Средняя длительность лечения больного в стационаре по отдельным заболеваниям (отч. ф. 14)

2.1. $\frac{\text{число проведенных больными койко-дней по отдельным заболеваниям}}{\text{число выписанных больных}}$

2.2. Средняя длительность пребывания больного на койке в стационаре (отч. ф. 30)

$\frac{\text{число проведенных больными койко-дней}}{\text{число лечившихся (пользованных) больных}}$

3. Распределение больных по срокам лечения (по заболеваниям) (в %)

$\frac{\text{число больных пневмонией со сроком пребывания в стационаре 10 дней (11-20, 21-30, 31 и больше дней)}}{\text{число больных пневмонией, находившихся на лечении в стационаре}} \times 100$

4. Структура причин смерти по данным вскрытия (в %)

$\frac{\text{число вскрытия умерших от данного заболевания}}{\text{общее число вскрытий умерших}} \times 100$

5. Доля патологоанатомических вскрытий в стационаре (в %)

$\frac{\text{число вскрытий в стационаре}}{\text{всего умерших в стационаре}} \times 100$

6. Частота совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов (в %)

$\frac{\text{число случаев совпадений клинических диагнозов с патологоанатомическими}}{\text{общее число вскрытий умерших}} \times 100$

7. Частота отказов в госпитализации по причинам:

- отсутствие мест;
- отсутствие показаний к госпитализации;
- отказ больного или родственника;
- перевод в другое лечебное учреждение.

Показатели качества обслуживания больных в хирургических отделениях

1. Показатель хирургической активности (в %)

число операций, произведенных больным,
выбывших из отделения _____ x 100
число выбывших из хирургического отделения

2. Структура оперативных вмешательств (в %)

2.1. Доля операций, произведенных по экстренным показаниям

операции, произведенные по экстренным показаниям _____ x 100
число всех произведенных операций

2.2. Структура оперативных вмешательств (в %)

число произведенных операций по данному поводу _____ x 100
общее число произведенных операций

3. Частота послеоперационных осложнений (в %)

число операций, при которых наблюдались осложнения _____ x 100
общее число операций

4. Общая послеоперационная летальность (в %)

число умерших больных после оперативных
вмешательств _____ x 100
общее число оперативных вмешательств

5. Послеоперационная летальность оперированных по данному поводу (в %)

число умерших больных, оперированных
по данному поводу _____ x 100
число оперированных больных по данному поводу

6. Структура послеоперационной летальности (в %)

число умерших, оперированных по данному поводу _____ x 100
общее число умерших при всех операциях

7. Частота летальных исходов, не зависящих от оперативного вмешательства (в %)

число умерших от заболеваний, не являвшихся поводом
к операции, не зависящих от оперативных вмешательств _____ x 100
число умерших после операции

Показатели в п.п. 1-7 рассчитывают для всех больных, взрослых и детей до 17 лет включительно.

8. Показатели экстренной хирургической помощи (в %)

8.1 Своевременная доставка больных

число больных, доставленных ранее 24 часов от начала
заболевания, требующего экстренной хирургической помощи _____ x 100
общее число больных, доставленных для оказания экстренной
хирургической помощи

8.2 Поздняя доставка больных

число больных, доставленных позднее 24 часов от начала заболевания, требующего экстренной хирургической помощи _____ x 100
общее число больных, доставленных для оказания экстренной хирургической помощи

9. Длительность пребывания оперированных в больнице

9.1. Длительность пребывания больных до операции

число проведенных койко-дней впоследствии оперированными больными до операции
число оперированных больных

9.2. Средняя длительность пребывания больных после операции

число проведенных койко-дней больными после операции
число оперированных больных

9.3. Общая средняя длительность пребывания оперированных больных в стационаре

число койко-дней проведенных оперированными больными
число оперированных больных

Переливание крови и кровезамещающих жидкостей

1. Среднее количество крови на 1 сметную койку

перелито крови в литрах = л
среднегодовое число коек

2. Среднее количество крови на 1 переливание

перелито крови в литрах = л
число переливаний

3. Среднее число переливаний на 1 больного

число переливаний
число больных, которым сделано переливание

4. Частота осложнений при переливаниях (в %)

число больных, у которых наблюдались осложнения после переливаний _____ x 100
число больных, которым сделано переливание

5. Летальность при переливаниях (в %)

число умерших больных после переливания _____ x 100
число больных, которым сделано переливание

6. Тяжесть осложнений (в %)

число умерших _____ x 100
число больных у которых наблюдались осложнения после переливания

Показатели преемственности в работе стационара и поликлиники

1. Доля полностью обследованных больных в поликлинике из числа направленных в стационар в порядке плановой госпитализации (в %)

$\frac{\text{число больных полностью обследованных в поликлинике}}{\text{число больных (всего), направленных в стационар в порядке плановой госпитализации}} \times 100$

2. Доля расхождения диагнозов поликлиники и стационара (в %)

$\frac{\text{число ошибочных и не выявленных диагнозов в поликлинике}}{\text{число диагнозов, поставленных в стационаре}} \times 100$

3. Доля ошибочных диагнозов по определенным нозологическим единицам (в %)

$\frac{\text{число диагнозов по определенной нозологической единице поставленных в поликлинике ошибочно}}{\text{число диагнозов (данной нозологической единицы) поставленных всего в поликлинике при направлении в больницу}} \times 100$

4. Доля не выявленных диагнозов (в %)

$\frac{\text{число диагнозов (определенной нозологической единицы), не выявленных поликлиникой}}{\text{число диагнозов (данной нозологической единицы) установленных в стационаре}} \times 100$

3.3. Работа лечебно-диагностических вспомогательных отделений и кабинетов

Деятельность лабораторий

1. Частота применения лабораторных анализов (клинико-диагностических, биохимических) в поликлинике (на 100 посещений)

$\frac{\text{число анализов, сделанных больным в поликлинике}}{\text{число посещений в поликлинике}} \times 100$

2. Частота применения лабораторных анализов (клинико-диагностических, биохимических, бактериологических) при обследовании больных на дому (на 100 посещений)

$\frac{\text{число анализов, сделанных амбулаторным больным на дому}}{\text{число посещений, сделанных врачами на дому}} \times 100$

3. Частота применения лабораторных анализов (клинико-диагностических, биохимических, бактериологических) в стационарах (на 100 больных)

$\frac{\text{число анализов, сделанных больным в стационаре}}{\text{число лечившихся в стационаре больных}} \times 100$

4. Структура лабораторных исследований по видам анализов (в %)

$\frac{\text{число сделанных лабораторных анализов данного вида}}{\text{общее число сделанных лабораторных анализов}} \times 100$

5. Среднее число лабораторных анализов на 1 стационарного больного

$\frac{\text{число лабораторных анализов, проведенных стационарным больным}}{\text{число использованных в стационаре больных}} = \text{анализов}$

6. Доля лабораторных анализов с выявленной патологией (в %)

$\frac{\text{число анализов с выявленной патологией}}{\text{число анализов всего}} \times 100$

7. Доля лабораторных анализов без выявленной патологии (в %)

$\frac{\text{число анализов без выявленной патологии}}{\text{число анализов всего}} \times 100$

8. Доля невостребованных анализов (в %)

$\frac{\text{число невостребованных анализов}}{\text{число анализов всего}} \times 100$

9. Объем лабораторных исследований по отделениям (в %)

$\frac{\text{число анализов, произведенных для данного отделения}}{\text{число лабораторных анализов всего}} \times 100$

10. Частота срочных анализов (в %)

$\frac{\text{число срочных анализов}}{\text{число анализов всего}} \times 100$

11. Среднедневная нагрузка лаборатории

$\frac{\text{число произведенных анализов в ед.}}{\text{число рабочих дней за год}} = \text{ед.}$

Деятельность рентгено-диагностического отделения (кабинета)

1. Показатель частоты применения рентгенологического метода диагностики в поликлинике (на 100 посещений)

$\frac{\text{число рентгенодиагностических исследований, сделанных рентген кабинетом по направлению врачей поликлиники}}{\text{число амбулаторных посещений, включая посещения к зубным врачам и стоматологам}} \times 100$

2. Среднее число рентген-исследований, приходящееся на одного больного в стационаре

$\frac{\text{число рентген-исследований, произведенных больным в стационаре}}{\text{число лечившихся в стационаре больных}}$

3. Соотношение рентгенологических просвечиваний и снимков

$\frac{\text{число рентгенологических просвечиваний}}{\text{число рентгенологических снимков}}$

4. Структура рентгенологических исследований (в %)

$\frac{\text{число отдельных видов рентгенологических исследований}}{\text{число рентгенологических исследований всего}} \times 100$

5. Среднедневная нагрузка в стационаре

$\frac{\text{число исследований за год в стационаре в ед.}}{\text{число рабочих дней в году}} = \text{ед.}$

Деятельность радиологического отделения

1. Частота применения радиологических методов лечения (в %)

$\frac{\text{число больных, закончивших лечение}}{\text{число использованных больных}} \times 100$

2. Доля больных, получивших отдельные виды радиологического лечения (в %)

$\frac{\text{число больных, получивших отдельные виды радиологического лечения}}{\text{число больных, закончивших радиологическое лечение всего}} \times 100$

3. Частота сканирования (в %)

$\frac{\text{число сканирований}}{\text{число радиологических исследований}} \times 100$

Деятельность физиотерапевтического отделения (кабинет)

1. Показатель числа физиотерапевтических процедур, приходящихся на 100 амбулаторных посещений

$\frac{\text{число физиотерапевтических процедур, полученных амбулаторными больными}}{\text{общее число посещений в поликлинику}} \times 100$

2. Показатель среднего числа физиотерапевтических процедур, приходящихся на одного больного в стационаре

$\frac{\text{число физиотерапевтических процедур, отпущенных больным в стационаре}}{\text{число лечившихся в стационаре больных}}$

3. Охват стационарных больных физиотерапевтическими методами лечения (в %)

$\frac{\text{число стационарных больных, пользовавшихся физиотерапевтическими методами лечения}}{\text{число использованных больных}}$

4. Доля физиотерапевтических методов лечения по отделениям (в %)

$\frac{\text{число физиотерапевтических процедур, отпущенных больным по отделениям}}{\text{число отпущенных процедур всего}} \times 100$

5. Среднее число процедур на 1 больного, закончившего лечение

$\frac{\text{число отпущенных процедур}}{\text{число лиц, закончивших лечение}}$

6. Структура физиотерапевтических процедур (в %)

$\frac{\text{число отдельных видов физиотерапевтических процедур}}{\text{число физиотерапевтических процедур всего}} \times 100$

7. Нуждаемость травматологических больных в физиотерапевтических методах лечения (в %)

$\frac{\text{число травматологических больных, нуждающихся в физиотерапевтических методах лечения}}{\text{число травматологических больных всего}} \times 100$

8. Охват физиотерапевтическими методами лечения травматологических больных (в %)

число травматологических больных, получивших
физиотерапевтические методы лечения x 100
число травматологических больных, нуждавшихся в
физиотерапевтических методах лечения

Деятельность отделения (кабинета) ЛФК

1. Среднее число отпущенных процедур ЛФК на 1 больного, закончившего лечение

число отпущенных процедур
число лиц, закончивших лечение

2. Охват лечебной гимнастикой стационарных больных (в %)

число стационарных больных, получивших
лечебную гимнастику x 100
число использованных больных в стационаре

3. Доля больных, получавших лечебную гимнастику по отделениям (в %)

число больных, получавших лечебную
гимнастику по отделениям x 100
число больных, получавших лечебную гимнастику всего

4. Удельный вес корригирующей гимнастики из числа отпущенных процедур (в %)

число процедур корригирующей гимнастики x 100
число отпущенных процедур лечебной гимнастики всего

5. Нуждаемость травматологических больных в лечебной гимнастике (в %)

число травматологических больных, нуждающихся
в лечебной гимнастике x 100
число травматологических больных всего

6. Охват лечебной гимнастикой травматологических больных (в %)

число травматологических больных, получивших лечебную гимнастику x 100
число травматологических больных, нуждающихся в лечебной гимнастике

Деятельность отделения функциональной диагностики (ФД)

1. Среднее число исследований на 1 стационарного больного

число исследований ФД в стационаре = исследований
число использованных в стационаре больных

2. Среднее число исследований на 1 обследованного больного

число исследований ФД = исследований
число обследованных ФД больных

3. Структура функциональных исследований (в %)

число отдельных видов функциональных исследований x 100
число функциональных исследований всего

Деятельность патологоанатомического отделения

1. Доля работы патологоанатомического отделения в данной больнице (сравнение районов, ЛПУ)
(в %)

$\frac{\text{число вскрытий умерших в данной больнице}}{\text{число патологоанатомических вскрытий всего}} \times 100$

2. Частота патологоанатомических вскрытий умерших в данной больнице (в %)

$\frac{\text{число вскрытий умерших в данной больнице}}{\text{число умерших в данной больнице}} \times 100$

3. Частота совпадений клинических и патологоанатомических диагнозов (в %)

$\frac{\text{число совпадений клинических и патолого-анатомических диагнозов}}{\text{число патологоанатомических вскрытий по данной больнице}} \times 100$

4. Число расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов (в %)

$\frac{\text{число расхождений клинических и патолого-анатомических диагнозов}}{\text{число патологоанатомических вскрытий по данной больнице}} \times 100$

4. Показатели деятельности службы скорой медицинской помощи

1. Объем оказания скорой медицинской помощи (на 1000 человек населения) отч. ф. 40, табл. 2100, гр. 3, стр. 3

$\frac{\text{число лиц, которым оказана медицинская помощь при выездах}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$

2. Число вызовов скорой медицинской помощи на 1 жителя (отч. ф.40, табл.2100, гр. 3, стр.1)

$\frac{\text{количество вызовов скорой медицинской помощи за год}}{\text{среднегодовая численность населения}}$

3. Среднее число вызовов скорой медицинской помощи на 1000 жителей (отч. ф. 40, табл. 2100, гр. 3, стр.1)

$\frac{\text{количество вызовов скорой медицинской помощи за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$

4. Доля необоснованных вызовов (отч. ф. 40, табл. 2100, стр.2) (в %)

$\frac{\text{количество необоснованных вызовов}}{\text{количество вызовов скорой медицинской помощи за год (т. 2100, гр. 3, стр.1)}} \times 100$

5. Удельный вес своевременных выездов (в %)

$\frac{\text{число выездов с временем доезда до места вызова в срок до 20 мин.}}{\text{общее число выездов}} \times 100$

6. Удельный вес выездов с опозданиями (в %)

$\frac{\text{время доезда до места вызова свыше 20 мин.}}{\text{общее число выездов}} \times 100$

7. Удельный вес госпитализированных больных по экстренным показаниям (т. 2100, гр.5, стр.3)
(в %)

$$\frac{\text{число госпитализированных больных по экстренным показаниям}}{\text{число обслуженных вызовов}} \times 100$$

8. Удельный вес отказов от госпитализации (в %)

$$\frac{\text{число отказов от госпитализации}}{\text{число больных, доставленных по экстренным показаниям}} \times 100$$

Летальность на догоспитальном этапе как в целом, так и по классам болезней, отдельным нозологическим формам (в %)

$$\frac{\text{число умерших (например от инфаркта миокарда)}}{\text{число обратившихся с этим заболеванием}} \times 100$$

5. Медико-демографические показатели

В основном медицинский документ первичного учета применяется внутри службы здравоохранения, но имеется целый ряд документов, предназначенных для применения вне сферы здравоохранения. К ним относятся:

- медицинское свидетельство о рождении (ф. № 103/у-98);
- медицинское свидетельство о смерти (ф. № 106/у-98);
- медицинское свидетельство о перинатальной смерти (ф. № 106/у-2-98), которые являются основанием для регистрации в органах ЗАГС случаев рождения и смерти и сведений о численности и составе населения, его воспроизводству или ином естественном движении (рождаемости, смертности и т.д.).

1. Рождаемость

$$\frac{\text{общее число родившихся за год живыми}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

2. Коэффициент общей плодовитости (специальный коэффициент рождаемости)

$$\frac{\text{общее число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет}} \times 1000$$

3. Коэффициент брачной плодовитости (КПБ)

$$\frac{\text{общее число родившихся живыми за год}}{\text{среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет, состоящих в браке}} \times 1000$$

4. Общая смертность

$$\frac{\text{общее число умерших за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

5. Показатель естественного прироста (убыли) населения

$$\frac{\text{число родившихся} - \text{число умерших}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 1000$$

6. Показатель перинатальной смертности

$$\frac{\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в раннем неонатальном периоде (0-6 дней)}}{\text{всего родившихся (живыми и мертвыми)}} \times 1000$$

7. Показатель неонатальной смертности

$\frac{\text{число умерших в неонатальном периоде (0-28 дней)}}{\text{число живорожденных}} \times 1000$

8. Ранняя неонатальная смертность

$\frac{\text{число умерших от (0-6 дней)}}{\text{число живорожденных}} \times 1000$

9. Поздняя неонатальная смертность

$\frac{\text{число умерших от 7 до 28 дней}}{\text{число живорожденных}} \times 1000$

10. Показатель мертворождаемости

$\frac{\text{число детей, родившихся мертвыми}}{\text{число детей, родившихся живыми и мертвыми}} \times 1000$

11. Младенческая смертность (грубый показатель)

$\frac{\text{число умерших детей в течение года на 1-ом году жизни}}{\text{число детей, родившихся живыми в данном году}} \times 1000$

12. Младенческая смертность (формула Ратса)

$\frac{\text{число умерших детей в течение года на 1-ом году жизни}}{1/3 \text{ родившихся живыми в предыдущем году} + 2/3 \text{ родившихся живыми в данном календарном году}} \times 1000 =$

13. Показатели структуры младенческой смертности

$\frac{\text{число умерших детей в возрасте до 1 года от данного заболевания (или другой причины)}}{\text{общее число умерших в возрасте до 1 года}} \times 1000$

14. Смертность населения данной возрастной группы (повозрастная смертность)

$\frac{\text{число лиц, умерших в данном возрасте за год}}{\text{среднегодовая численность населения данного возраста}} \times 1000$

15. Смертность населения трудоспособного возраста

$\frac{\text{численность умерших в трудоспособном возрасте за год}}{\text{численность населения трудоспособного возраста}} \times 1000$

16. Смертность населения по полу

$\frac{\text{число умерших за год мужчин (женщин)}}{\text{среднегодовая численность мужчин (женщин)}} \times 1000$

17. Смертность от данного заболевания

$\frac{\text{число умерших от данного заболевания за год}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100000$

18. Структура причин смерти (в %)

$\frac{\text{число умерших от данной причины смерти}}{\text{общее число умерших за год}} \times 100$

19. Показатель материнской смертности

$\frac{\text{число случаев материнской смерти (от прямых и косвенных причин)}}{\text{число живорожденных}} \times 100000$

20. Коэффициент материнской смертности от прямых акушерских причин и живорождений

$\frac{\text{число случаев материнской смерти только от прямых акушерских причин}}{\text{число живорожденных}} \times 100000$

21. Коэффициент материнской смертности от причин, связанных с беременностью, и живорождений

$\frac{\text{число случаев материнской смерти от причин, связанных с беременностью}}{\text{число живорожденных}} \times 100000$

22. Структура причин материнской смертности (в %)

$\frac{\text{число женщин, умерших от данной причины}}{\text{общее число женщин, умерших от всех причин}} \times 100$

23. Показатель материнской смертности от данной причины

$\frac{\text{число женщин, умерших от данной причины}}{\text{число живорожденных}} \times 100000$

Стандартизованные коэффициенты представляют собой показатели смертности или заболеваемости сравнимых групп населения такими, какими они являлись бы, если бы эти группы имели одинаковый возрастной состав.

6. Ресурсы здравоохранения

Медицинские кадры — врачи и средний медицинский персонал. К врачам относятся лица с высшим медицинским образованием, оказывающие медицинскую помощь населению в лечебно-профилактических учреждениях, а также занятые в санитарно-профилактических организациях, учреждениях социальной защиты, детских дошкольных учреждениях, школах и т.д.

Врачебная специальность — область медицины, в которой работает врач, имеющий соответствующий сертификат.

Показатели обеспеченности врачами и средним медперсоналом исчисляются как численность врачей (физических лиц) или среднего медперсонала на 10 тыс. человек населения или как численность населения на одного врача (среднего медработника).

При вычислении показателей обеспеченности медицинскими кадрами используется государственные отчетные формы № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах» и форма № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».

Сертификат специалиста — документ единого образца, подтверждающий соответствие подготовки специалиста государственным образовательным стандартам. Сертификат свидетельствует о достижении его обладателя уровня теоретических знаний, практических умений и навыков, достаточных для самостоятельной профессиональной (медицинской и фармацевтической) деятельности.

Сертификат специалиста действует на всей территории России и подтверждается каждые пять лет после соответствующей подготовки в системе последиplomного профессионального образования. Специалист может иметь несколько сертификатов.

Лица, окончившие высшее медицинское и фармацевтические учебные заведения, могут получить лицензию (разрешение) на право заниматься определенными видами деятельности после прохождения полного курса обучения в соответствии с программой после вузовского профессионального образования и получения сертификата специалиста.

Аттестация специалистов проводится в соответствии с «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Аттестация является добровольной и проводится по желанию специалистов.

По результатам аттестации специалисту присваивается квалификационная категория. Переаттестация на подтверждение имеющейся квалификационной категории проводится каждые 5 лет.

Квалификация специалистов определяется аттестационной комиссией по трем категориям — второй, первой и высшей.

Показатели обеспеченности населения медицинскими кадрами

1. Обеспеченность врачебными кадрами (кадрами среднего медицинского персонала, отчетная форма № 17)

$\frac{\text{число физических лиц врачей (ср. медицинского персонала)}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 10000$

2. Обеспеченность штатными врачебными должностями (среднего медицинского персонала, отчетная форма № 30)

$\frac{\text{число штатных врачебных должностей (среднего медицинского персонала)}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 10000$

3. Обеспеченность занятыми врачебными должностями (среднего медицинского персонала, отчетная форма № 30)

$\frac{\text{число занятых врачебных должностей (среднего медицинского персонала)}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 10000$

4. Доля врачей — специалистов и среднего медицинского персонала по отдельным специальностям в общей численности врачей и среднего медицинского персонала (отчетная форма № 17) (в %)

$\frac{\text{число врачей (среднего медицинского персонала) данной специальности}^{\dagger*}}{\text{общее число врачей (среднего медперсонала)}} \times 100$

5. Число занятых врачебных должностей
5.1. число занятых врачебных должностей^{‡*}

$\frac{\text{по лечебно-профилактическому учреждению}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 10000$

В численность врачей терапевтического профиля включены: терапевты, нефрологи, эндокринологи, детские эндокринологи, аллергологи-иммунологи, гематологи, диетологи, диабетологи, физиотерапевты, инфекционисты, профпатологи, гериатры, врачи общей практики, иглорефлексотерапевты; хирургического профиля: хирурги, детские хирурги, сердечнососудистые хирурги, нейрохирурги, анестезиологи-реаниматологи, травматологи-ортопеды, урологи, эндоскописты, проктологи, онкологи, врачи мануальной терапии; санитарно-эпидемиологической группы — токсикологи, бактериологи и вирусологи, эпидемиологи, дезинфекционисты, паразитологи, санитарные врачи; психиатров — психиатры, психотерапевты, наркологи; педиатров — педиатры, неонатологи.

5.2. число занятых врачебных должностей[§]
 $\frac{\text{клинических специальностей}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 10000$

6. Доля занятых врачебных должностей (по типам учреждений) (в %)

$\frac{\text{число занятых врачебных должностей}}{\text{число всех занятых должностей}} \times 100$

[†] в соответствии с номенклатурой специальностей врачей и среднего медицинского персонала, утвержденной Минздравом России
[‡] по профилю учреждения и специальности (по терапевтам, хирургам и т.д.)

[§] В численность врачей клинических специальностей включены: терапевты, пульмонологи, кардиологи, ревматологи, гастроэнтерологи, нефрологи, диабетологи, эндокринологи, аллергологи и иммунологи, гематологи, диетологи, профпатологи, онкологи, хирурги, хирурги детские, нейрохирурги, анестезиологи-реаниматологи, травматологи и ортопеды, урологи, эндоскописты, проктологи, челюстно-лицевые хирурги, акушеры-гинекологи, педиатры, неонатологи, офтальмологи, отоларингологи, фтизиатры, невропатологи, психиатры, психотерапевты, сексопатологи, гериатры, наркологи, дермато-венерологи, врачи скорой медицинской помощи, инфекционисты, токсикологи, врачи общей практики (семейные).

7. Укомплектованность врачебных должностей (среднего медицинского персонала) (в %)

число занятых врачебных должностей
(среднего медицинского персонала) _____ x 100
число штатных врачебных должностей
(среднего медицинского персонала)

8. Коэффициент совместительства

число занятых врачебных должностей
(среднего медицинского персонала) _____
число физических лиц врачей (среднего
медицинского персонала)

9. Доля врачей имеющих сертификат всего (отчетная форма № 17) (в %)

число врачей, имеющих сертификат специалиста _____ x 100
число врачей на конец года (физических лиц)

10. Доля врачей данной специальности, имеющих сертификат специалиста (в %)

число врачей данной специальности,
имеющие сертификат _____ x 100
число врачей данной специальности всего

11. Доля врачей, имеющих квалификационную категорию, всего (в %)

число врачей, имеющих квалификационную
катеґорию, всего _____ x 100
число врачей всего на конец года

12. Доля врачей, имеющих высшую (I, II) квалификационную категорию (в %)

число врачей, имеющих высшую (I, II)
квалификационную категорию: _____ x 100
число врачей всего на конец года

7. Дневные стационары

С развитием различных видов стационарозамещающих видов медицинской помощи возникла необходимость статистического учета данного вида лечебной помощи населению. Практика стационарозамещающих технологий существовала и в СССР с 1988 года, когда на базе амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждений были организованы дневные стационары.

Дневные стационары — отделения, оборудованные койками в амбулаторно-поликлинических учреждениях (дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях), в больницах (дневные стационары при больничных учреждениях) или на дому для оказания медицинской помощи населению, не требующего круглосуточного наблюдения.

Анализ деятельности дневных стационаров невозможен без организации стройной системы учета и отчетности, в связи с чем Минздравом России (приказ от 30.12.2002 № 413) была разработана и утверждена единая система первичной учетной (ф. № 007/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении», ф. № 016/у-02 «Сводная ведомость движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении», ф. № 007дс/у-02 «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому», ф. № 066/у-02 «Статистическая карта выбывшего из стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении, дневного стационара при амбулаторно-поликлиническом учреждении, стационара на дому») и отчетной формы № 14-дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения» документации (приложение 4).

8. Медицинская отчетность

На основании первичной медицинской документации складывается медицинская отчетность — система документов установленной формы, представляемых учреждениями и органами, органами управления, организациями здравоохранения вышестоящим органам управления здравоохранения.

Медицинская отчетность характеризует здоровье населения, объем и качество получаемой медицинской помощи, ресурсы учреждений здравоохранения и эффективность их использования.

Медицинская отчетность является стержневой частью медицинской статистики, имеет высокое значение для:

- обеспечения планирования и регулирования деятельности учреждений здравоохранения;
- оценки эффективности мероприятий проводимых органами управления здравоохранения.

Годовой медицинский отчет представляет собой в сжатом виде сводку данных:

- об объеме и характере работы учреждения;
- условия, в которых протекала деятельность учреждений за отчетный период.

Учреждения здравоохранения в зависимости от вида своей деятельности составляют соответствующие отчетные формы, которые представляют собой государственную или отраслевую отчетность.

В настоящее время лечебно-профилактические учреждения составляют и представляют в Минздравсоцразвития России и Росстат, с различной периодичностью (утвержденной в соответствующем порядке) следующие виды отчетов:

- «Сведения о заболеваниях злокачественными новообразованиями» — форма № 7;
- «Сведения о травматизме на производстве, профессиональных заболеваниях» — форма № 7-травматизм;
- «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» — форма № 8;
- «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой» — форма № 9;
- «Сведения о заболеваниях психическими расстройствами и расстройствами поведения (кроме заболеваний связанных с употреблением психоактивных веществ)» — форма № 10;
- «Сведения о заболеваниях наркологических расстройствами» — форма № 11;
- «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» — форма № 12;
- «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)» — форма № 13;
- «Сведения о деятельности стационара» — форма № 14;
- «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения» — форма 14-дс;
- «Отчет о медицинском обслуживании населения, подвергнутого воздействию радиации в связи с аварией на Чернобыльской АЭС и подлежащего включению в Российский Государственный медико-дозиметрический регистр» — форма № 15;
- «Сведения о числе заболеваний и причинах смерти лиц, подлежащих включению в Российский Государственный медико-дозиметрический регистр в связи с аварией на Чернобыльской АЭС» — форма № 16;
- «Сведения о причинах временной нетрудоспособности» — форма № 16-ВН;
- «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах» — форма № 17;
- «Сведения о детях-инвалидах» — форма № 19;
- «Сведения о лечебно — профилактическом учреждении» — форма № 30;
- «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам» — форма № 31;
- «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» — форма № 32;
- «Сведения о больных туберкулезом» — форма № 33;
- «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой» — форма № 34;
- «Сведения о больных злокачественными новообразованиями» — форма № 35;
- «Сведения о контингентах психически больных» — форма № 36;
- «Сведения о больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями» — форма № 37;
- «Сведения о работе судебно-психиатрической комиссии» — форма № 38;
- «Отчет станции (отделения) переливания крови больницы, ведущей заготовку крови» — форма № 39;
- «Отчет станции (отделения), больницы скорой медицинской помощи» — форма № 40;
- «Сведения о доме ребенка» — форма № 41;
- «Отчет судебно-медицинского эксперта, бюро судебно-медицинской экспертизы» — форма № 42;
- «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» — форма № 47;
- «Отчет о медицинском наблюдении за лицами, занимающимися физической культурой и спортом» — форма № 53;

«Отчет врача детского дома, школы-интерната о лечебно-профилактической помощи воспитанникам» — форма № 54;

«Сведения о деятельности учреждения здравоохранения (медицинского формирования), принимавшего участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций» — форма № 55;

«Сведения о сети и кадрах учреждений здравоохранения службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации» — форма № 56;

«Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин» — форма № 57;

«Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией» — форма № 61.

«Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» — форма № 62.

«Сведения о заболеваниях, связанных с микронутриентной недостаточностью» — форма № 63.

«Сведения об амбулаторном принудительном и обязательном наблюдении и лечении наркологических больных» — форма № 69.

«Сведения о численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, помещенных в лечебно-профилактические учреждения» — форма № 1-ДЕТИ (здрав).

«Сведения о деятельности центра медицинской профилактики» — форма № 70.

Формы отраслевой статистической отчетности по мониторингу туберкулеза (утвержденные Приказом Минздрава России от 13.02.2004 №50) — №№ 2-Тб; 7-Тб; 8-Тб; 10-Тб.

На основании анализа годовых статистических отчетов различных видов учреждений и их видов деятельности возможен расчет показателей, характеризующих работу соответствующей службы.

9. Показатели деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка

Основным документом, позволяющим произвести расчет и оценку показателей деятельности службы охраны здоровья матери и ребенка является форма государственного федерального статистического наблюдения № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам».

1. Своевременность охвата беременных наблюдением женской консультацией (в %)

число женщин, поступивших под наблюдение
консультации со сроком беременности до 12 нед. _____ x 100
число беременных, поступивших под наблюдение консультации всего

2. Поздний охват беременных наблюдением консультации (в %)

число женщин, поступивших под наблюдение
консультации со сроком беременности свыше 28 нед. _____ x 100
число беременных, поступивших под наблюдение консультации всего

3. Доля женщин, закончивших беременность в отчетном году родами (в %)

число женщин, закончивших беременность родами _____ x 100
число женщин закончивших беременность (родами, абортom)

4. Доля женщин, закончивших беременность в отчетном году абортами (в %)

число женщин, закончивших беременность абортами _____ x 100
число женщин закончивших беременность

5. Частота преждевременных родов (в %)

число женщин, закончивших беременность
преждевременными родами _____ x 100
число женщин закончивших беременность
родами в срок и преждевременно

6. Доля беременных, осмотренных терапевтами (в %)

число беременных, осмотренных терапевтами _____ x 100
число женщин, закончивших беременность

7. Доля беременных, осмотренных терапевтами при беременности до 12 недель (в %)

число женщин, осмотренных терапевтами
при беременности до 12 недель _____ x 100
число беременных, закончивших беременность, осмотренных терапевтами

8. Частота токсикозов во II половине беременности (в %)

число закончивших беременность, страдавших
токсикозами во II половине беременности _____ x 100
число женщин, закончивших беременность

9. Доля родивших из числа страдавших токсикозами во II половине беременности (в %)

число страдавших токсикозами во II половине
беременности родивших _____ x 100
число закончивших беременность, страдавших
токсикозами во II половине беременности

10. Частота экстрагенитальных заболеваний среди женщин, закончивших беременность (в %)

число закончивших беременность, страдавших
экстрагенитальным заболеванием _____ x 100
число женщин, закончивших беременность

11. Частота обследования беременных на реакцию Вассермана (в %)

число беременных, обследованных на р Вассермана _____ x 100
число женщин, закончивших беременность

12. Среднее число посещений в консультацию на одну женщину, родившую в отчетном году

сделали посещений в консультацию до родов
число родивших в отчетном году

13. Среднее число посещений в консультацию на одну женщину в послеродовом периоде

сделали посещений в консультацию в послеродовом периоде
число родивших в отчетном году

14. Доля родивших женщин, ни разу не посетивших врача (акушерку) в дородовом периоде (в %)

число родивших, ни разу не посетивших врача
(акушерку) в дородовом периоде _____ x 100
число родивших в отчетном году

Аборты

Основным документом, позволяющим рассчитать показатели по прерыванию беременности служит форма государственного федерального статистического наблюдения № 13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)».

1. Число абортов на 1000 женщин фертильного возраста

абсолютное число абортов _____ x 1000
число женщин в возрасте 15-49 лет

2. Число мини абортов на 1000 женщин фертильного возраста

абсолютное число мини абортов _____ x 1000
число женщин в возрасте 15-49 лет

3. Число абортсв на 100 родившихся живыми и мертвыми

$\frac{\text{абсолютное число абортов}}{\text{число родившихся живыми и мертвыми}} \times 100$

4. Доля внебольничных абортов в общем числе абортов (в %)

$\frac{\text{число внебольничных абортов}}{\text{число абортов за отчетный год}} \times 100$

5. Соотношение родов и абортов

$\frac{\text{число всех родов за отчетный год}}{\text{число абортов за отчетный год}}$

6. Доля абортов у женщин до 15-летнего возраста (в %)

$\frac{\text{число абортов у женщин в возрасте до 15 лет}}{\text{число абортов в отчетном году}} \times 100$

7. Удельный вес абортов у первобеременных женщин (в %)

$\frac{\text{число абортов у первобеременных женщин}}{\text{число абортов в отчетном году}} \times 100$

8. Частота абортов у первобеременных женщин (в %)

$\frac{\text{число абортов у первобеременных женщин}}{\text{число первобеременных женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100$

9. Частота осложнений после аборта

$\frac{\text{число осложнений после аборта}}{\text{число всех абортов}}$

10. Показатель охвата женщин фертильного возраста контрацепцией

$\frac{\text{число женщин пользующихся контрацепцией}}{\text{число женщин фертильного возраста (15-49 лет)}} \times 1000$

11. Показатель охвата женщин ВМС на конец отчетного года

$\frac{\text{число женщин, состоящих под наблюдением на конец отчетного года, имеющих ВМС}}{\text{число женщин фертильного возраста (15-49 лет)}} \times 1000$

12. Показатель охвата женщин фертильного возраста, использующих гормональную контрацепцию

$\frac{\text{число женщин, использующих гормональную контрацепцию}}{\text{число женщин фертильного возраста (15-49 лет)}} \times 1000$

Родовспоможение в стационаре и осложнения при родах

1. Охват стационарным родовспоможением (в %)

$\frac{\text{число родов, принятых в стационаре}}{\text{число родов всего (принято в стационар + поступило родивших вне родильного учреждения + число родивших на дому без последующей госпитализации родильницы)}} \times 100$

2. Частота патологических родов (при поперечных и косых положениях и т.п.)

$\frac{\text{число родов с отдельными видами патологии}}{\text{число родов всего (принято в стационар + поступило родивших вне родильного учреждения)}} \times 1000$

3. Доля нормальных родов (от общего числа родов)

$\frac{\text{число нормальных родов}}{\text{число родов всего}} \times 100$

4. Частота осложнений при родах (кровотечения, эклампсия и т.д.)

$\frac{\text{число родов с отдельными видами осложнений}}{\text{число родов всего (принято в стационар + поступило родивших вне родильного учреждения)}} \times 1000$

5. Частота травматизма при родах (разрывы промежности, матки и т.п.)

$\frac{\text{число родов с отдельными видами травматизма}}{\text{число родов всего (принято в стационар + поступило родивших вне родильного учреждения)}} \times 1000$

6. Частота родов, осложненных септическими и другими заболеваниями

$\frac{\text{число родов, осложненных септическими и другими заболеваниями}}{\text{число родов всего (принято в стационар + поступило родивших вне родильного учреждения)}} \times 1000$

Оперативные пособия при родах

1. Частота применения оперативных пособий при родах всего (по отдельным видам пособий)

$\frac{\text{число родов с применением оперативных пособий всего (по отдельными видами пособий)}}{\text{число родов всего (принято в стационар + поступило родивших вне родильного учреждения)}} \times 1000$

2. Структура оперативных пособий при родах (доля отдельных видов пособий: наложение щипцов, вакуум-экстракция, кесарево сечение, плодоразрушающие операции) (в %)

$\frac{\text{число отдельных видов оперативных пособий}}{\text{число оперативных пособий всего}} \times 100$

Сведения о новорожденных

1. Частота недонашиваемости (в %)

$\frac{\text{число родившихся живыми недоношенными}}{\text{число родившихся живыми}} \times 100$

2. Недонашиваемость новорожденных, родившихся мертвыми

$\frac{\text{число родившихся ранее срока мертвыми}}{\text{число родившихся мертвыми}} \times 1000$

3. Мертворождаемость

$\frac{\text{число родившихся мертвыми}}{\text{число родившихся живыми + мертвыми}} \times 1000$

4. Охват новорожденных противотуберкулезными прививками (в %)

$\frac{\text{число сделанных противотуберкулезных прививок}}{\text{число родившихся живыми}} \times 100$

5. Доля недоношенных, родившихся с малым весом (от 1000 до 1500 гр.) (в %)

$\frac{\text{число недоношенных с малым весом}}{\text{число родившихся живыми недоношенными}} \times 100$

Заболеваемость периода новорожденности

1. Заболеваемость новорожденных общая (доношенные + недоношенные)

$\frac{\text{число родившихся больными и заболевших всего (доношенные + недоношенные)}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000$

2. Заболеваемость новорожденных доношенных

$\frac{\text{число родившихся больными и заболевших, доношенные}}{\text{число родившихся живыми доношенными}} \times 1000$

3. Заболеваемость новорожденных недоношенных

$\frac{\text{число родившихся больными и заболевших недоношенных}}{\text{число родившихся живыми недоношенными}} \times 1000$

4. Заболеваемость новорожденных отдельными заболеваниями

$\frac{\text{число родившихся больными и заболевших отдельными заболеваниями}}{\text{число родившихся живыми}} \times 1000$

5. Структура заболеваемости новорожденных (в %)

$\frac{\text{число родившихся больными и заболевших отдельными заболеваниями}}{\text{число родившихся больными и заболевших, всего}} \times 100$

6. Летальность в стационарах новорожденных общая (в %)

$\frac{\text{число умерших новорожденных всего}}{\text{число родившихся живыми всего}} \times 100$

7. Летальность новорожденных доношенных (недоношенных) во врачебных стационарах общая (в %)

$\frac{\text{число умерших новорожденных доношенных (недоношенных) всего}}{\text{число родившихся живыми доношенными (недоношенными)}} \times 100$

8. Летальность новорожденных от отдельных заболеваний (в %)

$\frac{\text{число новорожденных, умерших от отдельных заболеваний}}{\text{число родившихся живыми}} \times 100$

9. Структура летальности новорожденных (доля умерших от отдельных заболеваний) (в %)

$\frac{\text{число новорожденных, умерших от отдельных заболеваний}}{\text{число новорожденных умерших всего}} \times 100$

10. Показатели деятельности противотуберкулезной службы

Основным документом, позволяющим произвести расчет и оценку показателей деятельности противотуберкулезной службы являются формы государственного федерального статистического наблюдения № 8, 33 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом» и «Сведения о больных туберкулезом».

1. Контингенты больных всеми формами активного туберкулеза на конец отчетного года

$\frac{\text{число больных всеми формами активного туберкулеза на конец отчетного года}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100000$

2. Частота выявления больных активным туберкулезом при профилактических осмотрах

$\frac{\text{число больных активным туберкулезом выявленных при профилактических осмотрах}}{\text{число осмотренных лиц}} \times 1000$

3. Удельный вес больных туберкулезом органов дыхания впервые выявленных при профилактических осмотрах (в %)

$\frac{\text{число больных туберкулезом органов дыхания, впервые выявленных при профилактических осмотрах}}{\text{число больных туберкулезом, впервые диагностированным}} \times 100$

4. Контингенты больных туберкулезом органов дыхания на конец отчетного года

$\frac{\text{число больных туберкулезом органов дыхания на конец года состоящих на учете в тубдиспансере}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100000$

5. Контингенты больных внелегочным туберкулезом на конец года

$\frac{\text{число больных внелегочным туберкулезом состоящих на учете на конец года}}{\text{средняя численность населения}} \times 100000$

6. Удельный вес больных туберкулезом с фазой распада (запущенных форм туберкулеза органов дыхания) (в %)

$\frac{\text{число больных туберкулезом органов дыхания в фазе распада}}{\text{число больных туберкулезом органов дыхания, всего}} \times 100$

7. Заболеваемость активным туберкулезом всех форм, впервые диагностированным

$\frac{\text{число больных активным туберкулезом всех форм, впервые диагностированным}}{\text{средняя численность населения}} \times 100000$

8. Заболеваемость активным туберкулезом органов дыхания, впервые диагностированным

число больных активным туберкулезом органов
дыхания впервые диагностированным _____ x 100000
среднегодовая численность населения

9. Заболеваемость внелегочным туберкулезом (всеми формами впервые диагностированным)

число больных внелегочным туберкулезом
(всеми формами впервые диагностированным) _____ x 100000
среднегодовая численность населения

10. Впервые выявлено больных активным туберкулезом при профилактических осмотрах (в %)

число больных активным туберкулезом впервые
выявленных при профилактических осмотрах _____ x 100
число всего больных туберкулезом,
выявленных впервые в жизни

11. Смертность от туберкулеза

число умерших от туберкулеза всего (умершие
состоявшие на учете + умершие не состоявшие на учете) _____ x 100000
среднегодовая численность населения

12. Удельный вес больных, умерших от туберкулеза, состоявших на учете менее 1 года (в %)

число умерших от туберкулеза, состоявших
на учете менее 1 года _____ x 100
число больных умерших от туберкулеза
всего состоявших на учете

13. Удельный вес умерших от туберкулеза, не состоявших на учете (в %)

число умерших от туберкулеза не состоявших на учете _____ x 100
число умерших от туберкулеза всего
(состоявших на учете + не состоявших)

14. Доля больных умерших от туберкулеза в стационаре (в %)

число больных туберкулезом, умерших в стационаре _____ x 100
число больных умерших от туберкулеза всего
(состоявших + не состоявших на учете)

15. Удельный вес больных активным туберкулезом, о которых учреждение не имело сведений в течение года (в %)

число больных туберкулезом, о которых
учреждение не имело сведений в течение года _____ x 100 = %
число больных активным туберкулезом
состоявших на учете на начало года

16. Удельный вес госпитализированных больных туберкулезом в больницы (санатории)

число больных туберкулезом, госпитализированных
в больницы (в санатории) _____
число больных туберкулезом, состоявших на учете
на начало отчетного года, всего

17. Частота обнаружения бацилловыделителей из числа больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза (в %)

$$\frac{\text{число бацилловыделителей, обнаруженных вновь}}{\text{число больных с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза}} \times 100$$

11. Показатели деятельности дерматовенерологической службы

Основным документом, позволяющим произвести расчет и оценку показателей деятельности дерматовенерологической службы являются формы государственного федерального статистического наблюдения № 9, 34 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой» и «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой».

1. Контингент больных всеми ИППП

$$\frac{\text{число больных венерическими заболеваниями состоящих на учете}}{\text{средняя численность населения}} \times 100000$$

2. Доля сельских жителей в числе больных, состоящих на учете на конец года (в %)

$$\frac{\text{число сельских жителей, состоящих на учете на конец отчетного года}}{\text{число больных, состоящих на учете на конец отчетного года}} \times 100$$

3. Первичная заболеваемость всеми ИППП

$$\frac{\text{число впервые выявленных больных венерическими заболеваниями}}{\text{средняя численность населения}} \times 100000$$

4. Первичная заболеваемость отдельными ИППП (трихомоноз, хламидиоз, микоплазмоз и т.д.)

$$\frac{\text{число впервые выявленных больных отдельными ИППП}}{\text{средняя численность населения}} \times 100000$$

5. Структура первичной заболеваемости ИППП (в %)

$$\frac{\text{число больных отдельными ИППП выявленными впервые в жизни}}{\text{число больных с впервые установленным диагнозом ИППП}} \times 100$$

6. Первичная заболеваемость сифилисом (всеми формами)

$$\frac{\text{число больных с впервые в жизни установленным диагнозом сифилиса (всеми формами)}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100000$$

7. Заболеваемость отдельными формами сифилиса

$$\frac{\text{число больных отдельными формами сифилиса с впервые в жизни установленным диагнозом}}{\text{среднегодовая численность населения}} \times 100000$$

8. Контингент больных сифилисом всех форм

число больных сифилисом всех форм
(состояло на начало + вновь взято) _____ x 100000
среднегодовая численность населения

9. Контингент больных отдельными формами сифилиса

число больных отдельными формами сифилиса _____ x 100000
средняя численность населения

10. Структура контингента больных сифилисом

число больных отдельными формами сифилиса _____ x 100000
число больных сифилисом всего

11. Удельный вес госпитализированных больных сифилисом всеми формами с впервые в жизни установленным диагнозом (в %)

число госпитализированных больных сифилисом всеми
формами с впервые в жизни установленным диагнозом _____ x 100
число вновь взятых на учет больных сифилисом всеми формами
с впервые в жизни установленным диагнозом

12. Удельный вес больных сифилисом, снятых с учета по окончании лечения и наблюдения (в %)

число больных сифилисом, снятых с учета
по окончании лечения и наблюдения _____ x 100
число лечившихся больных сифилисом

13. Размеры выявления и привлечения к лечению источников заражения (в %)

число больных, источники заражения которые
были выявлены и привлечены к лечению _____ x 100
число больных свежими формами сифилиса вновь взятых на учет в отчетном году с впервые в
жизни установленным диагнозом

14. Частота обследования членов семей и контактов заболевших сифилисом (в %)

число обследованных членов семей и
контактов заболевших сифилисом _____ x 100
число членов семей и контактов
заболевших подлежащих обследованию

15. Удельный вес больных сифилисом, выявленных при обследовании членов семей и контактов (в %)

число больных членов семей и контактов
заболевших выявленных при обследовании _____ x 100
число обследованных членов семей и контактов заболевших

16. Частота выявления гонореи акушерами-гинекологами (в %)

число женщин больных гонореей, выявленных
акушерами-гинекологами _____ x 100
число женщин больных гонореей с впервые
в жизни установленным диагнозом (острой + хронической)

17. Охват периодическими осмотрами на сифилис работников детских учреждений (в %)

число работников детских учреждений,
осмотренных на сифилис _____ x 100
число работников детских учреждений
подлежащих периодическим осмотрам

18. Охват периодическими осмотрами работников пищевых и коммунальных учреждений на сифилис (в %)

число работников пищевых и коммунальных
учреждений, осмотренных на сифилис _____ x 100
число работников пищевых и коммунальных
учреждений подлежащих периодическим осмотрам

19. Первичная заболеваемость гонореей

число больных с впервые в жизни
установленным диагнозом гонореи _____ x 100000
среднегодовая численность населения

20. Контингент больных гонореей

число больных гонореей (состояло на начало
года + вновь взято) _____ x 100000
среднегодовая численность населения

21. Доля детей в возрасте до 14 лет включительно в числе больных гонореей

число детей в возрасте до 14 лет
включительно больных гонореей _____ x 100
число больных гонореей всего (острой +
хронической (мужчин + женщин)

12. Статистический анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений

Руководители здравоохранения в текущей и перспективной работе постоянно используют статистические данные о здоровье населения, сети учреждений, организации и деятельности служб здравоохранения и медицинских кадрах. Статистика здравоохранения позволяет контролировать деятельность сети, руководителям учреждений — оперативно управлять своим объектом, врачам всех специальностей — судить о качестве и эффективности лечебно-профилактической работы. Медико-статистическая информация о сети и деятельности учреждений здравоохранения, об объеме и качестве работы обеспечивается статистической службой, построенной по иерархическому принципу, где различные звенья оперируют разной по объему, характеру и содержанию информацией.

Кабинеты статистики в ЛПУ проводят работу по организации системы первичного учета, отвечают за текущую регистрацию деятельности, правильное ведение учетной документации и обеспечение руководства учреждения необходимой оперативной и итоговой статистической информацией. Они формируют отчеты и работают с первичной документацией. Медицинские информационно-аналитические центры (МИАЦ), организационно-методические отделы ЦРБ и бюро медицинской статистики субъектов федерации (городов) обобщают результаты деятельности лечебно-профилактических учреждений и специализированных служб.

Традиционная статистическая система в здравоохранении основана на получении данных в виде отчетов, которые составляются в низовых учреждениях и затем суммируются на промежуточных и высших уровнях. Система отчетов имеет не только преимущества (единая программа, обеспечение сравнимости, показатели объема работы и использования ресурсов, простота и малая стоимость сбора материалов), но и определенные недостатки (малая оперативность, жесткость, негибкая программа, ограниченный набор сведений, неконтролируемые ошибки учета, отсутствие взаимосвязи между учреждениями и др.). Деятельность лечебно-профилактических учреждений учитывается первичной статистической документацией, разделенной на семь групп:

- используемая в стационаре;
- для поликлиник;
- используемая в стационаре и поликлинике;

- для других лечебно-профилактических учреждений;
- для учреждений судебно-медицинской экспертизы;
- для лабораторий;
- для санитарно-профилактических учреждений.

Кроме статистической информации, собираемой на основе существующей официальной отчетно-учетной документации, для целей анализа широко используют методы выборочных исследований, в том числе по специально составленной программе.

По статистическому отчету и разработке первичной документации вычисляют различные показатели, которые применяют при анализе и оценке деятельности учреждения.

Суть анализа заключается в оценке величины показателя, сопоставлении и сравнении его в динамике с другими объектами и группами наблюдений, в определении связи между показателями, их обусловленности различными факторами и причинами, в интерпретации данных и выводов. Показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений оценивают на основе сравнения с нормами, нормативами, официальными указаниями, оптимальными и достигнутыми показателями, сопоставления с другими учреждениями, коллективами, совокупностями в динамике по годам, месяцам года, дням с последующим определением эффективности работы.

При анализе показатели объединяются в группы, характеризующие ту или иную функцию лечебно-профилактического учреждения, раздел работы, подразделение или обслуживаемый контингент. Обобщенная схема анализа включает разделы:

- I. Общая характеристика.
- II. Организация работы.
- III. Специфические показатели деятельности.
- IV. Качество медицинской помощи.
- V. Преемственность в работе учреждений.

Анализируя деятельность лечебно-профилактических учреждений, обращают особое внимание на их взаимодействие, учитывая показатели внутреннего и внешнего взаимодействия.

Внутренние связи в одной подсистеме могут быть представлены в виде таблицы (табл. 2), где показатели, характеризующие деятельность одного медицинского учреждения, взаимосвязаны друг с другом.

В таблице 2 приведены лишь некоторые показатели деятельности поликлиники, получаемые из годовых отчетов. В такой же форме могут быть рассмотрены более детальные показатели деятельности поликлиники, которые получают на основе данных первичной и текущей документации, в том числе и с использованием метода экспертной оценки.

Логическая схема связи показателей деятельности и качества медицинской помощи в стационаре, основанная на отчетных данных, представлена в таблице 3.

Таблица 2.

Взаимодействие показателей поликлиники

Показатели	Число посещений на одного жителя	Укомплектованность участковыми врачами	Участковость на приеме	Объем мед. помощи на дому	Участковость на дому	Процент консультаций специалистов на дому	Охват диспансеризацией и т.д.
Число посещений на 1 жителя		+	-	+	-	+	-
Укомплектованность участковыми врачами	+		+	+	+	-	+
Участковость на приеме	-	+		-	+	-	+
Объем помощи на дому	+	+	-		+	-	-
Участковость на дому		+	+	+		-	-
Процент консультаций специалистов на дому	+	-	-	+	-		-
Охват диспансеризацией и т.д.	-	+	+	-	-	-	

* знаком + отмечено возможное наличие связи между показателями, знаком — ее отсутствие.

Таблица 3.

Взаимодействие показателей стационара

Показатели	Частота госпитализации	Обеспеченность койками	Работа койки в году	Оборот койки	Средняя длительность лечения	Профилактика коек	Летальность	Сроки обследования
Частота госпитализации		+	-	+	+	+	-	-
Обеспеченность койками	+		+	-	-	-	-	-
Работа койки в году	-	-		-	+	+	-	+
Оборот койки	+	-	-		+	+	+	+
Средняя длительность лечения	+	-	+	+		-	+	+
Профилактика коек	+	-	+	-	-		+	-
Летальность	-	-	-	-	+	+		+
Сроки обследования	+	-	-	-	+	-	+	

Межучрежденческие связи в здравоохранении представлены табл. 4.

Таблица 4.

Взаимодействие показателей поликлиники и стационара

Показатели поликлиники	Показатели стационара			
	Обеспеченность коечным фондом	Длительность лечения	Летальность	Летальность в 1-е сутки
Объем помощи на дому	+	-	-	-
Частота госпитализации б-ных	+	+	-	-
Летальность на дому	+	-	+	-
Сроки госпитализации	+	+	+	+
Процент лиц, прошедших реабилитацию в поликлинике	+	+	-	-
Число дней нетрудоспособности больных после выписки из стационара	+	+		

Величина любого показателя зависит от многих факторов и причин и связана с различными показателями деятельности. Поэтому, оценивая деятельность учреждения в целом, следует иметь в виду всевозможные влияния различных факторов на результаты работы учреждений здравоохранения и диапазон взаимосвязи между показателями деятельности (табл. 5).

Таблица 5.

Оценка взаимодействия внутренних и внешних показателей

Внутренние показатели	Внешние показатели			
	Доля лиц, старше 60 лет среди населения	Доля населения района обслуж. ведоист. учрежд.	Радиус обслуживания поликлиники и наличие дорог	Доля сельских жителей в области
Число посещений на 1 жителя	+	+	+	-
Объем помощи на дому	+	+	+	-
Процент сельских жителей на приеме	-	-	-	+
Среднее число диспансеризуемых больных на 1 врача	+	+	-	+
Систематичность диспансерного наблюдения	+	-	-	-
Число профессиональных осмотров	-	+	-	+

Статистические данные годового отчета используются для анализа и оценки деятельности лечебно-профилактического учреждения в целом, его структурных подразделений, оценки качества медицинской помощи и профилактических мероприятий.

Многообразие решений находится в прямой зависимости от проблем, на устранение которых они направлены. Обязательной предпосылкой успешного начала эффективного управленческого процесса является четкая формулировка целей и формирование нормативно-справочного фонда из показателей, характеризующих степень их достижения.

По итогам реализации каждого этапа технологии управления должны быть получены определенные результаты.

На первом этапе должны быть выявлены, обоснованы и взяты на учет все имеющиеся проблемы (рассогласования) в управляемой системе. Это осуществляется на основе сравнений полученных результатов функционирования системы здравоохранения с теми целевыми параметрами, которые предполагалось получить.

На втором этапе выясняются причины появления проблем и факторы, влияющие на их возникновение и развитие. При этом выделяются причины управляемые и неуправляемые, субъективные и объективные, устранимые и неустраимые. Также определяется необходимость привлечения для устранения проблемы дополнительных ресурсов и других подсистем. При этом следует постоянно помнить, что чем конкретнее определены причины и факторы возникновения проблемы, тем эффективнее впоследствии будут осуществляться последующие этапы управленческого процесса. Необходимо также всегда иметь в виду, что даже в самой трудноразрешимой проблеме есть та часть, которая может быть решена в настоящий момент и собственными силами.

На третьем этапе вырабатывается несколько проектов решений с учетом управляемости проблемы и наличия ресурсов.

На четвертом этапе, после сравнительного анализа и оценки всех проектов, производится принятие решения с учетом имеющихся ресурсов и целей соседних иерархических уровней. Выбирается форма фиксации решения, сроки и участники его выполнения, определяются предполагаемые результаты хода устранения проблемы.

На пятом этапе составляется план реализации решения, который доводится до всех исполнителей. Предусматривается выделение необходимых ресурсов, определяются сроки выполнения намечаемых мероприятий и получения ожидаемых результатов. Осуществляется контроль за исполнением принятого решения.

На шестом этапе анализируется эффективность реализации принятого решения исходя из основного критерия — хода устранения проблемы. В случае отсутствия эффекта в динамике устранения проблемы необходимо установить, на каком этапе управленческого процесса были допущены причины недостаточной эффективности. Кроме того, следует также оценить правильность формирования целей, так как нередко именно здесь уже закладываются предпосылки будущего неэффективного управления. По результатам реализации шестого этапа разрабатываются соответствующие коррективы в функционировании управляющей и управляемой подсистем.

Успех практической реализации начальных этапов технологии управления в значительной степени зависит от информационного обеспечения и использования эффективных методов выявления проблем. При этом по каждому из названных разделов деятельности целевому компоненту должно отводиться центральное место.

13. Информационное обеспечение системы здравоохранения

Для оперативной адекватной оценки складывающейся ситуации в здравоохранении и принятия управленческих решений также нужна эффективная обратная связь.

В этой связи признается необходимость постоянно действующего механизма сбора, хранения и анализа информации о состоянии здоровья населения и условиях его жизнедеятельности. Демографическая, эпидемиологическая, социально-экономическая информация необходима для выбора приоритетных направлений в работе, адекватного планирования ситуации и оценки достигнутого.

Любая управленческая деятельность сводится к принятию решений и их реализации. На каждом этапе принятия управленческих решений роль информационного обеспечения является решающей.

Информационное обеспечение управления здравоохранением является важнейшей проблемой. Для успешной работы системы необходима постоянная прямая (приказы, распоряжения, информационные письма) и обратная (отчеты, другая оперативная информация от объекта управления) связь. Отсюда следует, что необходимо иметь четкую систему сбора и использования медицинской информации. Из всех условий, необходимых для успешного функционирования этой системы, особо следует выделить следующие: создание системы сбора, обработки и хранения информации; определение оптимума информации для каждого звена управления.

Изменение условий функционирования системы здравоохранения в целом, а также каждого медицинского учреждения в отдельности ведет к поиску новых методов управления деятельностью системы.

В условиях объективно сложившейся децентрализации управления системой, ухудшающихся показателей общественного здоровья особое значение приобретает разработка новых информационных, организационных технологий, обеспечивающих создание оперативной постоянно действующей обратной связи с объектом управления и формирующих функциональную вертикаль управления.

Через четко построенную систему сбора информации реально сформировать вертикаль управления отраслью

Повышение эффективности здравоохранения, усиление его роли в формировании показателей здоровья населения региона, реальное использование существующей ресурсной базы в условиях экономического дефицита становится возможным при разработке новых информационных, организационно-медицинских технологий. Влияние на общественное здоровье становится возможным через эффективное управление деятельностью лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), повышение качества оказываемой медицинской помощи, ориентированной на достижение программно-целевых показателей, связанных с показателями здоровья населения.

Государственное реформирование поставило перед органами здравоохранения ряд принципиально новых задач. Одной из основных является информатизация здравоохранения, которая призвана помочь в решении задач реформирования отрасли в целом, улучшении связей между медицинскими учреждениями и органами управления здравоохранением, улучшения качества и эффективности оказания медицинской помощи населению.

Скорость, качество получения и обработки информации составляют основу информационной системы, позволяющей аккумулировать информационные потоки с целью эффективного управления ими. Руководство большинства субъектов Российской Федерации готово к восприятию и реализации идей информатизации здравоохранения на уровне своих регионов.

Единое информационное пространство – это среда для информирования различных государственных, политических и социальных групп о медико-санитарных проблемах, координации действий и методов их решений. Единое информационное пространство здравоохранения – это пространство, на котором учреждения здравоохранения (или связанные со здравоохранением) удовлетворяют свои информационные потребности, свободно и широко обмениваются между собой информацией, необходимой для осуществления присущих им системных функций.

Реализация проекта единой информационной системы здравоохранения, который затронет социальную сферу в целом, инициирует необходимость организации персонализированного учета всех услуг, оказанных в рамках социальной защиты населения. Не обойтись без создания единых электронных архивов, медико-социальных карт застрахованных, что позволит решить множество контрольно-аналитических и прогностических задач, направленных на повышение эффективности использования финансовых и материальных ресурсов здравоохранения в обеспечении модели социальной защиты населения в условиях медико-социального страхования.

Для решения этих задач необходимы качественно новые структуры в системе здравоохранения. В настоящее время функцию сбора, обработки и хранения информации, т.е. в основном кумулятивную функцию выполняют бюро медицинской статистики (БМС), но на современном этапе объемам имеющейся информации, с учетом задач, стоящих перед органами здравоохранения, уже тесно в рамках БМС. Эти структуры в силу своей небольшой ресурсоемкости не могут оказывать существенного влияния на полноценное решение задач управления отраслью, вести создаваемые федеральные регистры (диабетический, генетический, онкологический, токсикологический и др.) и в то же время замыкать на себе потоки информации о деятельности ЛПУ. Но при условии укрепления БМС структурными подразделениями, осуществляющими деятельность в условиях современных технологий, специалистами соответствующего уровня, БМС могут полноценно выполнять функции медицинских информационно-аналитических центров (МИАЦ).

В 2001 г. Минздравом России было принято решение о введении МИАЦ в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденное приказом от 04.06.2001 № 180 «О внесении изменений и дополнений в номенклатуру учреждений здравоохранения». Одновременно было разработано «Примерное положение о медицинском информационно-аналитическом центре», в котором обозначены основные функции и задачи МИАЦ. Разработана примерная структура МИАЦ, исходя из основных задач учреждения, структуры и сети учреждений здравоохранения, функционирующих в регионе, подготовлен проект штатной численности структурных подразделений МИАЦ.

Развитие и совершенствование системы учета и отчетности отрасли требует внедрения технологических процессов обработки медицинских документов, а также стандартизации программных продуктов (ПП). Для этого в субъектах Российской Федерации должны быть приняты решения, предусматривающие поэтапное оснащение учреждений здравоохранения средствами вычислительной техники, подготовку кадров, разработку и широкое внедрение новых информационных технологий на территориальном и учрежденческом уровнях, создание стройной системы информатизации управления здравоохранением регионального уровня.

Необходимость компьютеризации вызвана еще и практическим отсутствием на местах специалистов-статистиков. В среднем на одно учреждение приходится 18 учетных (с ежедневным ведением) и 8 отчетных форм, а работают с этим валом информации 0,3 должности врача-статистика, и с каждым годом число их уменьшается, увеличивается возрастной порог.

Оснащенность же вычислительной техникой, которая может привлечь молодой контингент специалистов, хотя и растет, но по-прежнему остается на низком уровне. Только 660 учреждений из 17 тыс. имеют в своей структуре отделы автоматизированной системы управления (АСУ), что значительно затрудняет решение вопроса информатизации здравоохранения.

Эффективная работа органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования невозможна без актуализации существующей системы учета и отчетности и внедрения новых технологий работы с медицинской документацией. В условиях резкого увеличения объемов медицинской статистической информации, внедрения новых учетных и отчетных документов особенно остро ощущается дефицит методической литературы по проблемам сравнительного анализа статистических данных. Решение задач управления здравоохранением тесно связано с проблемами реформирования официальной медицинской статистики.

Основой системы информационного обеспечения здравоохранения являются: государственная статистическая документация (демографические показатели, показатели деятельности ЛПУ, состояние окружающей среды, данные о потреблении продуктов питания, алкоголя и т.д.); данные социологических опросов; материалы периодических медико-социальных обследований выборок населения; экспертные оценки; данные маркетинговых исследований; базы данных в системе международной связи Internet; другие системы сбора и обработки информации.

Недостатком информационного обеспечения в статистической системе является то, что имеющаяся информация – не многоуровневая: одна и та же информация движется снизу вверх по уровням системы, обрастая количественно, но не меняясь качественно. В то время как на разных уровнях решаются разные задачи управления, требующие информацию, различную не только по объему, но и по содержанию. Необходимы единые методики формирования и использования показателей для каждого уровня управления здравоохранением: лечебного учреждения, района, города, субъекта Российской Федерации, федерального округа, Минздрава России. Более высокий уровень управления требует меньшей детализации и большей емкости показателей.

С точки зрения информатизации система здравоохранения представляет территориально распределенную многоуровневую систему, образованную объектами информатизации, к которым относятся Министерство здравоохранения Российской Федерации (координирующий орган), органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, лечебно-профилактические учреждения, Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды и их филиалы.

Таким образом, информационная система здравоохранения объединяет субъекты различной подчиненности и форм собственности. В связи с этим в процессе дальнейшей информатизации необходимо учитывать их организационную независимость, многообразие реально существующих в настоящее время технологических схем ведения баз данных и программно-технических платформ.

Во многих субъектах Российской Федерации функционируют многоуровневые системы сбора, обработки и хранения медико-статистической и экономической информации. Информационные ресурсы системы здравоохранения и ОМС включают в себя базы данных по различным направлениям деятельности:

- медико-статистическую персонифицированную базу данных медицинских услуг, содержащую информацию об услугах амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой и неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи;
- финансовую базу данных, содержащую электронные реестры счетов;
- данные о смертности;
- данные о льготном лекарственном обеспечении;
- оперативные данные о рождаемости и младенческой смертности;
- данные по кадровому составу ЛПУ;
- базу данных по материально-техническому оснащению ЛПУ;
- различные федеральные и региональные регистры, связанные с заболеваемостью населения;
- статистические сведения о здоровье населения и показатели деятельности ЛПУ;
- нормативно-справочные и другие базы данных.

Важнейшая задача информационной системы на территориальном уровне — информационное обеспечение всех мероприятий (включая и немедицинские), от которых в различной степени зависит улучшение состояния здоровья населения.

Медицинские информационные системы позволяют ставить и решать следующие задачи:

1. Комплексное использование медицинских информационных ресурсов органами управления здравоохранением, системы ОМС и центрами Госсанэпиднадзора – в прогнозировании, планировании и принятии решений управления отраслью.

2. Повышение качества медицинского обслуживания за счет улучшения достоверности диагностики заболеваний, ускорения оказания медицинской помощи, объективизации систем контроля.

3. Оперативное решение для диагностических и лечебно-профилактических мероприятий здравоохранения.

4. Обеспечение доступности консультативной медицинской помощи в отдаленных и малонаселенных районах, в экстремальных условиях.

5. Смещение акцента оказания диагностической и консультативной помощи на семейного врача и амбулаторно-поликлиническое звено, сокращение числа койко-дней и количества коек в ЛПУ.

6. Повышение роли стационарозамещающих технологий.

7. Доступ к медицинским информационно-справочным и аналитическим системам для практических врачей по всем направлениям медицины для повышения качества и эффективности лечения.

8. Формирование единой базы данных о состоянии здоровья населения с единым идентификационным номером пациента.

9. Мониторинг заболеваемости и состояния здоровья населения. Выявление ключевых факторов (социально-гигиенических, демографических, экологических и т.д.).

10. Использование медицинских баз и банков данных в образовательных и научно-исследовательских целях.

11. Снижение затрат на оказание медицинской помощи.

Конечная цель внедрения новых прогрессивных информационных систем в медицине – сохранение здоровья человека путем повышения эффективности и управляемости лечебно-диагностического процесса, рационализации использования средств, улучшения качества оказания медицинской помощи.

В задачи программы ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году» входит «Создание систем медико-санитарной информации, которые содействовали бы планированию, мониторингу и оценке служб и состояния общественного здоровья». Для ее решения ВОЗ предполагает:

1. провести тщательную ревизию существующих информационных систем для оценки состоятельности их с целью определения достоверности данных, степени пригодности для мониторинга;
2. выявить потребность в новой информации — новых позитивных показателях;
3. определить пути сбора данных, выявить наиболее сильные и слабые стороны методик, выбрать наиболее эффективные.

Реформы здравоохранения создают повышенную потребность в своевременной (оперативной) информационной поддержке, что делает необходимой и крайне актуальной отработку системных и централизованных подходов в построении единой информационной системы здравоохранения.

Под единой информационной системой здравоохранения следует понимать образованную аппаратно-программным комплексом органов управления здравоохранением многоуровневую структурированную систему территориальных фондов ОМС, лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организаций, санитарно-эпидемиологических служб, фармацевтических учреждений, медицинских информационно-аналитических центров, НИИ медицинского профиля, вузов.

Цели построения единой информационной системы здравоохранения следующие:

- повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении путем использования новейших разработок в области информационных технологий;
- обеспечение результативности и обоснованности управленческих решений за счет автоматизации контрольно-аналитических функций органов управления здравоохранением, ТФОМС, ЛПУ, СМО;
- повышение адресности медицинской помощи с учетом организации центральной базы персонализированных данных на жителей той или иной территории (совокупные сведения о заболеваемости, объемах медицинской и социальной помощи, случаях временной нетрудоспособности, лекарственного обеспечения, санаторно-курортного лечения, предоставления социальных льгот и т.д.);
- снижение доли административных расходов в здравоохранении;
- формирование системы консолидированного учета медицинских услуг, оказанных из всех (бюджетных и внебюджетных) источников, включая ДМС и платные медицинские услуги;
- реализация эффективных принципов планирования деятельности лечебного учреждения, исходя из объективных показателей финансирования ЛПУ, и определение динамики потребности и спроса на соответствующие виды медицинской помощи;
- единообразие и стандартизация форм учета при внедрении информационных технологий в деятельность всех субъектов здравоохранения.

Для достижения указанных целей необходимо проведение следующих мероприятий:

- создание предметных интегрированных систем как основы единой информационной системы здравоохранения, исключающих явления фрагментарности в автоматизации здравоохранения;
- определение последовательности формирования многоуровневой информационной системы здравоохранения;
- создание единых алгоритмов и системообразующих компонентов в определении основных показателей отрасли здравоохранения;
- обеспечение соблюдения единого подхода к стандартизации информационных разработок;
- внедрение современных способов сертификации программных средств;
- разработка единых требований к архитектуре данных, форматам обмена данными, кодированию и классификации информации;
- выработка иерархической структуры движения информации по отраслевой вертикали;
- внедрение технологии компактного размещения и хранения данных с учетом необходимости обработки значительных массивов информации;

- решение задачи обеспечения высокой оперативности доступа к любым запрашиваемым сведениям;
- создание электронных архивов предметной отраслевой информации;
- формирование общих методических подходов к организации мониторинга показателей состояния здоровья населения;
- планирование, реализация и оценка результатов пилотных проектов по созданию функциональных стандартов информатизации как начального этапа построения единой информационной системы здравоохранения;
- изучение рынка и проведение экспертизы программных средств в области информатизации здравоохранения;
- согласование и утверждение планов компьютеризации лечебных учреждений федерального, территориального и муниципального уровней органами управления здравоохранением, Минздравом России, РАМН с целью определения единых технических требований к парку вычислительной техники.

Требования к функциональным характеристикам

- Обеспечение персонифицированного учета сведений о пациентах (идентификационные данные, цели направления в лечебное учреждение, медицинские показания, назначенные, оказанные и оплаченные медицинские услуги, источники оплаты, документальные основания для получения медицинской помощи за счет средств федерального бюджета или ОМС).
- Интеграция всех информационных потоков в единую базу данных и обеспечение надежной защиты от несанкционированного доступа к данным.
- Автоматизация всех процессов обработки агрегированной информации, включая информационно-программное обеспечение экономических расчетов с заказчиками (покупателями) медицинской помощи независимо от вида оплаты и источника финансовых средств.
- Автоматизация кассовых операций при оказании услуг за наличные средства физических лиц.
- Контроль исполнения выписанных направлений.
- Формирование счетов на пациента, исполнителя, отделение и учреждение в целом.
- Построение отчетной финансовой документации на основе классификатора услуг и тарифов, утвержденных Минздравом России.
- Авторизация и разграничение прав доступа к программному комплексу.
- Обеспечение многопользовательского режима работы.

Требования к организации данных

1. Сформировать и обеспечить ведение следующих справочников НСИ:

- международный классификатор болезней;
- классификатор медицинских услуг;
- справочник тарифов на медицинские услуги, утвержденных Минздравом России;
- справочники тарифов на медицинские услуги, утвержденные фондами ОМС;
- справочник тарифов на платные медицинские услуги, утвержденный органом управления здравоохранением;
- реестр пациентов, обратившихся за медицинской помощью;

2. Производить регистрацию и учет пациентов по следующим реквизитам.

Для застрахованных, обратившихся за медицинской помощью по программе ОМС:

- номер полиса ОМС;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения и адрес регистрации;
- дата поступления и выписки.

Для обратившихся по другим источникам финансирования:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- регион проживания, место работы;
- реквизиты направившего медицинского учреждения;
- дата поступления и выписки.

3. Производить регистрацию оказываемых пациентам медицинских услуг по следующим показателям:

- информация об оказанной услуге;
- информация о диагнозе;
- сведения об исполнителе услуги и отделении;
- сведения о специалисте, направившем на выполнение услуги.

4. Обеспечить отдельный учет медицинских услуг, оказываемых по программе ОМС, по направлению Минздрава России или органа управления здравоохранением.

Требования к выходной информации

Программный комплекс должен обеспечивать формирование следующих выходных форм:

- направление на обследование;
- история болезни пациента;
- лицевой счет пациента;
- счета-фактуры на медицинские услуги, оказываемые по всем источникам финансирования.

Информационно-статистическая база показателей здоровья и здравоохранения

Медицинская статистика используется на общегосударственном уровне, где оценивается динамика показателей здоровья населения, в том числе заболеваемость, инвалидность и смертность в зависимости от уровня жизни. С другой стороны, медицинская статистика используется для оценки состояния организации и управления отраслью здравоохранения, как на уровне Минздрава России, так и на уровне регионов.

Существующая информационно-статистическая база по проблеме здоровья населения складывалась в условиях административно-командной системы в основном в рамках формирования государственной отчетности и проводимых научно-исследовательских разработок. Государственная система управления основывалась на плановом ведении отраслей хозяйства, в том числе и здравоохранения, опираясь в расчетах своих планов на результаты годовой деятельности. Отсутствие возможности получать оперативную информацию и анализировать ее исключало гибкость в принятии решений в условиях чрезвычайных ситуаций, регулировать демографическую ситуацию в новых условиях рыночной экономики. В методическом плане основным недостатком государственной отчетности является отсутствие возможности получения информации «на лицо», и, следовательно, трудность соотношения имеющихся данных с индивидуальным и групповым здоровьем. Медицинская статистика подчинена не столько задачам оценки состояния здоровья населения, сколько задачам учета деятельности ЛПУ, в том числе и оказываемых медицинских услуг.

Происходящие процессы реформирования в обществе, здравоохранении не могут обойти и медицинскую статистику, оставив прежние ее принципы: единство, полнота и достоверность. Это обеспечивается совершенствованием как структуры службы, так и системы учета и отчетности. С этой целью на уровне Минздрава России создана рабочая группа, действующая на постоянной основе, по пересмотру учетной и отчетной документации с целью привязки их к условиям ОМС. В эту группу, помимо представителей Минздрава России, вошли сотрудники научно-исследовательских институтов (НИИ им. Н.А. Семашко, ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения и др.), руководители службы медицинской статистики, так и представители ФОМС и территориальных фондов ОМС. В результате совместной работы подготовлен приказ Минздрава России от 20.02.02 № 60 «О введении временной учетно-отчетной медицинской документации». В данных документах учтены интересы, как органов здравоохранения, так и ОМС. При апробации временных учетных документов на территории страны был предложен ряд замечаний, которые учтены при разработке окончательных документов. Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации». В соответствии с данным приказом введены в действие ряд учетных форм (№ 039/у-02, № 007/у-02, № 016/у-02, № 007дс/у-02, № 066/у-02), отчетная форма № 14-дс.

Данная работа продолжается и готовится ряд новых документов.

В настоящее время в вычислительном центре ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России разрабатывается новая версия системы формирования и обработки медицинской информации, которая может использоваться на всех уровнях системы здравоохранения. Формализованные выходные отчетные формы позволяют работать непосредственно с электронной версией отчета посредством электронной почты с возможностью обратной связи. Это значительно сократит сроки обработки и формирования сводных отчетов, анализа статистической информации, подготовки сборников о состоянии здоровья и здравоохранения.

Медико-статистическая информация должна характеризовать состояние здоровья населения, организацию, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи, а также деятельность лечебно-профилактических учреждений. К медицинской документации предъявляются требования соблюдения единства учетно-статистических показателей, единства сроков составления отчетности и представления

ее в вышестоящие инстанции, строжайшей отчетной дисциплины учреждений. В соответствии с этими принципами во всех лечебно-профилактических учреждениях должна вестись унифицированная для однотипных учреждений первичная медицинская документация. Форма учетных документов и типовые инструктивно-методические указания утверждаются Минздравом России. Формы отчетности медицинских учреждений, органов здравоохранения, а также порядок и сроки представления их утверждаются Госкомстатом России по представлению Минздрава России. Типизация и унификация документов облегчает статистическую разработку материалов, создает условия для применения средств вычислительной техники по автоматизированной обработке данных во всех медицинских учреждениях и способствует получению сопоставимых показателей, характеризующих состояние здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения по различным территориям.

Проблемы совершенствования информационного обеспечения служб здравоохранения затрагивают вопросы совершенствования первичного учета, его объема и содержания. Периодически проводятся изменения с целью совершенствования форм учета, объема и структуры отчетности, их упрощение. Наряду с этим возникают новые формы учета и отчетности. Так, с 1994 г. использовалась форма № 52 «Отчет о деятельности лечебно-профилактического учреждения, функционирующего в системе обязательного медицинского страхования», которая в 2001 г. заменена на форму № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Данная отчетная форма впервые включает в себя объемы оказанной медицинской помощи и финансовые затраты. Одна из проблем в использовании, анализе информации и контроле достоверности формы № 62 в том, что службы медицинской статистики не имеют возможности контроля достоверности информации по разделам, отражающим финансовую деятельность ЛПУ в данном документе. Для страховой медицины определенную сложность представляет слабая степень формализации медицинских понятий, отсутствие единых критериев и стандартов оценки состояния здоровья, оценки качества и количества оказываемой медицинской помощи множеством страховых компаний, отсутствие фактических стандартов по материально-техническому обеспечению ЛПУ, низкая достоверность статистических сведений о фактическом положении в здравоохранении.

Быстрое развитие медицины катастроф – оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим в авариях, катастрофах, стихийных бедствиях — основывающееся на фундаментальных исследованиях отечественных и зарубежных специалистов, подтвержденное практикой ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций позволило создать систему современных лечебно-эвакуационных мероприятий, обеспечивающие оптимальные время и объем оказания неотложных мероприятий квалифицированной и специализированной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях мирного времени на федеральном и региональном уровне.

Одновременно круг вопросов, связанных с проблемами оказания экстренной помощи на территориальном уровне, требует обсуждения и исследования с учетом техногенных и природных факторов риска, их взаимозависимости и взаимообусловленности, величины и структуры санитарных потерь, причинно-следственных связей их формирования, ресурсообеспеченности и возможности практического здравоохранения, особенностей организации системы лечебно-эвакуационных мероприятий в общей системе охраны жизни и здоровья населения при возникновении и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Одним из вспомогательных моментов при решении некоторых из вышеперечисленных вопросов является анализ статистических данных, получаемых с помощью форм № 55 «Сведения о деятельности учреждения здравоохранения (медицинского формирования), принимавшего участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций» и № 56 «Сведения о чрезвычайных ситуациях и пораженных в них».

Остро стоит вопрос о сопоставимости информации в различных административных образованиях субъекта, а также приведение в соответствие международным нормам статистики здоровья населения. Только половина статистических показателей из 156, необходимых для международной программы «Здоровье для всех к 2000 году», может быть использована для сопоставления. Требуется статистика по новорожденным с отдельными генетическими нарушениями, по стоматологической службе, новым случаям других гепатитов, кроме А и В, не рассчитывается ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности (в годах), нет данных о доле детей с весом 80-120% от нормы, доле младенцев, находящихся на грудном вскармливании до 6 недель, доле некурящего населения, проценте населения, которое никогда не курило и т.д. Не ведется учет о состоянии здоровья населения в различных социальных группах общества, не разработаны методики, дающие возможность оценить качество жизни населения, уровень социального здоровья и социальной поддержки.

Таким образом, в настоящее время в системе федерального государственного статистического наблюдения, а также вне этой системы собирается большое количество информации, которая представляет интерес с точки зрения комплексного анализа общественного здоровья населения и выработки управленческих решений, направленных на его сохранение и укрепление.

Медицинская государственная статистика имеет в своем документообороте около 600 учетных и более 60 отчетных форм (табл. 1). Учитывая число лечебно-профилактических учреждений по России (8 862 больницы, 17 689 самостоятельных и объединенных с больницами амбулаторно-поликлинических

учреждения в системе Минздрава России) при численности населения почти в 144 млн. человек можно представить масштабность информации (порядка 450 тыс. заполненных отчетных форм), которую приходится перерабатывать для оценки состояния здоровья населения и деятельности ЛПУ (табл. 2, 3).

Естественно, что на федеральный уровень из субъекта Российской Федерации поступает лишь сводный отчет по каждой из перечисленных отчетных форм, на основании которых затем формируются уже окончательные показатели. Однако следует учесть, сколько этапов включает в себя формирование единого свода: заполнение формы в каждом ЛПУ, свод на уровне района, города, субъекта Федерации, страны.

Таблица 1

Число лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации и заполняемых отчетных форм

Наименование учреждения	Число учреждений	Число заполняемых форм	Общее число форм
Больницы всех типов	8 862	12	106 344
Амбулаторно-поликлинические учреждения	15 230	21	319 830
Диспансеры	1 532	14	21 448
Стоматологические поликлиники	927	2	1 854
ИТОГО	26 551	49	449 476

Таблица 2

Число заполняемых отчетных форм за год лечебно-профилактическими учреждениями в разрезе территорий, в зависимости от сети учреждений здравоохранения

до 1 тыс.	Республика Ингушетия, Еврейская автономная область. Итого 2
от 1 до 3 тыс.	Республики Марий Эл, Мордовия, Калмыкия, Адыгея, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесская, Северная Осетия-Алания, Алтай, Тыва, Хакасия; Мурманская, Новгородская, Псковская, Калужская, Орловская, Курганская, Камчатская, Магаданская, Сахалинская, Калининградская области; Чукотский автономный округ. Итого 21
от 3 до 5 тыс.	Республики Карелия, Коми, Чувашия, Бурятия; Архангельская, Вологодская, Ленинградская, Брянская, Владимирская, Ивановская, Костромская, Рязанская, Смоленская, Ярославская, Белгородская, Курская, Липецкая, Астраханская, Пензенская, Самарская, Ульяновская, Томская, Амурская области; Хабаровский край. Итого 24
от 5 до 8 тыс.	Республика Удмуртия; г. Санкт-Петербург; Тверская, Тульская, Кировская, Воронежская, Тамбовская, Волгоградская, Саратовская, Свердловская, Кемеровская, Омская, Тюменская, Иркутская, Читинская области; Ставропольский и Приморский край. Итого 17
от 8 до 10 тыс.	Республики Татарстан, Дагестан, Якутия; Оренбургская, Новосибирская, Пермская, Челябинская области; Красноярский край. Итого 8
свыше 10 тыс.	Республика Башкортостан; г. Москва; Московская, Нижегородская, Ростовская области; Краснодарский и Алтайский края. Итого 7

Таблица 3

Число лечебно-профилактических учреждений и заполняемых в них отчетных (годовых) форм за 2001 г.

Территории	Больницы/ кол-во форм	Поликлиники входящие/ кол-во форм	Диспансеры/ кол-во форм	Поликлиники са- мостоятельные/ кол-во форм	Стоматологические поликлиники/кабинеты/ кол-во форм	ИТОГО форм
Российская Федерация	8862/239274	8924/71392	1532/21448	6306/56754	927/10312	
1. Республика Карелия	69/1863	57/456	56/784	53/424	2/88	3007
2. Республика Коми	93/2511	81/648	15/210	57/456	5/98	3821
3. Архангельская область	111/2297	105/840	11/154	60/480	10/117	4025
4. Вологодская область	117/3159	120/960	14/196	57/456	7/107	4999
5. Мурманская область	38/1026	34/272	7/98	32/256	9/58	1786
6. г. Санкт-Петербург	97/2619	46/368	48/672	141/1128	39/85	5035
7. Ленинградская область	85/2295	85/680	4/56	110/880	9/148	4225
8. Новгородская область	54/1458	49/392	13/182	37/296	7/66	2474
9. Псковская область	40/1080	34/272	11/154	26/208	6/49	1824
10. Брянская область	95/2565	85/680	12/168	52/416	9/103	4053
11. Владимирская область	113/3051	104/832	15/210	47/376	14/157	4811
12. Ивановская область	102/2754	130/1040	13/182	32/256	7/97	4440
13. Калужская область	37/999	34/272	4/56	14/112	4/49	1545
14. Костромская область	77/2079	83/664	7/98	30/240	5/73	3237
15. г. Москва	172/4644	133/1064	103/1442	428/3424	68/386	11482
16. Московская область	261/7047	337/2696	83/1162	280/2240	33/412	14035
17. Орловская область	50/1350	50/400	10/140	42/336	7/73	2386
18. Рязанская область	109/2943	100/800	10/140	61/488	9/94	4577
19. Смоленская область	82/2214	81/648	11/154	50/400	12/90	3620
20. Тверская область	136/3672	135/1080	13/182	68/544	15/153	5814
21. Тульская область	110/2970	149/1192	18/252	50/400	13/85	5010
22. Ярославская область	93/2511	123/984	11/154	51/408	4/114	4293
23. Республика Марий-Эл	59/1593	55/440	8/112	42/336	4/85	2579
24. Республика Мордовия	64/1728	56/448	7/98	42/336	5/80	2780
25. Чувашская Республика	92/2484	87/696	20/280	66/528	13/111	4236

Территории	Больницы/ кол-во форм	Поликлиники входящие/ кол-во форм	Диспансеры/ кол-во форм	Поликлиники са- мостоятельные/ кол-во форм	Стоматологические поликлиники/кабинеты/ кол-во форм	ИТОГО форм
26. Кировская область	182/4914	187/1496	12/168	27/216	4/168	7138
27. Нижегородская область	256/6912	266/2128	32/448	143/1144	24/246	11172
28. Белгородская область	97/2619	91/728	10/140	69/552	9/136	4329
29. Воронежская область	171/4617	160/1280	19/266	90/720	16/160	7235
30. Курская область	85/2295	79/632	7/98	68/544	4/98	3773
31. Липецкая область	81/2187	90/720	12/168	42/336	8/74	3635
32. Тамбовская область	124/3348	129/1032	13/182	56/448	7/106	5236
33. Республика Калмыкия	30/810	26/208	5/70	72/576	1/23	1712
34. Республика Татарстан	223/6021	200/1600	36/504	103/824	29/223	9453
35. Астраханская область	66/1782	70/560	5/70	73/584	6/95	3198
36. Волгоградская область	110/2970	272/2716	30/420	62/496	25/114	6340
37. Пензенская область	90/2430	87/696	8/112	67/536	2/135	4048
38. Самарская область	75/2025	81/648	26/364	41/328	20/83	3571
39. Саратовская область	184/4968	175/1400	20/280	103/824	17/166	7838
40. Ульяновская область	90/2430	82/656	14/196	61/488	11/125	4042
41. Республика Адыгея	20/540	19/152	5/70	43/344	2/51	1212
42. Республика Дагестан	168/4536	156/1248	17/238	204/1632	10/250	8174
43. Республика Ингушетия	10/270	8/64	5/70	1/8	1/9	432
44. Кабардино-Балкарская Республика	33/891	28/224	6/84	88/704	9/89	2099
45. Карачаево-Черкесская Республика	38/1026	32/256	7/98	27/216	7/36	1682
46. Республика Северная Осетия	24/648	20/160	6/84	65/520	7/48	1522
47. Краснодарский край	271/7317	230/1840	58/812	269/2152	32/404	12993
48. Ставропольский край	151/4077	126/1008	30/420	165/1320	14/255	7363
49. Ростовская область	224/6048	199/1592	54/756	222/1776	30/295	10822
50. Республика Башкортостан	277/7479	265/2120	53/742	142/1136	26/339	12207
51. Удмуртская Республика	124/3348	129/1032	18/252	55/440	10/161	5414
52. Курганская область	60/1620	51/408	12/168	43/344	3/89	2724
53. Оренбургская область	188/5076	224/1792	22/308	93/744	9/242	8422
54. Пермская область	196/5292	183/1464	36/504	78/624	21/205	8336
55. Свердловская область	176/4752	271/2168	29/406	36/288	41/135	7966

Территории	Больницы/ кол-во форм	Поликлиники входящие/ кол-во форм	Диспансеры/ кол-во форм	Поликлиники са- мостоятельные/ кол-во форм	Стоматологические поликлиники/кабинеты/ кол-во форм	ИТОГО форм
56. Челябинская область	200/5400	192/1536	49/686	92/736	15/216	8820
57. Республика Алтай	30/810	29/232	6/84	30/240	2/31	1432
58. Алтайский край	236/6372	253/2024	21/294	196/1568	11/286	10852
59. Кемеровская область	139/3753	191/1528	40/560	114/912	27/118	7043
60. Новосибирская область	197/5319	175/1400	37/518	114/912	16/176	8533
61. Омская область	142/3834	136/1088	19/266	176/1408	9/232	7078
62. Томская область	71/1917	62/496	8/112	47/376	10/84	3089
63. Тюменская область	179/4833	163/1304	41/328	105/840	24/220	7793
64. Республика Бурятия	95/2565	81/648	13/182	94/752	5/80	4317
65. Республика Тыва	44/1188	44/352	6/84	21/168	1/23	1840
66. Республика Хакассия	59/1593	54/432	8/112	28/224	4/49	2467
67. Красноярский край	218/5886	241/1928	30/420	139/1112	21/194	9776
68. Иркутская область	181/4887	167/1336	32/448	116/928	12/184	7991
69. Читинская область	129/3483	119/952	8/112	69/552	5/110	5329
70. Республика Саха (Якутия)	244/6588	237/1896	45/630	72/576	3/120	9936
71. Еврейская автономная область	12/324	10/80	4/56	8/64	1/13	552
72. Чукотский автономный округ	24/648	24/192	6/84	9/72	-	1018
73. Приморский край	124/3348	98/784	26/364	76/608	14/123	5378
74. Хабаровский край	93/2511	114/912	19/266	65/520	13/130	4495
75. Амурская область	86/2322	85/680	11/154	65/520	6/67	3822
76. Камчатская область	46/1242	44/352	8/112	24/192	4/43	1992
77. Магаданская область	22/594	24/192	6/84	24/192	2/35	1136
78. Сахалинская область	44/1188	39/312	4/56	36/288	1/63	1712
79. Калининградская область	62/1674	49/392	4/56	32/256	6/51	2492

Следует также отметить, что с каждым годом число учетных и отчетных форм увеличивается (табл. 4).

Таблица 4

Количество учетных и отчетных форм лечебно-профилактических учреждений

Формы	1949 г.	1980 г.	2001 г.
учетные	120	338	328
отчетные	11	26	37

В 1949 г. число учетных форм составляло 120. За 50 лет их количество увеличилось почти в 3 раза, также как и число отчетных форм. С одной стороны, это связано с ростом потребностей руководителей здравоохранения, специалистов располагать разнообразной информацией, с другой стороны, возможностями информационных систем.

Однако имеющаяся информация в отчетных формах недостаточно используется в системе здравоохранения. Около 30% ее в полной мере востребовано органами управления. Тогда как до 50% информации, необходимой для реализации функций управления здравоохранением, содержащихся в отчетных данных, передаваемых учреждениями здравоохранения в виде отчетной государственной и отраслевой статистической информации остается не востребовано. Это в какой-то мере связано с отсутствием привлечения современных технологий анализа и представления данных. Другой причиной невостребованности статистической информации является малая приспособленность ее к использованию на уровне субъекта Федерации и еще меньше – на уровне муниципального образования.

Кроме этого, для восприятия статистической информации необходимы специальные знания, которыми не все руководители обладают, требуется определенная подготовка их в этой области.

В целом ценность информации определяется не количеством, а потребностью в ней, подготовленностью к ее восприятию и использованию. Никакой механизм сбора данных, отличающийся сложностью или требующий чрезмерных затрат времени не имеет шансов на успех даже в тех случаях, когда применяются методы стимулирования.

Сбор информации должны осуществлять специально подготовленные люди, действующие в соответствии с четкими инструкциями. В идеальном случае сбор данных должен проводиться по стандартной форме, имеющей следующие характеристики: четкость, простота, важность информации, недвусмысленность. Ценность информации не зависит от объема затрат на ее получение, но при этом следует учитывать, что сбор информации – это продукт человеческого труда.

Информация должна обладать следующими свойствами: точностью; полнотой; глубиной; достоверностью; надежностью; доказательностью; новизной; оперативностью; эффективностью.

Более полное использование информации требует применения современных технологий сбора, обработки, анализа и представления данных, наличия только достоверных статистических данных. Достоверности информации всегда придавалось большое значение, о чем свидетельствуют следующие документы:

1. Постановление Центрального Исполнительного Комитета и Совета народных Комиссаров СССР от 27 сентября 1933 г. № 82/2530, Москва. Об ответственности за представление неправильных учетных сведений и отчетных данных, а также за нарушение форм и сроков представления учетно-отчетных материалов.

2. Приказ Прокурора СССР Прокурорам союзных и автономных республик, краев и областей от 19 июня 1938 г. № 675, Москва. Постановлением ЦИК и СНК СССР от 27 сентября 1933 г. было предложено привлекать к уголовной ответственности лиц, виновных в систематическом нарушении сроков представления органам народнохозяйственного учета отчетных материалов. Тщательно рассматривать все сообщения о нарушении теми или иными организациями правил о предоставлении статистической отчетности.

3. Выписка из Приказа Министра здравоохранения СССР и Начальника Центрального статистического управления Госплана СССР от 3 августа 1948 г. № 494/1589, Москва. Утвердить новые формы отчетности для медицинских учреждений. Введение новых или расширение действующих форм может производиться по представлению Отдела медицинской и санитарной статистики Министерства здравоохранения СССР. Установить, что за своевременную отправку и правильность отчетных данных учреждения отвечает персонально руководитель учреждения, а по управлениям и отделам министерства, в части представления сводных отчетов – начальник управления или отдела.

4. Выписка из Положения о порядке ведения медико-статистической работы в медицинских учреждениях. Утверждено Наркомздравом СССР 22 июня 1938 г. Все без исключения медицинские учреждения (больницы, амбулатории, поликлиники, врачебные участки, консультации и т.д.), а также и организации (госсанинспекторы, санитарные врачи, эпидемиологи, судебно-медицинские эксперты и т.д.) обязаны обеспечить своевременное составление периодических, достоверных сведений о своей

деятельности, согласно установленным правилам и формам государственной системы учета и отчетности для учреждений здравоохранения.

По данным литературы, следует, что 39% всей стоимости обслуживания пациентов обусловлено стоимостью ведения информации; 50% рабочего времени врач тратит на поиск информации. Тогда как только автоматизированная информационная система слежения за больными увеличивает поток обследуемых на 10-20%, сокращает время ожидания врачом ответного результата на 25%, снижает время ожидания пациентом очередной процедуры обследования в 2 раза. Доказано, что структурированная информация выдается в 4 раза быстрее, чем традиционная бумажная, использование диагностических программ снижает количество проводимых диагностических процедур на 15%, благодаря использованию компьютера для оценки групп риска можно избежать ¼ диагностических процедур.

Система управления должна опираться только на постоянно действующий мониторинг, как в пределах региона, так и всей страны, в рамках которого собирается единая по структуре информация. Основными требованиями, предъявляемыми к информационным системам, являются:

- объективность, что исключает возможность принуждения к искажению сведений со стороны вышестоящего органа;
- получение качественной информации (сопоставимой, т.е. полученной по унифицированным четким инструкциям, стандартизированной, своевременной, доступной);
- унификация системы, построенная на стратегических направлениях вышестоящего органа;
- эффективность затрат.

В условиях экономии бюджетных средств одним из важнейших направлений является пересмотр форм государственного статистического наблюдения с целью их упрощения, совершенствования в свете реформирования и развития здравоохранения и сокращения состава показателей, обеспечения координации показателей ряда форм и их взаимоувязки, устранения факта дублирования информации. Это касается, например, персонифицированного учета населения, которым занимаются многие службы и ведомства.

Оправданы ли ресурсные, кадровые затраты на составление существующей отчетной документации и сопоставимы ли с эффективностью ее использования?

Результаты опроса руководителей здравоохранения показали, что даже не все из них (86%) могут указать основные характеристики здоровья (смертность, рождаемость, заболеваемость) обслуживаемого контингента, в этом плане наиболее грамотными являются заместители главных врачей. Менее 80% руководителей знают об отчетной форме № 12, содержащей сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения. Более половины (55%) руководителей, из тех кому знакома форма № 12, она не устраивает, так как данные, представленные в ней в общем виде, практически не используются для принятия организационных решений, некоторые полагают, что в ней нуждаются вышестоящие органы управления, другие же, зная о существовании формы, не знают ее содержания.

Каждый визит пациента к врачу заканчивается постановкой диагноза или классифицируется причиной обращения в соответствии с рубриками класса 21 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10). МКБ-10 содержит более 10 000 нозологических форм, однако на практике врачами используется не более 250-300 диагнозов, а кодирование их возможно лишь при знании всей МКБ-10. При составлении отчетной формы № 12 («Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения») требуется выделение лишь 42 нозологий или групп болезней у детей 0-14 лет, 44 у детей 15-17 лет и 62 у взрослых (18 лет и старше). Основная группировка нозологий осуществляется по классам болезней и представляется в обобщенном виде. В то же время собираемые данные в масштабе всей страны являются уникальными и могут быть использованы для решения многих проблем здравоохранения при условии четкой постановки задачи. Например, эпидемиология перинатальной энцефалопатии или другой патологии. Для этого нужно включить дополнительно в форму 12 строку с этой нозологией на 3-5 лет, предварительно разработав и распространив во все лечебно-профилактические учреждения стандартные и конкретные определения данной нозологии, чтобы все участвующие в программе территории могли получать точную сопоставимую информацию.

На каждую нозологию должно быть свое стандартное определение, которое должно удовлетворять следующим требованиям: быть простым, доступным и понятным, оно не должно включать диагностические критерии, которые трудно понять или соблюсти. Если в это определение входят результаты лабораторных тестов, то эти тесты должны быть легко доступными, не дорогостоящими и необременительными для пациента. К сожалению, мы такими условиями не всегда руководствуемся.

Корни ведения учета заболеваний относятся к 1949 г. Так, 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. Однако, полученные таким образом сведения о заболеваемости ока-

зались недостаточно соответствующими действительности и исключили возможность их практического использования.

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

Защитниками сплошного метода учета заболеваемости были Л.Я. Брушлинская, М.М. Мазур, М.В. Птуха, С.С. Каган, Н.О. Говор, А.А. Корчава и др.

Другая группа ведущих специалистов в области изучения заболеваемости с 1955 г. выступала с критикой сплошного метода изучения заболеваемости и считала, что эту систему следует отменить как несомненное статистическое излишество, об этом говорили А.М. Мерков, Г.А. Баткис, Е.А. Садвокасова, Э.И. Дейчман и др., и до настоящего времени многие исследователи придерживаются этой точки зрения.

Что касается информации, которую несет форма № 12, то содержащиеся в ней сведения – это не информация об истинной заболеваемости, это данные об обращаемости населения в основном в амбулаторно-поликлинические учреждения, так как подбора информации на одно лицо в настоящее время не проводится и сведения из стационаров в эту форму не включаются. Практический интерес представляли бы данные, если бы они служили для определения потребностей в той или иной службе, например, в гемодиализной. Но учитывая слабое знание и использование руководителями медицинской статистической документации, этого не происходит, не включаются своевременно необходимые показатели, способствующие оценке деятельности той или иной службы. Однако это требует изменения подходов к составлению данной формы. Так, в настоящее время в форму № 12 включаются только основные заболевания, а для определения потребностей необходимо также учитывать сопутствующие заболевания и осложнения (например: основной диагноз – сахарный диабет, осложнение – поражение почек, при котором достаточно часто требуется гемодиализная помощь).

В данном виде форма № 12 отражает лишь уровень обращаемости населения за медицинской помощью, и в соответствии с этим высокие уровни обращаемости больше отражают доступность медицинской помощи, чем заболеваемость.

Форма № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин» содержит сведения о пострадавших в результате травм и отравлений, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения. К сожалению, эта форма не включает информацию о других потоках пострадавших, а именно скорую медицинскую помощь, приемное отделение стационара; умершие поступают в бюро медико-судебной экспертизы. В результате этого истинного числа пострадавших не имеется.

Несопоставимы и затраты на составление отчетной формы 16-вн, содержащей сведения о причинах временной нетрудоспособности. Информация в таком виде, как она содержится в отчетной форме на уровне государства используется очень ограниченно, по ней не принимаются никаких решений, хотя эти сведения необходимы для каждого отдельного предприятия, а при условии сбора по соответствующим отраслям промышленности имеют государственный интерес.

Следует упомянуть и о двух параллельных информационных потоках со стороны органов управления здравоохранением и со стороны ОМС, использующих практически одну и ту же информацию, что требует унификации информационных систем органов и учреждений здравоохранения и ОМС. Каждый четвертый руководитель здравоохранения отмечает в ряду других трудностей, связанных с введением ОМС, увеличение статистической отчетности, а каждый второй врач ссылается на большие затраты времени, необходимые для их заполнения.

Формирование показателей смертности

Отсутствие адекватных количественных показателей оценки здоровья является существенным тормозом при выборе приоритетов профилактических программ. Эффективность программ невозможно оценить, не зная истинные уровни патологии.

В стране в настоящее время действует ряд федеральных целевых программ. Основной из них является комплексная программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера». В нее входят следующие подпрограммы: «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России», «Сахарный диабет», «Вакцинопрофилактика», «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)», «Совершенствование Всероссийской службы медицины катастроф», «О мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем», «О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации». Кроме того действуют программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», «Дети России» (подпрограмма «Безопасное материнство», «Здоровый ребенок»), «Защита от патогенов», «Старшее поколение», «Дети-инвалиды» и др.

Эффективность реализации программ можно оценить только на основании улучшения состояния здоровья населения через соответствующие показатели. Так, например, в программе по профилактике и

лечению артериальной гипертонии на 2002-2008 гг. указаны ожидаемые результаты, в частности, снижение заболеваемости за данный период на 16-18% по цереброваскулярным болезням, на 13-15% — ишемической болезни сердца (ИБС). Смертность в результате реализации программы должна снизиться от сердечно-сосудистых заболеваний на 15%, инсультов – на 14-16%, инфарктов миокарда на 10-12%. Возможно ли это, ответить достаточно сложно, зная природу формирования данных показателей, но в то же время добиться указанных результатов можно при адекватности статистического учета.

Уровень смертности в России от болезней системы кровообращения составляет 909,2 случая на 100 тыс. населения (2002 г.). Эти показатели являются одними из самых высоких в мире (США – 362,9, Финляндия – 459,7 на 100 тыс.).

В России в структуре смертности от болезней кровообращения 43% приходится на ишемическую болезнь сердца, более 35% на цереброваскулярные болезни. При этом среди умерших от ИБС крайне низка доля острого инфаркта миокарда по сравнению с другими странами. В России на эту причину смерти приходится 6,6% у мужчин и 3,5% у женщин. В то время как в США на острый инфаркт падает 23,5%, в Канаде – 28,1%, в Германии – 20,4%. Это же характерно и для нарушений легочного кровообращения, включающих в себя легочные эмболии, нарушения сердечного ритма, на которые в России приходится 5,9%, а в США – 23,2%, Канаде – 15,4%, Германии – 22,7%, во Франции – 33,2% от всех болезней системы кровообращения (рис. 1). Все эти различия связаны с особенностями диагностики и выбора основной причины смерти и ее кодированием.

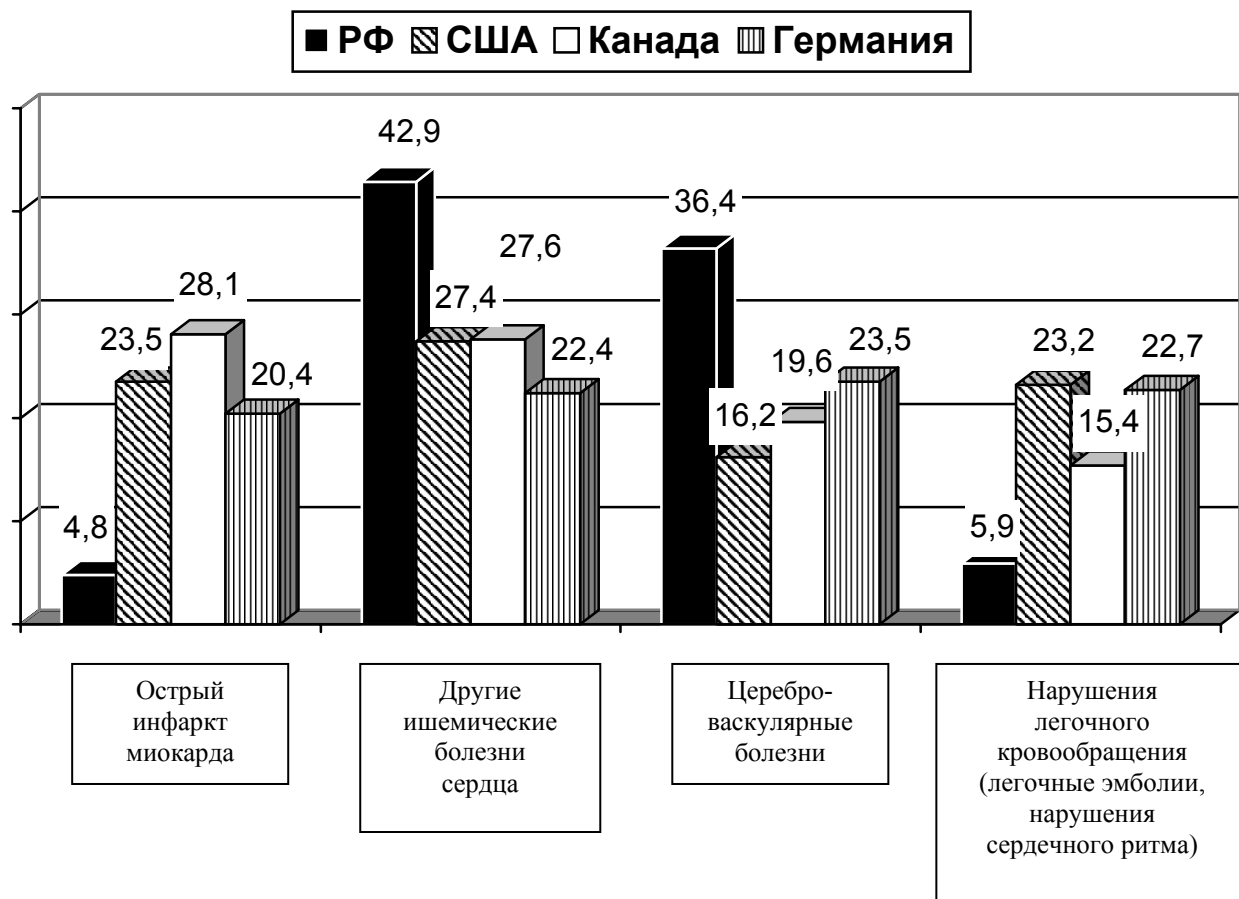


Рисунок 1. Структура основных причин смерти от болезней системы кровообращения в некоторых странах (по данным ВОЗ)

При анализе причин смерти у лиц 75 лет и старше выявлено, что основное место в структуре смертности составляют цереброваскулярные болезни, которые равны 3727,6 случая на 100 тыс. в России, тогда как в других странах они соответствуют 754,2 в США, 902,2 во Франции, 1276,4 в Англии, 1060,4 в Нидерландах, а такие причины смерти, как болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция (в России – 14,2 случая на 100 тыс. населения, у лиц старше 75 лет, в США соответственно – 182, во Франции – 250, в Англии – 211, в Нидерландах – 413) в нашей стране практически не регистрируются.

Лица старшего возраста «редко умирают» от пневмоний (в России – 39 случаев на 100 тыс. лиц 75 лет и старше, в Германии – 268, во Франции – 336,7, в Финляндии – 669,3), от болезней почек (Россия –

25, Германия – 100, Англия – 74, США – 109), болезней костно-мышечной системы (России – 5, Германия – 27, США – 31, Англия – 70).

Таким образом, для нашей страны более предпочтительными причинами смерти среди населения и особенно старших возрастных групп являются болезни системы кровообращения. Это можно продемонстрировать на примере сахарного диабета, уровни заболеваемости которого в России (1,7-3%) соответствуют мировым данным (2,5%), а уровни смертности в нашей стране примерно в 2 раза ниже (10,2 случая на 100 тыс. населения), чем в других странах (19-21 случая).

Это связано с тем, что сахарный диабет часто сопровождается другими патологическими поражениями. В изолированной форме диабет регистрируется лишь в 16,5% случаев. Наиболее часто его сопровождают болезни системы кровообращения (66%), болезни органов пищеварения (32%), болезни почек (20%) и болезни органов дыхания (15%). В результате можно предположить, что основной причиной смерти даже у таких больных является более распространенный диагноз – болезнь сердечно-сосудистой системы.

Этим и объясняются максимальные показатели смертности от болезней системы кровообращения в России по сравнению с другими странами.

В случае внедрения в нашей стране единых методических подходов к выбору первоначальной причины смерти возможно через ряд лет получить совершенно другие показатели по отдельным причинам смерти, которые явились бы истинными и легли в основу программ, направленных на укрепление и сохранение здоровья населения.

В этом направлении сделан уже первый шаг и подготовлены методические рекомендации «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ – 10) в практике отечественной медицины» и «Основные принципы выбора и кодирования первоначальной причины смерти больных со злокачественными новообразованиями», которые разосланы по субъектам Федерации.

Дефицит и недостоверность информации подрывает доверие населения к государственному здравоохранению, заставляет довольствоваться самолечением или обращаться к различным целителям, большей частью, не несущим никакой ответственности за последствия своих дорогостоящих вмешательств, результатом чего является рост запущенных случаев болезни и осложнений.

Медицинская статистика недостаточно используется для просвещения населения и санитарной пропаганды с целью формирования общественного мнения, направленного на повышение мотивации к формированию здорового образа жизни.

Необходимо расширение доступа к информации, в том числе и населения, которое пользуется, главным образом, данными из средств массовой информации, где зачастую публикуются недостоверные материалы или их приведенная трактовка проведена без учета мнений специалистов.

Низкая информированность населения, в свою очередь, влияет на степень удовлетворенности медицинской помощью, которая с каждым годом снижается. Доля лиц, не удовлетворенных медицинской помощью в 1991 г. была равна 50%, через 10 лет – почти 80%. Большая часть населения мало представляет себе систему обязательного медицинского страхования. Так, по данным опроса населения, получено, что менее 40% знают свои права как гражданина, застрахованного по системе ОМС, 20% ознакомлены с перечнем медицинских услуг, которые им должны предоставляться бесплатно, и только 10% обращались в фонд ОМС или страховую компанию за разрешением своих проблем.

Оценка статистической информации руководителями здравоохранения и службы медицинской статистики

Результаты опроса руководителей здравоохранения и руководителей службы медицинской статистики показывают, что более трех четвертей респондентов в обеих группах убеждены в необходимости данных официальной статистической отчетности. Еще 11% руководителей здравоохранения и 21% руководителей статистической службы признают их частичную необходимость (табл. 5).

Характерно, что среди принявших участие в анкетировании медстатистиков нет отрицающих необходимость и сопоставимость, а также достоверность результатов своей деятельности, но есть лица, затруднившиеся дать соответствующую оценку.

Полную объективность отчетных данных отмечает почти половина руководителей здравоохранения, но всего 21% статистиков. Тезиса о частичной объективности придерживаются четверть руководителей здравоохранения и две трети статистиков. При этом доверять официальной статистике безоговорочно склонны все те же 21% медстатистиков и только 36,4% руководителей здравоохранения, а частично – половина руководителей и три четверти медстатистиков.

Минимум разногласий между группами опрошенных наблюдается в оценке функциональности статистики здравоохранения: каждый четвертый признает ее полностью, каждый третий – частично. Но более четверти руководителей и почти треть медстатистиков затрудняются с оценкой этого свойства.

Функциональность информации в некоторой степени зависит от ее наглядности. Официальную медицинскую статистику считают безоговорочно наглядной 29,1% руководителей и 37,2% медстатистиков, хотя каждый пятый как среди тех, так и среди других решительно отказывает ей в данном свойстве. Промежуточную позицию в этом вопросе занимают порядка 40% опрошенных.

Значительная часть респондентов (45,5% руководителей и 58,1% медстатистиков) отрицают оперативное представление статистических данных, хотя каждый седьмой организатор здравоохранения и каждый четвертый медстатистик убеждены в обратном. Удельный вес тех, кто признает оперативность официальной статистики частично, среди руководителей здравоохранения (32,7%) вдвое выше, чем среди медстатистиков (рис. 2).

Наиболее выражены различия в оценках между опрошенными группами в отношении избыточности официальных отчетных данных. Если треть медстатистиков готовы признать этот недостаток полностью и еще 41,9% частично, то среди руководителей таковых соответственно всего 12,7% и 21,9%. Категорически отрицают избыточность 41,8% руководителей и 16,3% медстатистиков.

Максимальные затруднения вызвала оценка экономичности действующей системы медицинской отчетности. Не высказали мнения по этому поводу треть руководителей здравоохранения и четверть статистиков. Среди уверенных в своей компетентности в этом отношении безоговорочные сторонники экономичности составляют всего 14,5% среди руководителей и 11,6% среди медстатистиков, в то время как порядка 40% первых и более половины последних полагают, что затрачиваемые средства не дают адекватных результатов. Следует отметить неоднородность подходов к оценке многообразия информации, отсутствие единых методов ее анализа.

Таблица 5

**Качество данных официальной статистики здравоохранения
(в % к числу респондентов, принявших участие в ответах на вопросы)**

Качество	Да		Частично		Нет		Оценка вызывает затруднения	
	руководители	статистики	руководители	статистики	руководители	статистики	руководители	статистики
Достоверность	36,4	20,9	50,8	74,4	7,3	-	5,5	4,7
Необходимость	81,8	76,7	11,0	20,9	3,6	-	3,6	2,4
Избыточность	12,7	32,6	29,1	41,9	41,8	16,3	16,4	9,2
Экономичность	14,5	11,6	23,7	20,9	27,3	41,9	34,5	25,6
Беспристрастность	45,5	20,9	27,3	67,4	9,1	4,7	18,1	7,0
Оперативность	14,5	23,3	32,7	18,6	45,5	58,1	7,3	-
Наглядность	29,1	37,2	43,6	39,5	20,0	18,6	7,3	4,7
Сопоставимость	60,0	51,2	34,5	41,9	5,5	-	-	6,9
Функциональность	25,3	23,3	36,4	37,2	11,0	7,0	27,3	32,5



В целом итоги проведенного анкетирования демонстрируют противоречивость и неуверенность оценок различных аспектов информационного обеспечения как руководителями здравоохранения, так и ведущими медицинскими статистиками. При этом руководители, с одной стороны, несколько более склонны к категоричности суждений (реже выбирают вариант ответа «частично»), а с другой, чаще затрудняются с ответом. Руководители медстатистики же менее оптимистичны в своих оценках и реально оценивают свою работу.

Информационное обеспечение управления отраслью здравоохранения

Внедрение информационных технологий в практику врачей является неотъемлемой составляющей современного развития здравоохранения. Сегодня именно в этой отрасли информационные технологии получили бурное развитие и становятся важнейшим инструментом обеспечения его устойчивого развития и реализации государственной политики по обеспечению населения качественной медицинской помощью.

Информатизация системы здравоохранения – многоаспектный системообразующий процесс, включающий сбор и накопление информации, ее передачу, интеграцию и эффективное использование баз, банков данных и знаний о деятельности отрасли.

Система управления здравоохранением представляет собой многоуровневую динамическую систему с видами подчиненности и отчетности. Реализация функций здравоохранения на различных уровнях этого комплекса неразрывно связана с информацией. Информацию, циркулирующую в здравоохранении можно условно разделить на две группы: технологическую и управляющую.

К технологической информации следует отнести сведения, содержащиеся в первичной медицинской документации (медицинские карты, истории болезни, результаты лабораторных, инструментальных и других исследований и т.д.), необходимые для наблюдения за здоровьем отдельных лиц.

Управляющая информация – информация, полученная путем сбора и анализа первичной документации, необходимая для управления здравоохранением в целом и его отдельными отраслями, а также отдельными учреждениями, их структурными подразделениями:

- данные, характеризующие состояние здоровья:
 - сведения о заболеваемости (общей, инфекционной, с временной утратой трудоспособности и т.д.),
 - сведения об инвалидности;
 - материалы о физическом развитии,
 - данные о смертности;
- сведения о ресурсах здравоохранения (число учреждений, структура, мощность, характер, их материально-техническое обеспечение);
- данные о медицинском персонале (численность и состав, распределение по типам учреждений, подготовка и усовершенствование);

- данные, характеризующие деятельность медицинских учреждений и использование медицинских услуг населением;
- экономические показатели деятельности учреждений здравоохранения, характеристики программ здравоохранения.

Эти два вида информации тесно связаны между собой. Технологическая информация собирается и накапливается в различных медицинских учреждениях и в статистической совокупности становится источником для анализа и принятия управленческих решений на всех уровнях управления здравоохранения: учрежденческом, муниципальном, территориальном, федеральном.

Следует также отметить, что здравоохранение нуждается в данных относительно численности населения, его состава, распределения, миграционных процессов; в социально-экономической информации; данных, характеризующих внешнюю среду, влияющую на здоровье населения и др. Эти данные сосредотачиваются в Госкомстате России.

Цель информатизации здравоохранения заключается в том, чтобы способствовать реализации функций здравоохранения путем создания медицинских компьютерных технологий, повышающих качество лечебно-профилактической помощи, и качественных информационных технологий на всех уровнях управления здравоохранением.

Основные положения информатизации здравоохранения поднимались еще в статьях Г.Ф. Церковного и С.А. Гаспаряна (1987-1991), однако до сих пор эти проблемы актуальны, и многие из поставленных задач остались до настоящего времени нерешенными.

Задачи информатизации решаются, прежде всего, на государственном (федеральном) уровне управления здравоохранением и заключаются в информационной поддержке принятия решений при выполнении законодательной, рекомендательной функции управления; функции управления деятельностью подчиненных служб и учреждений; функции контроля за качеством деятельности сети лечебно-профилактических учреждений в рамках выполнения ими законодательных и нормативных актов.

Основные задачи, решаемые в рамках функций управления:

- исследование тенденций общественного здоровья и оценка влияния на него социальных, экологических и других факторов;
- определение обоснованных критериев целевой функции деятельности служб и учреждений здравоохранения;
- выделение актуальных (приоритетных) проблем здравоохранения в различных регионах страны;
- оценка состояния материально-технической базы здравоохранения для исследования тенденций ее развития и качества деятельности служб и учреждений здравоохранения;
- создание информационной системы новых медицинских технологий, новых лекарственных препаратов, медицинских приборов и результатов их испытания;
- создание информационной системы по методам и формам организации деятельности служб и учреждений здравоохранения, законодательным актам и стандартам в Российской Федерации и зарубежных странах;
- создание информационно-статистической системы информирования местных органов о тенденциях медико-демографических процессов по регионам страны;
- разработка системы анализа кадрового потенциала отрасли и методы перспективного планирования их воспроизводства и переподготовки;
- создание общегосударственной информационной системы научной медицинской информации на основе международных стандартов, интеграция этой системы с аналогичными международными системами;
- создание системы управления санитарно-эпидемиологической службой на государственном уровне;
- создание системы информационного обеспечения управления службой медицины катастроф;
- создание информационной системы для планирования и контроля деятельности учреждений системы «Медтехника»;
- разработка информационных систем управления на государственном уровне лекарственным обеспечением населения;
- разработка системы информирования руководителей всех уровней;
- разработка системы анализа обращений и писем граждан;
- разработка системы учета и анализа деятельности страховых компаний.

Второй уровень управления здравоохранением – органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации – имеет еще более разнообразный набор функций управления и задач:

- анализ заболеваемости и других медико-демографических показателей, характеризующих динамику состояния здоровья населения в разрезе отдельных регионов;

- разработка межотраслевых территориальных комплексных программ охраны здоровья на основе моделирования взаимодействия экологических факторов, данных о развитии промышленных предприятий и систем жизнеобеспечения на данной территории;
- планирование распределения ресурсов здравоохранения территории с учетом специфики структуры заболеваемости, потребностей медицинских услуг и контроль за их использованием;
- управление и контроль за деятельностью учреждений санитарно-эпидемиологической службы;
- управление амбулаторно-поликлинической помощью населению;
- управление деятельностью скорой медицинской помощи;
- управление стационарной помощью;
- управление специализированными медицинскими службами;
- управление лекарственным обеспечением;
- управление движением и переподготовкой врачебных кадров и подготовкой кадров средних медицинских работников;
- управление и контроль за внедрением новых медицинских технологий.

Информатизация третьего уровня управления – медицинских учреждений и служб – заключается в создании информационных систем управления учреждениями амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи, в том числе специализированной, аптечной, скорой медицинской, санитарно-эпидемиологической службами и др. Информатизация на этом уровне управления сводится к информатизации деятельности врачей, выполняющих лечебно-профилактическую работу, и к информационной поддержке процесса управления медицинскими учреждениями.

Задачи второй группы – управления деятельностью медицинских учреждений – сводятся к следующему:

- ведение персонализированного регистра прикрепленного контингента с паспортными и медицинскими данными, в стационаре – управление движением больных и коечным фондом;
- оперативный учет и итоговый анализ посещений на основе ежесуточной обработки формализованного талона посещений (или карты выбывшего из стационара);
- планирование и контроль за проведением профилактических осмотров отдельных контингентов населения;
- контроль за плановыми сроками обслуживания диспансерных групп населения и сроками лечения в стационаре;
- контроль движения потоков в диагностических кабинетах и лабораториях;
- учет и анализ динамики показателей здоровья населения в разрезе участков, цехов, профессиональных и возрастных групп диспансерных контингентов;
- учет движения медицинских кадров учреждения на основе их персонализированного учета; анализ объема и качества деятельности участковых врачей (врачей отделений) и специалистов; начисление заработной платы;
- учет движения финансовых и материальных ресурсов учреждения;
- экономический анализ стоимости обслуживания пациентов на основе стандартов обслуживания (клинико-статистические группы).

Таким образом, информатизация здравоохранения заключается в создании информационных систем, помогающих реализации вышеуказанных функций и задач медицинских учреждений и органов управления здравоохранением.

В настоящее время практически отсутствует система оперативного слежения за состоянием здоровья и демографической ситуацией, и обусловлено это:

- недостаточным развитием систем автоматизированного учета и отчетности, а также телекоммуникационных средств передачи и обработки данных;
- отсутствием общепринятых стандартов баз данных и передачи информации;
- отсутствие системы общепринятых в России интегрированных показателей или маркеров, отражающих состояние системы охраны здоровья на различных уровнях и рекомендованных к внедрению в системах мониторинга (возможно, и в силу специфичности каждого региона России и складывающейся там ситуации);
- отсутствием компьютерных систем анализа показателей и принятия решений на основе этого анализа.

При создании любой системы информации в первую очередь встанут вопросы, связанные с особенностью организации и взаимодействия отдельных элементов, входящих в данную динамическую систему. Информационная система в здравоохранении должна строиться с учетом специфики деятельности и взаимосвязей различных медицинских учреждений, специфики деятельности разных структур органов управления здравоохранением, с учетом особенностей медицинской информации, способов ее обработки, иерархического принципа построения здравоохранения.

Информационные системы в области управления здравоохранением должны:

- обеспечивать решение задач на всех уровнях и во всех функциональных разрезах управления отраслью;
- разрабатываться на единой концептуальной, информационной и технологической основах;
- легко адаптироваться к изменениям в предметной области (ПО);
- обладать необходимыми сервисными средствами как для адекватного описания задач ПО, так и для удобного способа получения необходимой информации без описания процессов их поиска, расчета и вывода на каком-то языке программирования;
- быть доступными для пользователей-непрограммистов, при этом взаимодействие пользователя с системой должно происходить в терминах ПО.

Кроме того, информационные системы в области управления здравоохранением должны позволять реализовывать, помимо традиционно системных, следующие требования:

- комплексность и системность в учете всей медико-экономической деятельности ЛПУ;
- персонализация учетной информации на законченный случай лечения;
- единство стандарта электронной записи о пациенте, оказанной помощи и услугах;
- использование общероссийских справочников и классификаторов;
- интегрируемость с другими информационными системами;
- открытость – возможность добавлять новые средства обработки данных;
- простота и доступность в эксплуатации, предоставление конечному пользователю удобных средств запроса в терминах предметной области, статистических пакетов аналитической обработки информации, макетных и графических способов вывода данных;
- беспрограммная технология формирования и коррекции задач при диалоговом взаимодействии с экспертом, освобождение эксперта от описания тех знаний о ПО, которые система может вывести сама с помощью описанных экспертом ранее знаний;
- сравнительно низкая затратность внедрения;
- максимальное освобождение эксперта от рутинной работы, оказание помощи и подсказки эксперту во время работы;
- окупаемость вложенных затрат;
- оперативный контроль за рациональным использованием ресурсов;
- экспертиза качества оказанной помощи.

Информационная система здравоохранения объединяет субъекты различной подчиненности и форм собственности, поэтому в процессе дальнейшей информатизации необходимо учитывать их организационную независимость, многообразие реально существующих в настоящее время технологических схем ведения баз данных и программно-технических платформ.

Во многих субъектах Российской Федерации функционируют многоуровневые системы сбора, обработки и хранения медико-статистической и экономической информации. Информационные ресурсы системы здравоохранения и ОМС включают в себя базы данных по различным направлениям деятельности:

- медико-статистическую персонализированную базу данных медицинских услуг, содержащую информацию об услугах амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой и неотложной медицинской помощи;
- финансовую базу данных, содержащую электронные реестры счетов;
- данные о льготном лекарственном обеспечении;
- оперативные данные о рождаемости и смертности;
- данные по кадровому составу ЛПУ;
- базу данных по материально-техническому оснащению ЛПУ;
- различные федеральные и региональные регистры, связанные с заболеваемостью населения;
- статистические сведения о здоровье населения и показатели деятельности ЛПУ;
- нормативно-справочные и другие базы данных.

Необходимо спланировать подготовку новых кадров, которые способны развивать, обслуживать и интенсивно использовать информатизационную структуру здравоохранения.

Финансово-экономическая политика информатизации здравоохранения должна формироваться с учетом бюджетных возможностей государства. Бюджетное финансирование важно сконцентрировать на главных направлениях информатизации здравоохранения (создание информационно-компьютерной сети здравоохранения, банков данных, информатизации управления, чрезвычайных ситуаций, распределение препаратов, материалов и оборудования, информатизация документооборота и пр.).

Для эффективности реализации информатизации здравоохранения необходимо провести административные и общественно-политические мероприятия по подготовке общественного сознания населения России и сотрудников системы здравоохранения. Через средства массовой информации и научно-популярные издания довести до широких слоев населения содержание и преимущества информатизации здравоохранения как для общества в целом, так и для каждой личности. Особенное внимание необходи-

мо обратить на подготовку сознания и профессионального уровня медицинских работников к информатизации отрасли.

Целесообразно уже на первых этапах реализации Государственной программы начать создание персонифицированной базы данных о состоянии здоровья и его динамике на протяжении жизни, это будет возможно с внедрением «Электронного паспорта пациента». Работа в этом направлении ведется.

С точки зрения информационной сути, управление есть процесс сбора, хранения, анализа и использования информации о достижении целей системы, а также об эффективности принимаемых решений и предпринимаемых действий.

Понятия "управление" и "информация" неотделимы друг от друга, — и как информация теряет свой смысл без управления, так и управление невозможно без информации.

Информация — это сведения о лицах, предметах, фактах, событиях, явлениях и процессах независимо от формы их представления. Эти сведения устраняют неопределенность и используются с целью получения знаний, подготовки и принятия решений.

Медицинская информация — это данные о здоровье населения, о системе здравоохранения, о медицинской науке, о социальной и физической внешней среде, которые содержат информацию, нужную для целей управления здравоохранением.

Показатель — это количественная характеристика конкретной информации в системе управления (в частности — в здравоохранении). Показателем обычно принято называть численное значение какого-либо признака. По содержанию своему в широком смысле слова показатель есть единство качественной и количественной характеристики измеряемого объекта или процесса, а в более узком смысле — конкретное значение размеров явления в условиях конкретного места и времени. Близки к понятию "показатель" понятия "оценка" и "критерий", но они все же характеризуют различные стороны процедуры работы с информацией. Под оценкой обычно понимают качественную или количественную характеристику, выражающую степень соответствия показателя поставленным целям, предъявляемым требованиям или сложившимся убеждениям. А критерий — это признак, который служит для оценивания, или принцип оценки.

При разработке и реализации управленческого процесса необходимо помнить, что обязательным условием эффективного управления является четкость формализации информационных потоков, характеризующих цели системы и их достижение. Это прежде всего зависит от продуманного информационного обеспечения управления. Под последним подразумевается определение объема информации, необходимого для осуществления управления в определенном временном периоде на конкретном иерархическом уровне. Схема информационного обеспечения управления должна содержать конкретный перечень показателей, их единицы измерения, нормативные значения, источники и периодичность поступления, а также фактические значения по выбранным периодам.

Схема информационного обеспечения управления является специфической для каждого объекта. Она вытекает из целей, зафиксированных в соответствующих нормативных документах, и должна с определенной периодичностью охватывать их все в полном объеме. Перечень показателей, включаемых в схемы информационного обеспечения, также зависит от иерархического уровня управления.

При разработке конкретных схем информационного обеспечения управления здравоохранением необходимо учитывать, что управленческая информация должна отвечать следующим требованиям:

- характеризовать реально существующие цели и процессы по их реализации;
- соответствовать уровню и функциям управления;
- быть достаточной и избыточной;
- свидетельствовать об отклонениях в функционировании системы;
- отражать через количественные характеристики и количественные и качественные процессы.

Наиболее общая классификация медицинской информации представляется состоящей из следующих шести групп:

- о состоянии здоровья;
- о деятельности учреждений здравоохранения;
- об обеспеченности ресурсами (трудовыми, материальными финансовыми);
- об использовании ресурсов (трудовых, материальных, финансовых);
- об эффективности (медицинской, социальной и экономической) лечебно-профилактической помощи;
- об эффективности управления.

При структурном и функциональном рассмотрении выделяются различные разделы информации с учетом конкретной управленческой деятельности. При структурном рассмотрении выделяются разделы информации с учетом управления конкретными территориальными образованиями (город, район), учреждениями здравоохранения (больница, поликлиника, диспансер, медсанчасть, и т.п.) или их структурными подразделениями. При функциональном рассмотрении выделяются разделы информации соответственно управлению различными службами, видами помощи, целевыми функциями.

Рассмотрение и проектирование систем информационного обеспечения управления целесообразно одновременно базировать на всех вышеперечисленных подходах классификации и с учетом общих групп, структурных и функциональных разделов. При этом важно формализовать и использовать понятия так называемых "информационных потоков", которые начинаются в местах возникновения информации и обеспечивают ее поступление в места принятия решений. Рациональное построение и использование информационных потоков является ключевым условием для четкого функционирования системы в целом и эффективности управления ею. Основой управленческой информации являются конкретные показатели, характеризующие промежуточные или конечные параметры информационных потоков. Именно фиксация информации непосредственного управления в виде определенных показателей или их наборов позволяет держать систему управления в заданном режиме.

При построении информационного обеспечения оперативного и тактического управления чрезвычайно важно, в каком виде информация формируется в конечной части информационного потока для представления ее руководителям с целью информационно-аналитического обоснования принятия решения. И форма, и содержание схем информационного обеспечения и управления здравоохранением региона должна соответствовать следующим требованиям:

- четкость регламентированного перечня информации с включением целевых критериев и показателей;
- обеспечение необходимой аналитической ценности благодаря возможности сравнения в динамике, со средними и базовыми значениями, с лучшими по региону;
- использование методов комплексного анализа и получения информации, ориентированных на выявление отклонений и фиксацию наиболее выраженных из них, а также вклада каждого показателя (территории) в общее функционирование системы;
- возможность одновременного получения анализа и комплексного представления и с функциональной (службы, разделы деятельности) и со структурной (учреждения, территории) точки рассмотрения.

Управленческую ценность информации можно оценить по возможности ее использования для обеспечения следующих элементов управленческого процесса:

- углубленного анализа работы;
- формирования целей и задач;
- планирования;
- выявления проблемных ситуаций;
- анализа проблем;
- разработки проектов решений;
- принятия решений;
- реализации решений;
- контроля выполнения решений;
- анализа эффективности решений.

Совершенствование информационного обеспечения управления является мощным резервом повышения эффективности управленческой деятельности, и это должно быть в центре внимания руководителей всех уровней.

Особое внимание необходимо уделять разработке методов комплексного получения информации.

Правильно организованное информационное обеспечение позволяет в значительной степени систематизировать потоки поступающей и обрабатываемой информации. Объемы информации постоянно возрастают, особенно в связи с широким применением средств вычислительной техники, а число лиц, принимающих решения, при этом не увеличивается. Объем информации увеличивается быстрее, чем управляющая подсистема успевает ее обрабатывать. И единственным способом ее сокращения без ущерба эффективности управления является "сжатие" информации, представляющей интерес для целей системы.

К обобщенным, комплексным показателям применяются все требования, которые предъявляются к обычным показателям. Вместе с тем, они должны отвечать и дополнительным управленческим требованиям, среди которых особо следует выделить следующие:

- выражение целенаправленности;
- ориентация на конечные результаты;
- системность;
- учет вклада каждого показателя в комплексную оценку с учетом их неравнозначности и степени приближения к цели;
- содержание обобщенных сведений об имеющихся отклонениях в функционировании системы с оценкой оптимизирующего эффекта.

Резервы информатизации. Развитие системы

Значительные резервы использования медицинской статистики для нужд мониторинга связаны с применением средств вычислительной техники и телекоммуникационных технологий, начиная с самого низшего звена управления – с лечебно-профилактического учреждения, с автоматизированного рабочего места каждого статистика. Это позволило бы централизованно собирать и обрабатывать данные отчетов не только ежегодно, но и в любые интересующие лицо, принимающее решение, промежутки времени по безбумажной технологии. При этом резко повысится оперативность и достоверность информации. В настоящее время широко внедряется общегосударственная Российская телекоммуникационная медицинская сеть Mednet с возможностью выхода в международную сеть Internet. Это позволяет развивать единое информационное пространство для медицинских пользователей и обеспечивать информатизацию здравоохранения на качественно новом и современном уровне.

Развитие сети Российского и территориального уровней позволит объединить усилия многих участников демографического мониторинга в едином информационном пространстве, предоставив возможности пользователям быстро внедрять результаты разработок, получать и передавать для анализа различную информацию, пользоваться услугами телемедицины, отказаться от дублирования ряда работ, в том числе и сбора однотипной информации. Важным моментом также является единая техническая политика, которая в условиях единого информационного пространства и легкого доступа пользователя в нем позволит однозначно определить взгляды на различные проблемы использования наилучших программных продуктов в качестве единых баз данных, экспертных систем и баз знаний.

Важнейшим условием реализации эффективного управления здравоохранением является организация информационного взаимодействия и совместного использования информационных и вычислительных ресурсов органами управления здравоохранением, Госсанэпиднадзора и фондами ОМС, как на федеральном, так и на территориальных уровнях. Необходимо обеспечить информационную совместимость и взаимодействие информационных систем медицинских учреждений и органов здравоохранения и системы ОМС на всех уровнях «информационной пирамиды» (рис. 3).

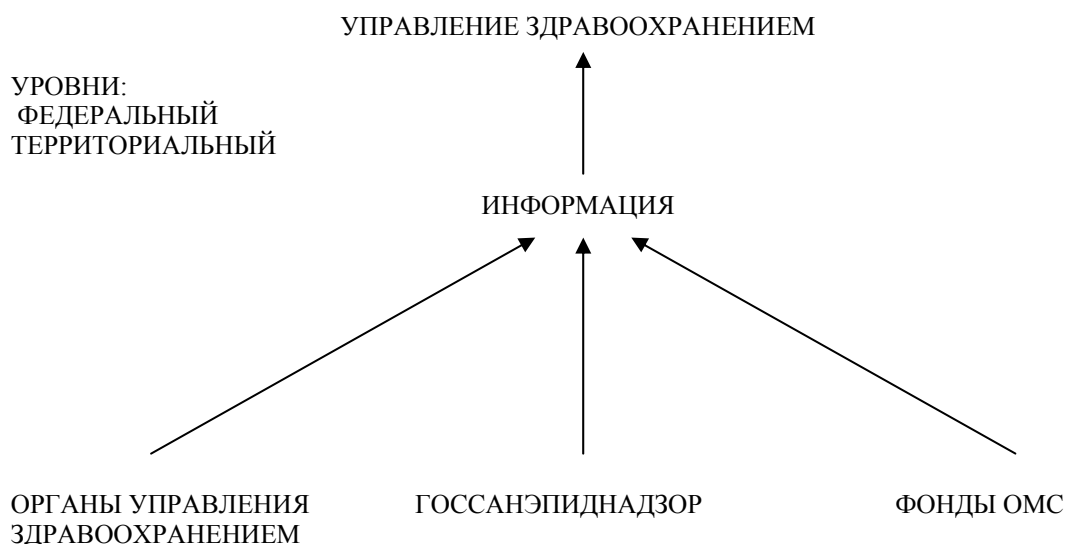


Рисунок 3. «Информационная пирамида»

В настоящее время общим недостатком статистических служб является неразвитость автоматизированных средств контроля, недостаточная оснащенность современной телекоммуникационной техникой для высокооперативной передачи информации в центры ее обработки и анализа, низкая оперативность получения обобщенной информации органами управления и надзора. Кроме того, существующие автоматизированные системы отличаются различными стандартами представления и передачи данных в базах данных и сетях связи, что делает невозможным объединение этих систем в единую систему без внедрения единых стандартов баз данных и средств передачи информации.

Как показывает опыт работы большинства стран, организация качественного и многофакторного отслеживания медико-демографических процессов невозможна без развития и объединения служб и сетей мониторингов различных организаций, связанных с охраной здоровья и влияющих на него, в единую систему с общим информационно-аналитическим центром. Необходимость единой системы автоматизации процессов сбора, передачи и обработки информации, начиная с низших звеньев управления, определяется также требованиями повышения надежности контроля и обеспечения высокой степени достоверности информации.

Содержание

Введение	3
1. Медицинский учет в лечебно-профилактических учреждениях	3
1.1. Перечень учетной документации	4
2. Амбулаторно-поликлиническое учреждение	11
2.1. Основные показатели деятельности поликлиники	13
2.2. Виды показателей заболеваемости	18
2.3. Показатели заболеваемости и методика их расчета	19
2.4. Показатели инвалидности и методика их расчета	21
3. Стационар	22
3.1. Показатели деятельности стационара	23
3.2. Характеристика показателей деятельности стационара	25
3.3. Работа лечебно-диагностических вспомогательных отделений и кабинетов	32
4. Показатели деятельности службы скорой медицинской помощи	36
5. Медико-демографические показатели	37
6. Ресурсы здравоохранения	39
7. Дневные стационары	41
8. Медицинская отчетность	42
9. Показатели службы охраны здоровья матери и ребенка	43
10. Показатели деятельности противотуберкулезной службы	48
11. Показатели деятельности дерматовенерологической службы	50
12. Статистический анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений	52
13. Информационное обеспечение управления отраслью здравоохранения	56