



Материалы сайта www.mednet.ru

**ФГУ Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения Росздрава**

**Руководство
по анализу деятельности службы охраны
материнства и детства Российской Федерации**

Москва, 2009

УДК
ББК

Рекомендовано к изданию научно-координационным Советом ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию.

Авторский коллектив: **Леонов С.А.** – д.м.н., профессор (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); **Сон И.М.** – д.м.н., профессор (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); **Суханова Л.П.** – д.м.н. (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава), **Цыбульская И.С.** – д.м.н., профессор (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); **Вайсман Д.Ш.** – к.м.н. (ГУЗ ТОМИАЦ); **Утка В.Г.** – к.м.н. (ГУЗ МИАЦ ДЗ Брянской области); **Погорелова Э.И.** – к.м.н. (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); **Секриеру Э.М.** – к.м.н. (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); **Огрызко Е.В.** – к.м.н. (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); **Зайченко Н.М.** – (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); **Бантьева М.А.** (ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава); **Кулагин В.В.** – заместитель директора Департамента здравоохранения Тульской области; **Савина А.А.** – Медицинский центр УД РАН, г. Москва; **Захарова А.Б.** – главный врач Шатурской Центральной районной больницы (Московская область)

РУКОВОДСТВО ПО АНАЛИЗУ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ– М.: ЦНИИОИЗ, 2009. – 173с.

ISBN

В руководстве изложена методология и основные подходы к анализу деятельности службы охраны материнства и детства. Приводится перечень показателей, используемых при анализе репродуктивного процесса и проблем отечественного родовспоможения. Даны основные алгоритмы расчета показателей для анализа службы охраны материнства и детства на основе годовых статистических отчетов, с указанием наиболее вероятного уровня преимущественного применения (федеральном, субъекта РФ, муниципальном). Приведены ссылки на формы действующей отчетной медицинской документации.

Руководство предназначено для организаторов здравоохранения разного уровня, врачей акушеров-гинекологов, педиатров, медицинских статистиков.

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ	- 5
I. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ 1991-2007гг.	
1. РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В РОССИИ	
1.1. Тенденции и закономерности изменения репродуктивно-демографической ситуации в России	- 8
1.2. Пренатальные потери как критерий эффективности функции воспроизводства населения	- 9
1.3. Особенности гестационного процесса	- 11
1.4. Характеристика родов и родовспоможения	- 15
1.5. Акушерские операции и их исходы	- 15
1.6. Состояние здоровья родившегося потомства	- 17
1.7. Динамика перинатальной смертности в России	- 19
1.8. Статистика материнской смертности в России	- 22
1.9. Младенческая смертность в России	- 27
1.10. Оценка качества родовспоможения на основании анализа индикаторов здоровья женщин и новорожденных	- 32
1.11. Оценка современных тенденций организации и проблемы ресурсного обеспечения службы родовспоможения	- 36
2. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ	- 41
3. МЕТОДОЛОГИЯ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АНАЛИЗА	
3.1. Основные понятия	- 63
4. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ МАТЕРИАЛОВ НАБЛЮДЕНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
4.1. Динамические сравнения	- 69
4.2. Статистическая оценка достоверности полученных результатов	- 70
4.3. Стандартизованные показатели	- 74
5. СХЕМА АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
5.1. Сведения о территории обслуживания и общая характеристика учреждения здравоохранения	- 78
5.2. Общая характеристика учреждения здравоохранения	- 78
5.3. Состояние здоровья населения	- 79

5.4. Анализ производственно–экономических показателей учреждений здравоохранения проводится аналитической группой, в состав которой	- 88
5.5. Информационные ресурсы и информационное обеспечение	- 89
5.6. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье»	- 90
5.7. Деятельность учреждения здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) и выполнение Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.	- 91
5.8. Анализ деятельности поликлиники	- 98
5.9. Анализ работы дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) и на дому	- 107
5.10. Анализ деятельности стационара	- 107
5.11. Анализ деятельности специализированных служб	- 111
5.12. Анализ деятельности вспомогательных отделений (кабинетов)	- 112
5.13. Расчет новых показателей введенных в формы федерального (ф.30, 47) и отраслевого (ф.40) статистического наблюдения.	- 112
6. Выводы, предложения, рекомендации.	- 114

II. МЕТОДИКА РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

1. Сеть лечебно-профилактических учреждений службы охраны материнства и детства	- 117
2. Профилактические осмотры	- 127
3 Здоровье женщин	- 133
4. Материнская смертность	
5. Здоровье детей	
6. Смертность детей	
ПРИЛОЖЕНИЯ	- 145

ПРЕДИСЛОВИЕ

Оказание медицинской помощи женщинам и детям обеспечивается развитой многопрофильной и многоуровневой сетью лечебно-профилактических учреждений. Акушерско-гинекологические и педиатрические учреждения в 2007г. представлены 197 родильными домами, 43 перинатальными центрами, 34 центрами планирования семьи и репродукции, 44 женскими консультациями, 11 консультативно-диагностическими центрами для детей, 453 детскими поликлиниками. В России функционирует 69 детских областных (краевых, республиканских, окружных) больниц, 249 детских городских, 36 инфекционных и 11 туберкулезных больниц для детей, 393 детских санатория. Кроме того, в структуре 1623 различных лечебно-профилактических учреждения функционируют женские консультации, 302 - подростковые наркологические отделения (кабинеты), 40031 - фельдшерско-акушерские пункты.

Неблагоприятные тенденции демографического развития России, проявившиеся в сокращении численности населения и, в первую очередь, детского (в среднем 1 млн. в год), предопределили приоритетность служб материнства и детства.

Численность детского населения России интенсивно убывает, за последние 16 лет уменьшившись в полтора раза. На 1 января 2008 года в Российской Федерации проживали 27 млн. детей в возрасте до 18 лет, в том числе 18,5 млн. в городах и 8,5 млн. в сельской местности.

В ходе Всероссийской диспансеризации в 2002г. было осмотрено 30 млн. 400 тысяч детей (94,6%). По данным диспансеризации, лишь 27,1% детей были признаны здоровыми (I группа здоровья), 51,7% имели функциональные отклонения или факторы риска заболеваний (II группа здоровья), 16,2% - хронические заболевания (III-V группы здоровья).

Состояние здоровья детей, проживающих в сельской местности, хуже, чем детей-горожан. Так, здоровые дети, проживающие в городе, составляют 36,9%, тогда как в сельской местности - 29,0%. У детей, проживающих в сельской местности, показатель впервые в жизни выявленной заболеваемости выше, чем в городах. При этом число детей, состоящих под диспансерным наблюдением, на селе почти в 2 раза меньше, что является следствием большей доступности медицинской помощи для жителей городов.

Среди юношей призывного возраста зарегистрирован дефицит массы тела у 6,2%, являясь максимальным показателем среди всех возрастных групп. Но при этом 30% юношей после окончания школы совершенно непригодны к службе в армии.

Сложнейшей проблемой является распространение в России ВИЧ-инфекции. Число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, увеличилось с 668 человек в 2002 году до 6365 в 2004 году. Сегодня в России проживают около 12 тысяч таких детей.

Одной из острых проблем современного общества, остается инвалидизация детского населения. На 1 января 2005 года в России зарегистрировано 587 177

детей-инвалидов. Анализ статистических данных показывает, что две трети детей-инвалидов составляют дети с расстройствами психики и нервной системы и дети с множественными нарушениями.

Показатели деятельности службы материнства и детства отражают качество и эффективность оказания медицинской помощи.

Анализ статистической информации в учреждении производится по всем основным показателям (за месяц, квартал), по субъекту - по отдельным показателям за год.

Первой и основной стадией управленческого процесса в здравоохранении является анализ статистической информации, определяющей состояние здоровья населения и эффективность системы здравоохранения. С ее помощью выявляются конкретные проблемы, определяются приоритеты, ставятся задачи более полного и рационального использования кадровых, финансовых, материально-технических ресурсов.

Использование статистических методов позволяет организаторам здравоохранения и практическим врачам применять научный подход к решению организационных и медицинских проблем, правильно оценивать получаемую информацию, анализировать ее и принимать соответствующие решения.

При проведении анализа необходимо дать оценку каждому показателю или группе показателей, сравнивая полученные данные с нормативами или уровнями, сложившимися на каждой конкретной территории.

Важно производить оценку показателей в динамике, выявляя причинно-следственные связи и факторы, влияющие на уровень того или иного показателя с учетом климатогеографических, экономических, санитарно-гигиенических, демографических и других особенностей развития территории.

Информационное обеспечение руководителей органов и учреждений здравоохранения на основе анализа с применением унифицированных методик расчета основных показателей, характеризующих состояние здоровья матери и ребенка, деятельность акушерско-гинекологических и детских учреждений здравоохранения - цель данного руководства.

В настоящее время основные данные, относящиеся к службе материнства и детства, содержатся в следующих формах федерального статистического наблюдения:

- форма № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения»;
- форма № 13 «Сведения о прерывании беременности (в сроки до 28 недель)»;
- форма № 14 «Сведения о деятельности стационара»;
- форма № 31 «Сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам»;
- форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам»;

- форма № 41 «Сведения о доме ребенка»;
- форма № 54 «Отчет врача детского дома, школы-интерната о лечебно-профилактической помощи воспитанникам»;
- форма N 1-ДЕТИ (здрав) «Сведения о численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, помещенных в лечебно-профилактические учреждения».

Кроме того, сведения о здоровье матери и ребенка в той или иной степени содержатся практически во всех формах федерального государственного статистического наблюдения.

Показатели для анализа рассчитываются на детское население соответствующего возраста и пола.

1. АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В РОССИИ В 1991-2007гг.

1.1. Тенденции и закономерности изменения репродуктивно-демографической ситуации в России

Родовспоможение как важнейший инструмент формирования общественного здоровья имеет особую социальную и политическую значимость на современном этапе развития России в связи с сохраняющейся неблагоприятной демографической ситуацией, низкими показателями здоровья рождающих женщин и рождающегося потомства, а также высоким уровнем репродуктивных потерь.

Информационной основой для оценки динамики репродуктивного поведения женского населения, состояния их здоровья и рождающихся детей, а также качества оказываемой медицинской помощи в учреждениях родовспоможения, являются данные государственной статистики (формы ГСН №№ 32, 13 и 14). При этом достоверность перинатальной и акушерской статистической информации есть необходимое условие реального отражения репродуктивно-демографических тенденций населения и общественного здоровья (как в количественном, так и в качественном отношении), а, следовательно, и принятия адекватных управленческих решений для оптимальной организации службы родовспоможения.

В настоящем анализе представлены сведения о состоянии регистрируемых репродуктивных показателей и службы родовспоможения в России за 1991-2007гг. Мы считали целесообразным представить информацию за весь постсоветский период, чтобы продемонстрировать значимость параметров акушерской и перинатальной статистики в оценке тенденций репродуктивного здоровья и качества оказываемой медицинской помощи - по динамике управляемых осложнений в родах и послеродовом периоде у женщин, а также у новорожденных. Очевидно, что при анализе статистической информации большое значение имеет логический контроль сопоставимости взаимозависимых показателей, например частоты кровотечений в родах и послеродовом периоде и анемии у рожениц и родильниц; динамики заболеваемости и летальности и др.

В 2007 году в России отмечено продолжение позитивных тенденций в репродуктивном поведении женщин – увеличение числа родов (с 1454366 в 2006г. до 1576053, или на 8,4%) и уменьшение общего числа аборт в стране (с 1407042 до 1302480, или на 7,4%) - (рис.1). В результате доля родов в структуре всех беременностей, зарегистрированных в медицинских учреждениях Минздравсоцразвития РФ, увеличилась с 50,8% в 2006г до 54,8% в 2007г., а частота аборт снизилась с 96,0 до 81,9 на 100 родившихся живыми и мертвыми (табл.1).

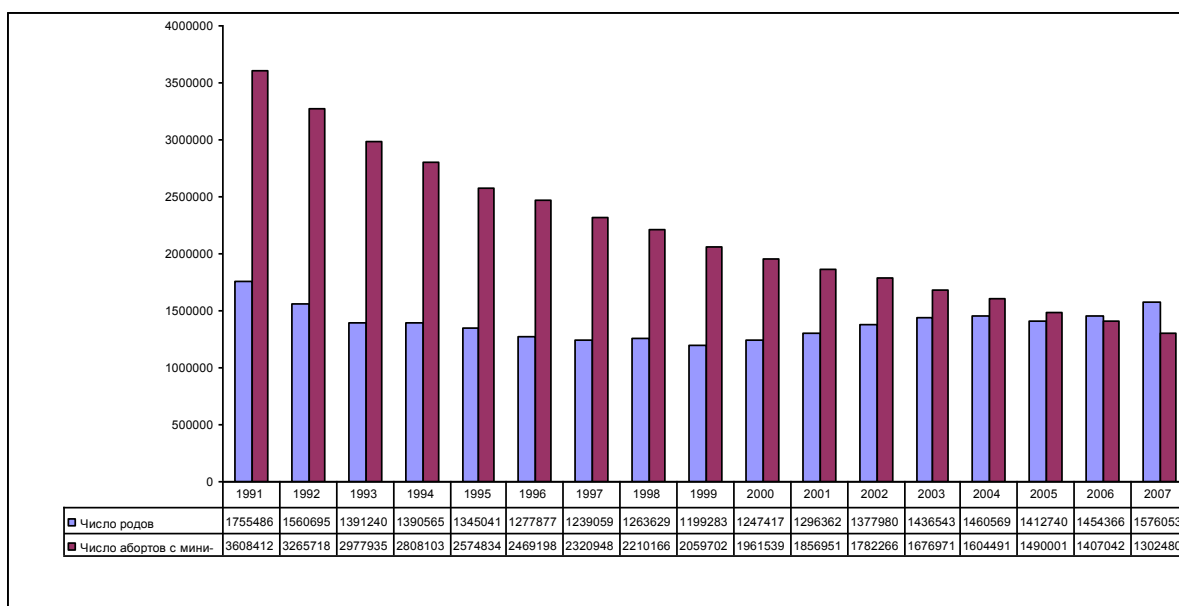


Рис. 1. Динамика числа родов и числа аборт. в России в 1991-2007г.

1.2. Пренатальные потери как критерий эффективности функции воспроизводства населения

Сокращение числа аборт. в 2007 году, как и в предыдущие годы, произошло в основном за счет медицинских легальных аборт. Число их уменьшилось в сравнении с 2006г. на 9,1%. Частота аборт. снизилась с 28,5 до 26,1 на 1000 женщин фертильного возраста (на 8,3%) или с 76,7 до 64,3 на 100 родившихся живыми и мертвыми (на 16,2%). При этом следует иметь в виду возможность неполной регистрации аборт. в коммерческих учреждениях¹. Одновременно в 2007г. уменьшилось число аборт. неуточненных (с 67129 до 63850, или на 4,9%) и по медицинским показаниям (с 44109 до 40170, или на 8,9%); в максимальной степени (на 31,3%) - сократилось число аборт. по социальным показаниям – (с 1933 до 1328).

В то же время в 2007г. произошел рост числа самопроизвольных прерываний беременности (с 168026 в 2006г. до 173938, или на 3,5%) и криминальных аборт. (с 1221 до 1351, или на 10,6%). Показатель частоты криминальных аборт. на 1000 женщин репродуктивного возраста увеличился на 12,9% (с 0,031 до 0,035) на фоне устойчивого снижения показателя в предыдущие годы.

Неблагоприятное изменение структуры прерываний беременности в 2007г. характеризовалось увеличением доли самопроизвольных аборт. (на 11,8%), криминальных (на 19,5%) и неуточненных (на 2,8%) – при снижении доли искусственных легальных. Одновременно в структуре аборт. снизился удельный вес «управляемых» прерываний беременности, число которых определяется перечнем показаний к ним – аборт. по социальным (на 25,8%) и

¹ Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г. Меры по профилактике и снижению числа аборт. и материнской смертности в Российской Федерации //Здравоохранение. – 2004. - №7. – С. 13-24.

медицинским показаниям (на 1,6%). Доля их суммарно составила в 2007г. 3,18% от числа всех прерываний беременности - при 3,27% в 2006г.

Особую тревогу вызывает увеличение числа самопроизвольных аборт, что является наиболее серьезным проявлением нарушения репродуктивного здоровья женщин. Удельный вес спонтанных аборт увеличился с 11,9% в 2006г. до 13,4% от числа всех прерываний беременности в 2007г.. При этом в регионах с минимальным числом зарегистрированных медицинских легальных аборт (например, в г. Москве) доля самопроизвольных превысила 40% от числа всех прерываний беременности.

Наиболее важным критерием, характеризующим неблагополучие репродуктивной функции современных женщин, является наблюдающееся в течение последних двух лет увеличение распространенности спонтанных аборт на 1000 женщин фертильного возраста (с 4,23 в 2005г. до 4,45 в 2007г., или на 5,2%).

Сумма всех вынужденных аборт (самопроизвольных, по медицинским и социальным показаниям) в 2007г. составила 13,6 на 100 родившихся, а доля их в структуре всех прерываний беременности увеличилась с 15,2 в 2006г. до 16,5%.

Это характеризует существенное снижение репродуктивного потенциала и определяет очевидный резерв повышения рождаемости в стране не за счет «запрещения» искусственных аборт, а за счет адекватных мер по снижению вынужденных, т.е. путем устранения нарушений здоровья женской популяции.

Соответственно отмеченному за последние два года увеличению числа спонтанных аборт при анализе исходов беременности у наблюдавшихся в женской консультации, также произошло увеличение числа аборт (на 9,8%) с 3,98 на 100 закончивших беременность в 2005г. до 4,37 в 2007г. (рис 2).

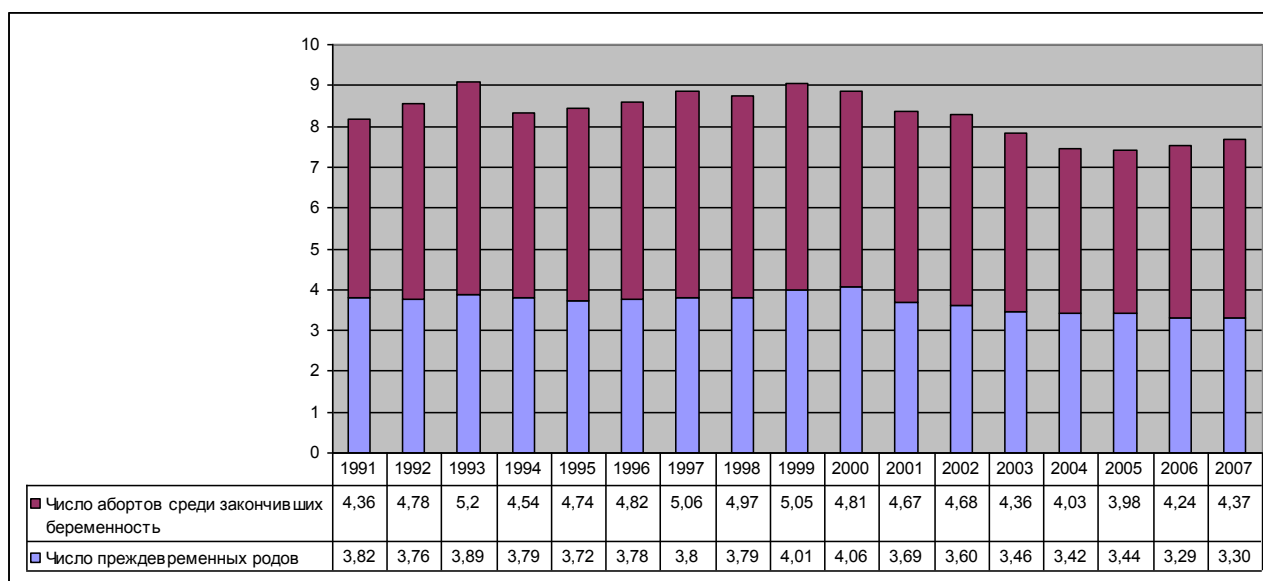


Рис.2. Динамика числа аборт и преждевременных родов на 100 закончивших беременность из числа находившихся под диспансерным наблюдением в 1991-2007гг.

При этом доля поздних аборт в сроке 22-27 недель уменьшилась с 19,9% в 2006г. до 17,7% от числа аборт у беременных, состоявших на учете.

Это согласуется с данными об улучшении качества амбулаторного наблюдения за беременными и, прежде всего, увеличении числа женщин, осмотренных терапевтом в сроке до 12 недель беременности (с 75,8 до 78,8%); это позволяет при необходимости прерывания беременности по медицинским показаниям произвести аборт своевременно - на ранних сроках.

Число родившихся «плодов» массой тела менее 1000г в акушерских стационарах страны в 2007г. - 14991 (3700 живыми и 11291 мертвыми), что составило 74,4% от числа аборт в сроке 22-27 недель (20144 аборта). В 2006г. число плодов, родившихся в акушерских стационарах, составляло 69,5% (14247 из 20499). Таким образом, сохраняется позитивная тенденция прерываний беременности в позднем сроке.

Число преждевременных родов среди наблюдавшихся по поводу беременности не изменилось (3,29 в 2006г. и 3,30 в 2007г. на 100 женщин закончивших беременность). Соответственно число детей родившихся недоношенными в 2006-2007гг. также осталось стабильным - 5,35 на 100 родившихся живыми.

1.3. Особенности гестационного процесса

Анализ данных о *состоянии здоровья беременных* женщин выявил, что в 2007г. в сравнении с 2006г. произошло снижение заболеваемости беременных по всем регистрируемым нозологическим формам, кроме сахарного диабета, частота которого увеличилась на 17,4% (табл.2).

Необходимо особенно отметить уменьшение в 2007г. частоты анемии беременных (с 41,6 на 100 закончивших беременность в 2006г. до 39,0, или на 6,2%), что является признаком некоторого повышения социального благополучия в популяции, поскольку анемия рассматривается экспертами ВОЗ как индикатор социального состояния населения (анемия - «болезнь бедных»).

В 2007г. уменьшилась и частота анемии *рожениц и родильниц* (на 5,9% в сравнении с 2006г.), а также гестоза (на 3,3%), болезней щитовидной железы (на 9,8%), мочеполовой системы (на 2,4%); наметилась тенденция к снижению болезней системы кровообращения (табл.2). Впрочем, отмечая благоприятные тенденции снижения экстрагенитальной заболеваемости, как у беременных, так и рожениц и родильниц, следует подчеркнуть, что частота почти всех нозологических форм в 2007г. остается значительно выше дореформенного уровня 1991г.

Вызывает тревогу продолжающийся рост частоты сахарного диабета (на 70% за последние пять лет), что может быть связано с увеличением возраста рожавших женщин. В отношении репродуктивного здоровья беременных говорить о положительной динамике также не приходится, поскольку частота вынужденных аборт у наблюдавшихся в женской консультации женщин и самопроизвольных аборт имеет неблагоприятную динамику (табл.1).

Таблица 1

Динамика аборт в России в 1991-2007 гг.

	1991	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Число аборт										
на 1000 женщин фертильного возраста	100,3	67,6	49,5	46,7	44,6	41,9	40,1	37,5	35,6	33,3
на 100 родившихся живыми и мертвыми	199,3	187,4	156,2	142,2	128,3	115,9	109,0	104,6	96,0	81,9
медицинских легальных аборт										
Удельный вес (%)	62,6	60,5	57,2	57,3	56,8	80,5	81,1	80,7	79,9	78,5
на 1000 женщин фертильного возраста	62,8	40,9	28,3	26,7	25,4	33,7	32,5	30,2	28,5	26,1
на 100 родившихся живыми и мертвыми	127,8	115,0	89,3	81,4	72,9	93,2	88,4	84,4	76,7	64,3
криминальных аборт										
Удельный вес(%)	0,378	0,204	0,135	0,131	0,103	0,143	0,092	0,099	0,087	0,104
на 1000 женщин фертильного возраста	0,379	0,138	0,067	0,061	0,046	0,060	0,037	0,037	0,031	0,035
неуточненных аборт										
Удельный вес(%)	3,20	3,73	4,28	4,43	4,46	4,76	4,77	4,88	4,77	4,90
на 1000 женщин фертильного возраста	3,21	2,52	2,12	2,07	1,99	2,00	1,92	1,83	1,70	1,63
самопроизвольных аборт										
Удельный вес(%)	6,43	7,23	8,87	9,01	9,78	10,17	10,69	11,28	11,94	13,35
на 1000 женщин фертильного возраста	6,45	4,89	4,39	4,21	4,36	4,26	4,29	4,23	4,26	4,45
на 100 родившихся живыми и мертвыми	13,1	13,8	13,8	12,8	12,6	11,8	11,7	11,8	11,5	10,9
аборт по медицинским показаниям										
Удельный вес(%)	1,56	1,74	2,15	2,21	2,31	2,62	2,99	2,87	3,13	3,08
на 1000 женщин фертильного возраста	1,57	1,18	1,07	1,03	1,03	1,10	1,20	1,07	1,12	1,03
на 100 родившихся живыми и мертвыми	3,19	3,32	3,36	3,15	2,97	3,03	3,26	3,00	3,01	2,53
аборт по социальным показаниям										
Удельный вес(%)	0,80	1,22	2,23	2,24	2,25	1,83	0,36	0,18	0,14	0,10
на 1000 женщин фертильного возраста	¹⁾	0,83	1,10	1,05	1,00	0,77	0,15	0,07	0,05	0,03
на 100 родившихся живыми и мертвыми.	¹⁾	2,33	3,48	3,19	2,89	2,12	0,39	0,19	0,13	0,08

¹⁾ – нет данных

Таблица 2

Динамика здоровья беременных, рожениц и осложнений родов

	1991	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Заболеваемость беременных (на 100 закончивших беременность)										
Всего заболело беременных	¹⁾	¹⁾	79,1	77,8	77,2	77,7	77,8	77,6	79,6	74,7
Анемия беременных	16,6	34,4	43,9	42,7	42,8	41,8	41,7	41,5	41,6	39,0
Отеки, протеинурия, гипертензия	11,1	14,9	21,4	21,2	21,6	21,6	21,5	21,6	20,8	19,3
в т.ч. преэклампсия, эклампсия	0,2	0,3	2,3	2,1	2,0	2,7	2,1	2,4	2,0	1,9
Болезни щитовидной железы	1,0	3,1	8,4	9,0	9,1	8,7	8,4	8,3	8,0	7,3
Болезни системы кровообращения	5,5	7,7	10,2	9,8	10,2	14,0	10,4	10,6	10,9	10,3
Болезни мочеполовой системы	8,0	12,9	18,6	18,6	19,4	19,9	20,3	21,2	21,3	20,4
Дородовое кровотечение	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Венозные осложнения	1,8	2,3	3,4	3,2	3,5	3,6	3,7	3,9	4,1	4,1
Сахарный диабет	0,11	0,11	0,12	0,14	0,12	0,16	0,15	0,16	0,18	0,21
Невынашивание и недонашивание беременности (на 100 закончивших беременность)										
Число преждевременных родов среди закончивших беременность	3,82	3,72	4,06	3,69	3,60	3,46	3,42	3,44	3,29	3,30
Число абортс среди закончивших беременность	4,36	4,74	4,81	4,67	4,68	4,36	4,03	3,98	4,24	4,37
Заболевания, осложнившие роды (на 1000 родов)										
Всего заболело женщин (на 100)	¹⁾	¹⁾	71,6	69,1	68,1	69,5	69,2	66,7	64,8	62,7
Отеки, протеинурия, гипертензия	95,6	228,8	215,3	222,9	227,2	228,4	225,1	223,5	214,7	207,6
в т.ч. преэклампсия, эклампсия	3,4	6,2	34,4	37,2	37,2	41,4	36,7	38,1	33,9	33,1
Сахарный диабет	1,28	0,99	1,26	1,44	1,28	1,36	1,62	1,65	1,96	2,17
Болезни мочеполовой системы	49,4	87,0	93,6	93,7	92,4	93,0	93,6	89,5	88,8	86,7
Болезни системы кровообращения	34,4	53,2	68,5	66,0	67,5	69,4	68,3	68,4	68,7	68,1
Болезни щитовидной железы	5,4	19,3	51,6	53,5	53,4	52,4	48,8	47,3	43,9	39,6
Осложнения родов и послеродового периода (на 1000 родов)										
Кровотечение в связи с предлежанием плаценты	¹⁾	¹⁾	1,98	1,96	1,86	1,79	2,00	1,83	1,68	1,95
Кровотечение в связи с нарушением свертываемости крови	0,83	0,61	0,55	0,65	0,67	0,59	0,71	0,69	0,55	0,65
Кровотечение в связи с преждевременной отслойкой плаценты	¹⁾	¹⁾	8,89	9,19	9,43	8,87	8,94	9,15	9,03	9,06
Кровотечение в связи с отслойкой и предлежанием плаценты	9,1	10,3	10,9	11,2	11,3	10,7	10,9	11,0	10,7	11,0
Нарушение родовой деятельности	96,5	124,7	132,6	130,1	128,9	124,0	122,3	122,2	121,9	113,4
Затрудненные роды	21,6	98,3	98,1	91,7	95,8	87,8	90,0	88,4	91,8	88,0
Разрыв промежности 3-4ст	0,753	0,427	0,293	0,368	0,298	0,290	0,327	0,341	0,309	0,228
Разрыв матки	0,202	0,190	0,160	0,152	0,128	0,159	0,141	0,142	0,152	0,148
Разрыв матки в стационаре	0,169	0,141	0,118	0,107	0,090	0,120	0,109	0,106	0,120	0,115
Кровотечение в послеродовом и послеродовом периоде	23,3	27,6	24,3	20,1	18,8	17,8	16,3	15,7	15,9	15,3
Родовой сепсис, разлитая послеродовая инфекция	1,03	1,79	1,77	1,42	1,84	1,29	1,06	1,31	1,30	0,73
Перитонит на 1000 операций кесарева сечения	4,66	2,06	1,14	0,68	0,62	0,59	0,59	0,50	0,38	0,39
Анемия	90,2	209,5	265,8	272,7	267,1	263,9	257,9	259,5	260,0	244,7

¹⁾ – нет данных

Таблица 3

Здоровье новорожденных с массой тела 1000г и более и перинатальные потери в акушерском стационаре

	1991	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Число родившихся недоношенными (на 100 родившихся живыми массой тела 1000г и более)										
Частота недоношенности	5,55	6,08	5,94	5,82	5,76	5,64	5,59	5,41	5,35	5,35
Число родившихся массой тела менее 2500г (на 100 родившихся живыми массой тела 1000г и более)										
Частота рождения детей с массой от 1000-2499г	5,52	5,94	6,13	6,12	5,99	5,92	5,88	5,75	5,66	5,75
Заболееваемость новорожденных (на 1000 родившихся массой тела 1000г и более)										
Заболело детей всего	173,7	285,2	380,0	393,4	399,4	400,4	401,4	406,8	397,8	388,5
Заболело доношенных	147,5	253,5	345,1	357,1	364,0	365,6	366,4	373,6	364,3	354,7
Заболело недоношенных	619,4	774,9	932,5	981,6	978,1	983,4	993,7	986,4	991,5	986,7
Замедление роста и недостаточность питания	23,6	52,2	81,4	85,9	88,9	92,7	92,9	94,8	92,4	89,1
Родовая травма	23,8	32,5	41,1	42,6	41,9	40,7	40,1	40,4	39,0	35,2
в т.ч. внутричерепная	9,3	9,6	2,2	1,8	1,7	1,2	1,1	1,1	1,0	0,9
"Другая" родовая травма	14,4	22,9	38,9	40,8	40,2	39,5	38,9	39,3	37,9	34,3
Внутриутробная гипоксия и асфиксия при рождении	61,9	127,3	176,3	169,2	170,9	169,2	163,3	158,7	152,2	144,7
Респираторные нарушения	¹⁾	¹⁾	33,1	34,6	36,3	36,2	36,7	37,5	39,4	38,9
в т.ч. респираторный дистресс-синдром	14,4	19,8	18,1	17,8	18,7	19,1	18,6	18,9	19,5	19,5
врожденная пневмония	2,1	4,2	5,8	6,8	7,6	7,3	7,9	7,8	8,1	8,4
аспирационный синдром	¹⁾	¹⁾	4,1	4,4	4,7	4,6	4,7	4,9	5,2	5,3
аспирационная пневмония	¹⁾	¹⁾	0,9	1,0	1,1	0,9	1,0	1,0	1,2	1,1
Инфекции, специфичные перинатальные	6,9	16,4	24,6	24,3	24,0	23,9	23,5	22,8	21,7	18,8
Гемолитическая болезнь	6,1	7,5	8,9	8,4	8,7	8,4	8,7	8,6	8,6	8,3
Желтуха неонатальная	¹⁾	¹⁾	55,5	61,6	69,0	72,8	75,3	81,1	78,5	80,3
Врожденные аномалии	18,8	25,7	29,4	30,3	29,7	29,9	32,5	33,1	30,9	30,0
Прочие	19,4	23,0	14,8	15,3	16,8	15,0	18,3	16,5	16,8	19,5
Показатели смертности новорожденных и перинатальные потери (на 1000 родившихся массой тела 1000г и более)										
Умерло в акушерском стационаре на 1000 родившихся живыми	8,00	7,66	5,69	5,42	4,96	4,56	4,08	3,84	3,60	3,29
Умерло в акушерском стационаре в возрасте 0-6 дней на 1000 родившихся живыми	7,69	7,16	5,24	5,01	4,52	4,18	3,76	3,53	3,33	3,02
Мертворождаемость на 1000 родившихся живыми и мертвыми	8,80	7,56	6,76	6,72	6,48	6,17	5,92	5,81	5,66	5,50
Перинатальная смертность в акушерском стационаре на 1000 родившихся живыми и мертвыми	16,43	14,67	11,97	11,70	10,97	10,33	9,66	9,32	8,97	8,51
Перинатальная смертность доношенных в акушерском стационаре на 1000 родившихся живыми и мертвыми (доношенных)	4,16	6,29	5,43	5,44	5,09	5,01	4,79	4,80	4,73	4,48

¹⁾ – нет данных

1.4. Характеристика родов и родовспоможения

Число нормальных родов в 2007г. увеличилось (с 34,9 в 2006г. до 36,5%). Максимальное значение показателя (42,3%) зарегистрировано в Дальневосточном, а минимальное – в Уральском (32,9%) федеральном округе, что не согласуется с соотношением репродуктивных потерь и, следовательно, характеризует субъективный подход к оценке критериев нормальных родов.

При анализе *осложнений в родах* в 2007г. отмечается снижение частоты аномалий родовой деятельности (на 7% в сравнении с 2006г.), разрыва матки (на 2,7%) и разрыва промежности (на 26,2%), а также затрудненных родов (на 4,2%).

Наблюдаемое в 2007г. резкое снижение частоты септических осложнений в родах и послеродовом периоде в сравнении с 2006г. (с 1,29 до 0,73 на 1000 родов, или на 43,9%), произошло при некотором увеличении перитонита после кесарева сечения (на 2,8%).

Столь выраженное снижение гнойно-септических осложнений после родов, непосредственно после того, как данный показатель был утвержден Приказом МЗСР РФ №50 от 19.01.2007г. в качестве критерия качества стационарной акушерской помощи (при отсутствии тенденции к снижению сепсиса в течение предшествующих 4-х лет), вызывает вполне обоснованные сомнения в истинности представленных данных и требует тщательного анализа.

В структуре всех кровотечений их доля в последовом и послеродовом периоде прогрессивно снижается (до 56,7% в 2007г.) при одновременном увеличении их частоты и удельного веса, обусловленных отслойкой и предлежанием плаценты.

В некоторых регионах в отчетном году число кровотечений превысило их число в последовом и послеродовом периоде, что может быть обусловлено чрезмерным применением стимуляции родов, на что указывает В.Е. Радзинский при анализе различных проявлений «акушерской агрессии»².

1.5. Акушерские операции и их исходы

В 2007г. в стране продолжился рост числа *кесаревых сечений* на (4,8%), частота которых достигла 191,9 на 1000 родов. Увеличение частоты применения вакуум-экстракции плода (в 1,5 раза – с 0,83 до 1,27 на 1000 родов) произошло при одновременном уменьшении частоты наложения акушерских щипцов (на 15,0%).

Уменьшение числа экстирпаций матки в родах и после них с 1,36 на 1000 родов в 2006г. до 1,24 в 2007г. (или на 9,0%), к сожалению, сопровождалось ростом летальности при данной операции – с 2,17% до 2,36% (на 8,51%).

² Радзинский В.Е. Акушерская агрессия как причина снижения качества родовспоможения // Мат.У1 Росс. форума Мать и дитя. - М., 2004. – С.183-184.

На рис.3 представлена динамика управляемых осложнений в родах и послеродовом периоде, характеризующих качество акушерской помощи (аномалий родовой деятельности, кровотечений и сепсиса), а также перинатальных потерь доношенных плодов и детей, являющихся в подавляющем большинстве предотвратимыми³.

Учитывая неравнозначность указанных показателей, для суммарной оценки качества акушерской помощи использована производная величина – отношение показателя к исходному (дореформенному) уровню 1991г, принятому за единицу. При суммировании данных коэффициентов по методике обобщенной оценки показателей получен условный единый показатель, позволяющий количественно оценить уровень основных дефектов родовспоможения в динамике за анализируемый период.

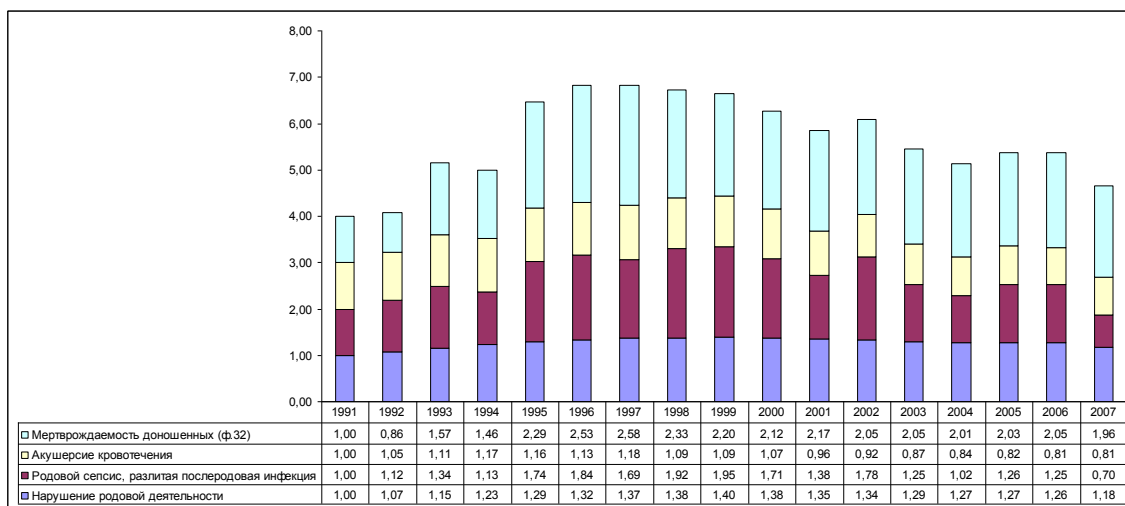


Рис. 3. Динамика мертворождаемости доношенных, частоты акушерских кровотечений, родовой сепсиса и нарушений родовой деятельности. Россия 1991-2007гг.

Следует отметить, что в учитываемые индикаторы не включена частота экстирпации матки, безусловно являющаяся объективным критерием качества родовспоможения, поскольку включена в отчет лишь с 1999г.; частота эклампсии и преэклампсии, также бесспорно характеризующую уровень оказываемой медицинской помощи. Эти показатели нецелесообразно включать в сравнительный анализ из-за малой информативности вследствие разных диагностических критериев оценки этой патологии в современном акушерстве, что подтверждается чрезмерно высоким региональным разбросом показателя.⁴

Как видно на рисунке 3, наименее благоприятная ситуация с качеством родовспоможения и соответственно наибольший уровень предотвратимых

³ Суханова Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России: Диссер.....докт. мед. наук. – М., 2006. – 335 с.

⁴ Суханова Л.П., Огрызко Е.В., Соколовская Т.А., Кравченко Н.Ф. Статистические репродуктивные показатели в оценке качества акушерской помощи в России //Проблемы беременности. 2007. - №13. – С.13-18.

осложнений отмечались в России в конце 90-х годов, что согласуется с динамикой социально-экономической ситуации в стране.

Примененный способ анализа в показателях наглядности в сравнительном аспекте по федеральным округам (рис.4), выявляя преобладающее патологическое состояние, дает возможность оценить эффективность применяемых лечебно-диагностических и организационных технологий в родовспоможении и выявить резервы улучшения акушерской помощи в регионе.

В 2007г. септические осложнения преобладали в Уральском и Сибирском ФО, разрывы матки - в Северо-Западном и Центральном, кровотечения – в Дальневосточном и Южном.

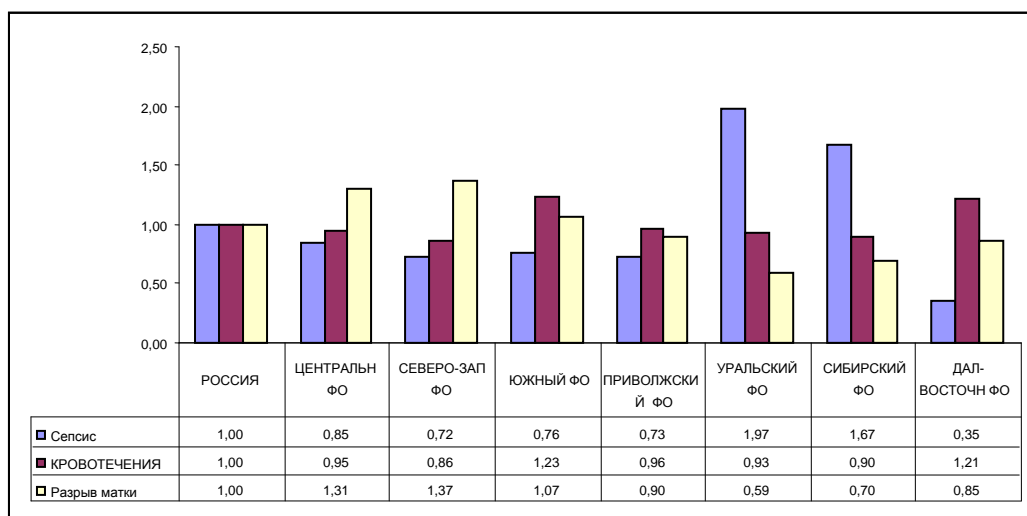


Рис. 4. Сопоставление условных показателей частоты разрыва матки, кровотечений и сепсиса в федеральных округах России в 2007гг. (в показателях наглядности).

1.6. Состояние здоровья родившегося потомства

В 2007г. в родовспомогательных стационарах России системы Минздравсоцразвития *родилось живыми* 1581023 ребенка массой тела 1000г и более, что на 8,45% превысило число родившихся в 2006г. (при том, что в 2006г. число родившихся увеличилось по сравнению с предыдущим годом лишь на 2,97%).

Наибольший прирост числа родившихся детей в 2007г. отмечен в Южном ФО (на 10,3% в сравнении с 2006г.), Приволжском ФО (9,5%) и Сибирском (9,0%); наименьший - в Центральном и Северо-Западном ФО (на 6,8% за последний год).

Превышение числа «маловесных» над числом недоношенных является крайне неблагоприятным фактом и означает увеличение в 2007г. числа доношенных детей, родившихся с синдромом задержки внутриутробного развития. Масса тела ребенка при рождении (основной показатель физического развития плода) является одним из наиболее важных параметров его здоровья, зависящих от условий внутриутробного развития и

отражающих состояние репродуктивного здоровья женщины, течение беременности, качество жизни женщины^{5,6}.

Структура родившихся в популяции детей по массе тела свидетельствует об уровне социального благополучия населения (согласно оценке экспертов ВОЗ). И отмеченное увеличение числа «маловесных» в 2007г. - при устойчивом снижении их числа в течение семи предшествующих лет до 2006г. включительно - при тенденции к улучшению показателей соматического здоровья беременных в популяции в 2007г. и отсутствии роста недонашиваемости – можно расценить как результат воздействия какой-либо внешней причины.

Логично предположить, что резкий рост числа «маловесных» детей в структуре родившихся связан с введением в 2007г. «материнского капитала», поскольку других сколько-нибудь значимых изменений, способных объяснить трансформацию весовой структуры родившихся в популяции детей, в стране не произошло. Введение в 2006г. родового сертификата способствовало лишь улучшению финансирования лечебно-профилактических учреждений родовспоможения, но не обеспечению денежными средствами непосредственно рожаящих женщин, и не отразилось на динамике показателей здоровья рождающегося потомства.

По-видимому, сверхвысокий прирост рождаемости в 2007г. произошел за счет увеличения деторождения в «качественно новых» социальных группах, ранее не участвовавших столь интенсивно в процессе деторождения, прежде всего среди населения низкого материального достатка и социального уровня.

Правомерность такого вывода подтверждается аналогией сегодняшнего феномена роста «маловесных» с наблюдавшимся аналогичным процессом в годы кризиса 90-х годов, особенно в 1993 и 1999гг.⁷. Это диктует необходимость тщательного изучения социальной структуры, паритета родов и состояния здоровья рожаящих женщин, за счет которых произошел прирост рождаемости, с обязательным расширением комплекса мер по антенатальной охране плода.

Наиболее выраженный рост числа маловесных детей в 2007г. произошел в Дальневосточном ФО (на 4,4% в сравнении с уровнем 2006г.), Центральном (на 3,6%) и Южном (на 3,1%), где сконцентрированы наиболее бедные регионы с сохраняющейся высокой долей населения с доходом ниже прожиточного минимума. Характерно, что в благополучном в социальном отношении Приволжском ФО наблюдался обратный эффект – продолжилась тенденция снижения числа маловесных детей (на 1,6% в сравнении с 2006г.).

Число *родившихся больными и заболевших новорожденных* в России в 2007г. (табл.3) уменьшилось на 2,3% (с 397,8 на 1000 родившихся в 2006г.

⁵ Гармашева Н.Л., Константинова Н.Н. Введение в перинатальную медицину. М., Медицина. – 1978. – 294с.

⁶ Здоровье детей России. Союз педиатров России. Под ред. Баранова А.А. М., 1999. – 273с.

⁷ Суханова Л.П. Оптимизация перинатальной помощи как важнейший фактор сохранения здоровья населения России: Диссер.....докт.мед.наук. – М., 2006. – 335 с.

до 388,5) за счет снижения частоты гипоксических состояний (на 4,9%), инфекций (на 13,2%), в том числе сепсиса (на 11,7%). Частота случаев родовой травмы новорожденных снизилась на 9,7% (с 39,0 до 35,2‰), в наибольшей степени за счет разрыва внутричерепных тканей и кровоизлияний - внутричерепной родовой травмы (на 12,2% - с 1,02 до 0,9‰). Однако, отмеченное при этом увеличение смертности от внутричерепной родовой травмы в акушерском стационаре, особенно среди недоношенных, а также рост летальности (на 17,0%) от данной патологии (в том числе у недоношенных на 24%), не дают оснований для позитивной оценки процесса.

В соответствии с указанным выше Приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2007г. №50 родовая травма новорожденного считается критерием качества стационарной акушерской помощи (наравне с гнойно-септическими осложнениями у родильниц).

В 2007г. у новорожденных отмечено увеличение частоты гематологических нарушений (с 12,07 до 12,43), а также желтухи (с 78,5 до 80,3) – табл.3.

Весьма неблагоприятным является увеличение в 2007г. частоты врожденной пневмонии (с 8,08 до 8,42 на 1000 родившихся), а также неонатальных аспирационных синдромов (с 5,17 до 5,30), характеризующих интранатальную гипоксию плода при осложненных родах и являющихся предотвратимой патологией⁸.

1.7. Динамика перинатальной смертности в России

Перинатальная смертность (ПС) в акушерских стационарах России снизилась с 9,0 на 1000 родившихся живыми и мертвыми в 2006г. до 8,5 в 2007г. (на 5,1%), в основном за счет ранней неонатальной смертности (на 9,2% - с 3,3 до 3,0 на 1000 живорожденных) при уменьшении мертворождаемости лишь на 2,8% (с 5,7 до 5,5 на 1000 родившихся живыми и мертвыми). Соответственно доля мертворождаемости в перинатальных потерях продолжала увеличиваться - с 63,1 в 2006г. до 64,7% в 2007г. (8743 мертворожденных из 13522 погибших в перинатальном периоде).

При этом важно отметить два момента.

Во-первых, в структуре перинатальных потерь в 2007г. по-прежнему половину составляют доношенные дети – 49,7% (при 49,8 в 2006г.): в мертворождаемости – 50,6% (в 2006г.- 51,3%), среди умерших на первой неделе – 48,1% (в 2006г. – 47,4%).

Во-вторых, на фоне продолжающегося роста удельного веса мертворождаемости в ПС, опережающими темпами растет доля антенатальной мертворождаемости, увеличившаяся с 2006г. по 2007г. с 81,1% до 82,1% от числа всех мертворожденных, т.е. с 51,2 до 53,1% в структуре всех перинатальных потерь.

⁸ Абрамченко В.В. Беременность и роды высокого риска. – М.: Медицинское информационное агентство, 2004. – 400с.

При этом снижение уровня антенатальной мертворождаемости происходит медленнее, чем всех других компонентов ПС. За 2006-2007гг. показатель уменьшился лишь на 1,7% (с 4,59 на 1000 родившихся живыми и мертвыми до 4,51), в то время как ПС снизилась на 5,2%, а неонатальная смертность - на 9,2%.

В то же время антенатальная гибель плода, как известно, чрезвычайно опасна в плане развития тяжелых акушерских осложнений, и, прежде всего коагулопатических кровотечений с синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания⁹.

Таким образом, проблема снижения репродуктивных потерь и профилактики критических акушерских состояний сегодня – это, прежде всего снижение антенатальной мертворождаемости, превысившей половину всех перинатальных потерь. В то же время важно отметить, что в подавляющем числе случаев гибель плода до начала родовой деятельности происходит в условиях акушерского стационара.

В разрезе федеральных округов РФ наибольшее снижение уровня ПС и ее компонент в акушерских стационарах в 2007г. произошло в Приволжском и Уральском ФО (на 8,7 и 8,9% соответственно за последний год), наименьшее – в Дальневосточном и Центральном ФО (на 1,7 и 2,9%).

Ранняя неонатальная смертность максимально снизилась в Приволжском ФО (на 17,5%), а в Южном даже увеличилась – с 4,8 до 4,9‰.

Мертворождаемость увеличилась в Центральном (с 5,5 до 5,6‰) и в Сибирском (с 5,3 до 5,4‰), а снизилась в наибольшей степени в Южном ФО (с 5,9 до 5,4‰) при изменении структуры перинатальных потерь по компонентам – увеличении смертности детей первой недели жизни при снижении мертворождаемости. Максимальный уровень антенатальной мертворождаемости наблюдается в 2007г. в Северо-Западном ФО – 4,8‰ (при 4,5 в России).

По данным Росстата, максимальный уровень ПС стабильно сохраняется в Дальневосточном ФО, на втором месте в течение последних четырех лет - Южный ФО (табл. 4).

В структуре причин ПС в России, по данным Росстата, первые три места стабильно принадлежат внутриутробной гипоксии, респираторным нарушениям и врожденным аномалиям. Однако важно отметить, что перинатальные инфекции, занимавшие до 2004г. четвертое место в структуре причин ПС, в течение трех последних лет уступили место преходящим эндокринным нарушениям и нарушениям обмена веществ, составившим в 2007г. 54,1 на 100000 родившихся (или 6,0%) при частоте инфекции как причины ПС 42,4 (4,7%). В структуре причин ранней неонатальной смертности эндокринные и метаболические нарушения вышли на третье место (после респираторных расстройств и врожденных аномалий), превысив частоту внутриутробной гипоксии и асфиксии при рождении. Возможно, такая трансформация причин перинатальной и ранней неонатальной

⁹ Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. – М.: Медиздат, 2003. – 702с.

смертности связана с изменением структуры патологии беременных - ростом частоты сахарного диабета у женщин.

Таблица 4.

**ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ РОССИИ
в 2001-2007гг (данные Росстата)**

Федеральные округа	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ (умершие в возрасте 0-6 дней и мертворожденные на 1000 родившихся живыми и мертвыми)							
Российская Федерация	12,8	12,1	11,3	10,6	10,2	9,6	9,1
Центральный	12,8	12,3	11,4	10,8	10,3	9,3	8,8
Северо-Западный	11,9	10,9	10,4	10,0	9,5	8,9	8,4
Южный	13,8	12,7	11,6	10,9	10,9	10,7	10,4
Приволжский	12,5	11,9	11,3	10,6	10,4	9,5	8,8
Уральский	10,8	10,3	9,5	9,0	8,4	8,3	7,5
Сибирский	13,1	12,7	11,7	10,7	9,9	9,4	9,0
Дальневосточный	15,1	13,4	13,1	12,2	11,7	11,3	10,8
МЕРТВороЖДАЕМОСТЬ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ (мертворожденные на 1000 родившихся живыми и мертвыми)							
Российская Федерация	6,6	6,4	6,1	5,8	5,7	5,3	5,3
Центральный	7,0	7,1	6,5	6,4	6,1	5,7	5,6
Северо-Западный	6,9	6,7	6,4	6,3	5,8	6,1	5,8
Южный	6,3	5,7	5,8	4,9	5,0	4,4	4,8
Приволжский	6,5	6,4	6,1	5,9	6,0	5,5	5,4
Уральский	5,8	5,7	5,5	5,2	5,0	5,2	4,9
Сибирский	6,5	6,4	6,1	5,6	5,5	5,2	5,2
Дальневосточный	7,6	6,6	6,3	6,1	6,5	6,1	6,0
РАННЯЯ НЕОНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ (умершие в возрасте 0-6 дней на 1000 родившихся живыми)							
Российская Федерация	6,2	5,7	5,2	4,9	4,5	4,2	3,8
Центральный	5,8	5,3	4,9	4,4	4,2	3,7	3,2
Северо-Западный	5,0	4,3	4,1	3,7	3,7	2,8	2,6
Южный	7,5	7,0	5,8	6,0	5,9	6,3	5,7
Приволжский	6,1	5,6	5,2	4,7	4,4	4,0	3,4
Уральский	5,0	4,6	4,0	3,9	3,4	3,1	2,6
Сибирский	6,5	6,3	4,3	5,2	4,5	4,2	3,7
Дальневосточный	7,6	6,9	6,8	6,1	5,3	5,2	4,9

1.8. Статистика материнской смертности в России

Материнская смертность (МС) является одним из основных критериев социально-экономического благополучия общества, отражая доступность, своевременность и качество медицинской помощи при беременности и в родах. Анализ уровня и структуры МС необходим для определения стратегии службы родовспоможения и выявления резервов ее улучшения. Известно, что до 83,3-86,3% случаев материнской смерти в России являются предотвратимыми или условно предотвратимыми^{10,11}. При

¹⁰ Шарапова Е.И. Материнская смертность в Российской Федерации и перспективы ее снижения. Автореф. дисс...канд. мед.наук. – М., 1992. – 23с.

¹¹ Манухин И.Б., Рыжков В.В., Федосова Г.Н. Профилактика репродуктивных потерь. – Ставрополь, 1999. – 240с.

этом около 13,3% летальных исходов в родах и послеродовом периоде обусловлены ятрогенными причинами¹².

Таблица 5.

**Динамика частоты и структуры материнской смертности в России
(данные Росстата)**

	1991	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Материнская смертность (на 100 000 родившихся живыми)										
Материнская смертность	52,4	53,3	39,7	36,5	33,6	31,9	23,4	25,4	23,8	22,1
Материнская смертность в сроке гестации менее 28 недель	17,3	16,3	12,2	9,5	8,7	7,0	5,4	5,7	5,1	3,3
Материнская смертность в сроке гестации 28 недель и более	35,1	37,0	27,5	27,0	24,9	24,9	18,0	19,7	18,7	18,8
Причины материнской смертности (на 100000 родившихся живыми)										
Внематочная беременность	4,35	3,89	2,6	1,83	2,43	1,7	1,2	1,4	1,9	0,7
Искусственный медицинский аборт	1,11	1,54	3,0	1,3	1,36	0,7	1,1	1,1	0,5	0,4
Аборт вне ЛПУ	11,9	10,8	6,6	6,4	4,9	4,6	3,1	3,2	2,7	2,2
Кровотечения	7,08	6,67	6,63	6,02	5,3	7,4	4,2	4,4	4,0	3,4
Токсикоз беременности	7,75	5,28	5,68	6,48	5,22	4,1	3,5	3,2	2,8	3,6
Сепсис	1,56	2,42	1,42	1,37	1,43	1,2	0,9	1,0	1,0	1,5
Непрямые причины акушерской смерти	¹⁾	¹⁾	4,19	4,57	4,24	3,58	2,62	3,9	3,4	3,2
Другие осложнения беременности и родов	18,7	22,7	6,4	5,0	5,5	5,3	3,5	3,9	4,3	4,3
Осложнения анестезии	¹⁾	¹⁾	0,87	0,84	0,36	1,17	0,8	0,6	0,8	0,9
Акушерская эмболия	¹⁾	¹⁾	2,29	2,74	2,87	2,14	2,26	2,4	2,2	1,9
Структура материнской смертности по сроку гестации (% к числу умерших)										
Доля умерших в сроке гестации менее 28 недель	33,0	30,5	30,8	26,1	25,8	21,8	23,0	22,4	21,6	14,9
Доля умерших в сроке гестации 28 недель и более	67,0	69,5	69,2	73,9	74,2	78,2	77,0	77,6	78,4	85,1

¹⁾ – нет данных

Следовательно, уровень МС отражает в большей степени качество медицинской помощи и уровень организации службы, чем состояние здоровья и тяжесть патологии женщины.

Показатель МС в России в течение последних лет менялся волнообразно с общей тенденцией к снижению, которое происходит в большей степени за счет умерших в сроке беременности менее 28 недель, прежде всего за счет уменьшения числа умерших от внебольничного аборта. В результате этого доля «акушерской» смерти (при сроке беременности 28 и более недель) устойчиво возрастает – до 85,1% в 2007г. (табл.5).

Положительная динамика МС от абортот, безусловно, позитивный факт, связанный, в основном, со снижением в стране общего числа абортот и

¹² Серов В.Н., Фролова О.Г., Токова З.З. Основные причины материнской смертности в динамике //Пробл.беремен. – 2001. - №3. – С15-19.

является убедительным свидетельством повышения доступности и качества выполнения операции прерывания беременности. Однако чрезвычайно тревожным являются низкие темпы снижения МС от акушерских причин.

Среди прямых причин акушерской смерти в течение всех лет основными являются кровотечения, токсикоз и родовой сепсис.

От этих трех причин умирает около половины беременных, рожениц и родильниц от числа умерших в сроке свыше 28 недель и треть от всех умерших при беременности. При этом важно отметить, что именно эти три патологических состояния являются наиболее управляемыми и зависят от качества оказываемой медицинской помощи в родах.

Разрыв матки (О71 по МКБ-Х), является важнейшей прямой причиной МС, от которой умирает больше женщин, чем от осложнений анестезии, а в некоторые годы больше, чем от сепсиса. При этом 3/4 всех разрывов матки происходят в условиях акушерского стационара

При развитии указанных критических ситуаций большое значение в предотвращении летального исхода имеет оптимальная организация и высокое качество экстренной медицинской помощи, в том числе специализированной.

Характерно, что тенденции изменения уровня МС от прямых акушерских причин совпадают с динамикой частоты данной патологии у рожениц и родильниц. Так, в 90-х годах, когда в России наблюдалось увеличение частоты акушерских кровотечений, отмечен наиболее выраженный рост числа умерших от этой патологии; по мере снижения частоты кровотечений у рожениц и родильниц снижается и МС от этой причины. Однако их частота как причины акушерской смерти снижается значительно медленнее, чем от других причин.

Непредотвратимыми причинами акушерской смерти принято считать экстрагенитальную патологию (16,8% от числа умерших в сроке 28 и более недель в 2007г.) и акушерскую эмболию (9,9%)¹³. Следовательно, гибель каждой четвертой женщины из числа всех умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода может быть признана непредотвратимой. Остальные случаи материнской смерти (около 75%) чаще всего могут быть предотвращены.

В 2007г., по данным Росстата, снижение показателя МС произошло только среди умерших в сроке беременности менее 28 недель (с 5,1 на 100000 живорожденных в 2006г. до 3,3), преимущественно за счет внебольничного аборта (с 2,7 до 2,2), а также внематочной беременности (с 1,9 до 0,7). Показатель акушерской смертности в сроке беременности 28 недель и более даже увеличился (с 18,7 в 2006г. до 18,8 на 100000 живорожденных). При этом доля «акушерской смерти» в структуре МС достигла максимальной величины за весь период наблюдения – 85,1% (303 женщины из 356 умерших).

¹³ Вопрос о непредотвратимости акушерской эмболии является спорным, поскольку основой для развития этой патологии может быть «акушерская агрессия», в том числе гиперстимуляция родовой деятельности.

Наиболее существенно в 2007г. увеличилась МС от позднего токсикоза (с 2,8 до 3,6 на 100000 живорожденных, или на 28,6%), сепсиса (с 1,0 до 1,5, или на 50%), а также осложнений анестезии (с 0,8 до 0,9, или на 12,5%).

Необходимо отметить, что увеличение числа умерших от сепсиса в 2007г. сопровождалось ростом летальности от этой патологии (от 0,74 в 2006г. до 2,10 на 100 заболевших), т.е. сейчас погибает каждая 50-я родильница с септическим осложнением. Этот факт косвенно подтверждает предположение о неточности представленных за 2007г. данных о резком снижении частоты гнойно-септических осложнений после родов (на 44% за один год), при том, что недорегистрация этой патологии является крайне опасной, поскольку отсутствие диагноза означает и отсутствие соответствующей терапии.

Характерно также увеличение в 2007г. летальности от позднего токсикоза - при той же тенденции снижения частоты этой патологии, как у беременных, так и у рожениц и родильниц. Вполне вероятно, что недорегистрация и этой патологии связана с введением Приказа Минздравсоцразвития РФ от 19.01.2007г. №50.

Определяя динамику и перспективы снижения материнской смертности, надо отметить в качестве основной задачи службы родовспоможения профилактику управляемых критических состояний в родах, являющихся потенциальным фактором риска материнской смертности. В основе проблемы снижения МС лежит повышение качества родовспоможения и, прежде всего, предупреждение развития таких управляемых осложнений, как кровотечение, септическое состояние, эклампсия, внутриутробная смерть плода, а также гиперстимуляция родовой деятельности - являющиеся основой для развития акушерской эмболии и ДВС-синдрома¹⁴.

Следует отметить, что процесс снижения МС в России сопровождается увеличением разницы показателя МС среди городского и сельского населения, т.е. снижение показателя происходит преимущественно за счет жительниц городской местности. Так, при разнице показателей МС на 20% в начале 90-х годов¹⁵, в 2003г., она составила 1,65 раз (в городе 27,0 на 100000 живорожденных при показателе в селе 44,5), в 2007г. увеличившись до 1,8 раз (31,9 на 100000 живорожденных в городе при 17,8 в сельской местности). Эта динамика весьма неблагоприятна.

Колебания показателей материнской смертности в отдельные годы тесно связаны со степенью недорегистрации числа умерших женщин в системе государственной статистики (Росстате), из-за неточностей, допускаемых при заполнении свидетельств о смерти в лечебно-профилактических учреждениях (рис.5).

¹⁴ Серов В.Н., Маркин Критические состояния в акушерстве. М.: Медиздат, 2003. – 702с.

¹⁵ Шарапова Е.И. Материнская смертность в Российской Федерации и перспективы ее снижения. Автореф. дисс...канд. мед.наук. – М., 1992. – 23с.

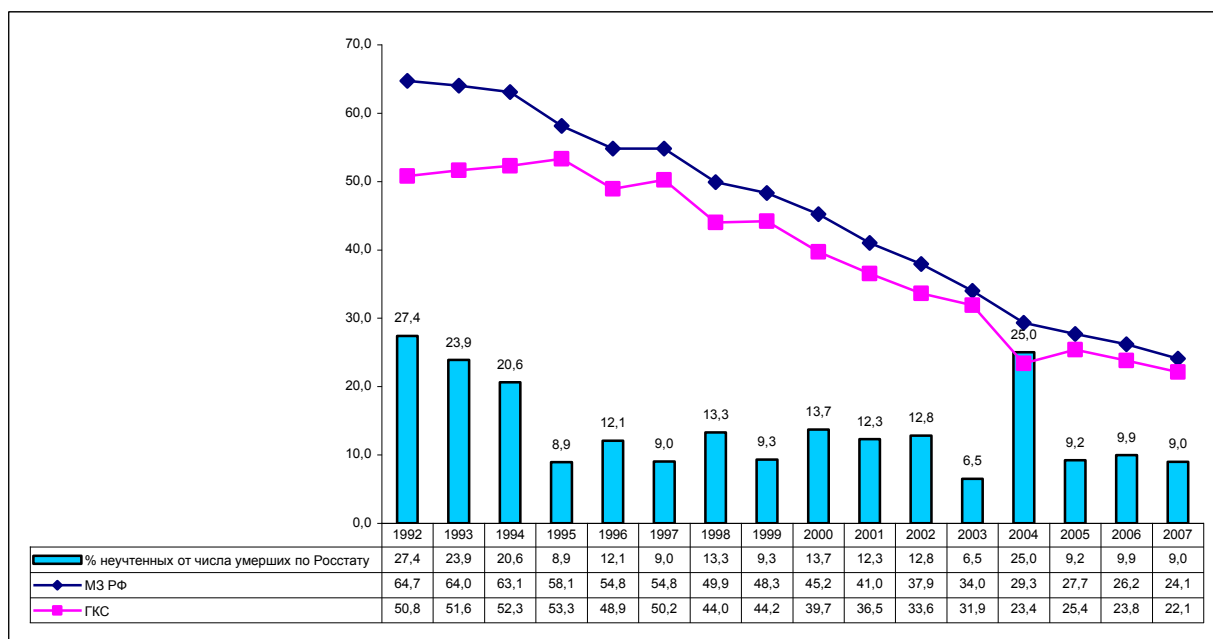


Рис. 5. Динамика материнской смертности (МС) в России в 1991-2007гг. по данным Минсоцразвития РФ и Росстата (на 100000 живорожденных)

Так, наиболее резкое снижение показателя МС в 2004г. по данным Росстата (с 31,9 на 100000 родившихся живыми в 2003г. до 23,4, или на 26,6%) было обусловлено максимальной недорегистрацией случаев смерти женщин (25% - 88 неучтенных смертей при 352 зарегистрированных в органах государственной статистики). Преимущественно недорегистрация случаев МС происходит при смерти женщин от осложнений аборта.

Наибольшее число случаев недоучета отмечается в Чеченской Республике – 19 случаев по данным Минсоцразвития при 2 зарегистрированных в Росстате в 2005г. (недоучет составил 17 случаев) и соответственно 11 фактических и 1 учтенный случай смерти в 2006г. (не зарегистрировано 10 женщин)¹⁶. При этом, около 60% всех случаев недоучета приходится на Южный ФО.

Таким образом, анализ уровня МС, ее причин, структуры и тенденций в динамике 1991-2007гг. выявил, что на фоне устойчивого снижения МС от аборта и внематочной беременности основные причины МС в современном родовспоможении - акушерские осложнения, которые в большинстве своем являются предотвратимыми патологическими состояниями, развивающиеся нередко в результате дефектов оказываемой медицинской помощи (кровотечения, гестоза, сепсиса, разрыва матки). Частота развития перечисленных акушерских осложнений, представляющих угрозу для жизни женщины и определяющих степень риска МС, характеризует качество медицинской помощи.

Существенное изменение структуры материнской смертности в сторону относительного увеличения доли акушерской смерти при значительном снижении показателя и удельного веса МС в абортивные сроки

¹⁶ Шарапова О.В., Баклаенко Н.Г., Королева Л.П. Материнская смертность в РФ в 2005г. (по данным Минздравсоцразвития России) //Здравоохранение. – 2007, №6. – С15-30.

является закономерным результатом тех усилий, которые были предприняты в последние годы в сфере здравоохранения для решения проблем планирования семьи.

Рост доли акушерской смерти в структуре МС (с 67% до 85% за 17 лет), как и диспропорциональное изменение структуры перинатальной смертности в сторону катастрофического увеличения доли доношенных детей в перинатальных потерях (с 23,7% в 1991г. до 49,7% в 2007г. - см. ниже), диктуют необходимость пересмотра внутренних приоритетов развития службы охраны здоровья материнства и детства и перераспределения внимания и ресурсов отрасли в сторону родовспоможения. Стратегическим направлением развития службы охраны материнства и детства в стране должно стать улучшение качества базовой акушерской помощи, в ЛПУ всех уровней. Первоочередное значение для решения этой задачи имеет проблема материально-технического и кадрового обеспечения акушерских стационаров.

Основной задачей службы родовспоможения по снижению МС следует считать предотвращение управляемых критических состояний, являющихся потенциальным фактором риска материнской смерти. Анализ частоты развития угрожающих жизни состояний при беременности, в родах и послеродовом периоде дает возможность объективно оценить эффективность деятельности службы родовспоможения и определить дифференцированные меры по снижению МС на территории.

С точки зрения статистики родовспоможения важно отметить необходимость повышения полноты представления статистических данных не только о случаях материнской смерти, но и о частоте осложнений (кровоотечений, эклампсии, сепсиса, перитонита после кесарева сечения, разрыва матки, вынужденных оперативных вмешательств, прежде всего гистерэктомии в родах, а также гибели плодов в антенатальном периоде).

1.9. Младенческая смертность в России

Младенческая смертность - один из основных демографических показателей здоровья популяции, определяющий репродуктивный и трудовой потенциал будущих поколений страны и являющийся в то же время важным индикатором социально-экономических условий жизни общества и качества медицинской помощи женщинам и детям.

Последние 17 лет показатель младенческой смертности в России имеет устойчивую тенденцию к снижению, что отражает, прежде всего, повышение уровня жизни населения и качества медицинской помощи женщинам и детям. В течение постсоветского периода младенческая смертность в России снизилась - с 17,8 в 1991г. до 9,4 на 1000 родившихся в 2007г. (при повышении показателя в годы кризиса в стране - в 1993г. на 10,5% и в 1999г. - на 2,4%). При этом именно снижение младенческой смертности в значительной степени обусловило уменьшение показателя детской смертности (табл.6).

Максимальные темпы снижения показателя младенческой смертности отмечены с 1999 по 2007 гг. (с 16,9 до 9,4‰), при том, что за период 1991-1999гг. показатель уменьшился лишь на 5,1%.

Необходимо, учитывать, что показатель младенческих потерь в значительной степени зависит от полноты регистрации умерших новорожденных, число которых более чем наполовину определяет показатель младенческой смертности.

Снижение младенческой смертности в России (на 47,2% за 1991-2007гг.) произошло преимущественно за счет уменьшения неонатальной смертности (на 50,9% - с 11,0 в 1991г. до 5,4‰ в 2007г.), и прежде всего за счет снижения ранних неонатальных потерь (на 57,3% - с 8,9 до 3,8‰ за те же годы). В соответствии с опережающими темпами снижения ранних неонатальных потерь удельный вес смертности детей на первой недели жизни в младенческой - уменьшился с 50,0 до 40,8%, а в неонатальной смертности - с 80,9 до 70,4%.

Показатель смертности детей в постнеонатальном периоде снизился в значительно меньшей степени – лишь на 42,6% за 17-летний период (с 6,8 до 3,9‰). При этом доля постнеонатальных потерь (в возрасте 28-365 дней) в структуре умерших детей до года увеличилась с 38,2% в 1991г. до 40,3% в 2007г., с закономерным сокращением числа умерших по числу прожитых месяцев (11,0 – 7,2 – 5,2% и далее по убывающей до 1,0% на 11-ом месяце жизни).

В 2007г. в сравнении с 2006г. в максимальной степени снизилась смертность новорожденных (с 6,1 до 5,4‰, или на 11,5%), прежде всего за счет детей 7-27 дней жизни (с 1,9 до 1,6‰, или на 15,8%) при снижении числа умерших на первой неделе жизни на 9,5% (с 4,2 до 3,8‰).

Всего в 2007г. на первом году жизни умерло 14858 детей, из них до 1 месяца – 8875 (59,7%), в том числе на первой неделе жизни - 6060 (40,8% от числа умерших в возрасте до 1 года и 68,3% от числа умерших на 1 месяце жизни). В акушерских стационарах умерло 4779 новорожденных, или 78,9% от числа умерших на первой неделе жизни.

Этот факт определяет важный организационный момент: в связи с тем, что подавляющее число детей погибает в родильных домах, чрезвычайно важно обеспечение необходимого уровня неонатальной реанимационной помощи именно в родовспомогательных стационарах, где ребенок находится в течение первых наиболее опасных суток жизни. В стационарах второго этапа выхаживания недоношенных и больных новорожденных соответственно умирает около 20% от числа умерших на первой неделе жизни.

Таким образом, анализ темпов снижения младенческой смертности по ее составляющим в России показывает, что снижение ее уровня в течение последних лет достигнуто в основном за счет новорожденных, доля которых среди всех умерших младенцев имеет устойчивую тенденцию к сокращению при одновременном увеличении удельного веса постнеонатальных потерь.

Структура *причин младенческой смертности* в России остается стабильной в отношении трех преобладающих классов болезней – отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, устойчиво занимающих первое место (45,9% от числа умерших первого года жизни в 2007г.), врожденных аномалии (пороков развития) и хромосомных нарушений (24,3%), а также болезней органов дыхания, доля которых устойчиво снижается (с 15,2% в 1991г. до 7,4% в 2007г.). Позитивная динамика младенческой смертности обусловлена преимущественным снижением смертности от болезней органов дыхания и инфекционных болезней (в 1,6 раза). В меньшей степени снизилась смертность младенцев от перинатальных состояний (на 46,2% за 17-летний период) и врожденных пороков развития (на 41,5%).

Таблица 6.

Динамика младенческой смертности в России по основным классам болезней в 1991-2007гг.

	1991	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Младенческая смертность (на 1000 родившихся живыми)	17,8	18,1	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11,0	10,2	9,4
Причины младенческой смертности (на 10000 родившихся живыми)										
От всех причин	178,0	181,2	153,3	146,5	133,1	124,0	115,7	109,7	102,2	93,5
Инфекционные и паразитарные болезни	12,4	12,7	9,2	8,0	6,7	5,4	5,4	5,0	4,1	3,8
Болезни органов дыхания	27,1	24,2	16,5	14,4	12,2	10,9	9,6	8,3	7,8	6,9
Врожденные аномалии	38,8	41,8	35,5	34,4	31,3	29,6	28,0	27,0	24,5	22,7
Состояния перинатального периода	79,8	78,5	67,7	66,4	61,6	55,7	51,9	49,1	47,3	42,9
Травмы, отравления, несчастные случаи	7,8	10,1	9,7	9,2	8,2	8,3	8,0	7,6	6,7	6,4
Структура причин младенческой смертности (в % к числу умерших)										
Инфекционные и паразитарные болезни	7,0	7,0	6,0	5,5	5,0	4,4	4,7	4,5	4,1	4,0
Болезни органов дыхания	15,2	13,4	10,8	9,8	9,2	8,8	8,3	7,5	7,6	7,4
Врожденные аномалии	21,8	23,1	23,2	23,5	23,5	23,9	24,2	24,6	24,0	24,3
Состояния перинатального периода	44,8	43,3	44,2	45,3	46,3	44,9	44,9	44,8	46,3	45,9
Травмы, отравления, несчастные случаи	4,4	5,6	6,3	6,3	6,2	6,7	6,9	6,9	6,6	6,8

Характерной особенностью младенческой смертности 90-х годов является рост числа умерших младенцев от травм, удельный вес которых увеличился с 4,4% в 1991г. до 6,8% в 2007г., превысив в 2000г. долю и уровень инфекционных и паразитарных болезней, заняв 4-е место в структуре младенческих потерь. Этот факт показывает, что проблема снижения младенческой смертности не всегда может быть решена усилиями здравоохранения. Следовательно, обеспечение должной социальной поддержки семей с детьми, лежащее в основе устранения «немедицинских» причин младенческой смертности, имеет, по большому счету, не меньшее значение в демографическом развитии России, чем увеличение рождаемости, поскольку уровень социального благополучия общества и качество жизни семьи есть необходимое условие не только снижения детской смертности, но и полноценного физического и нравственного развития ребенка.

Если основными причинами смерти детей 0-27 дня жизни являются перинатальные болезни (69,4% в 2007г.) и врожденные аномалии (23,2%), составляющие в сумме свыше 90% от числа умерших новорожденных, то в структуре причин смерти детей в возрасте 28-365 дней преобладают врожденные аномалии (25,8% в 2005г.), болезни органов дыхания (15,0%) и травмы (13,6%). Состояния перинатального периода (13,4%) занимают в структуре постнеонатальной смертности лишь 4-е место.

В 2007г. минимальный уровень показателя младенческой смертности отмечен в Северо-Западном ФО (7,2 на 1000 родившихся), максимальный – в Дальневосточном (12,1), при различии в уровне показателя в 1,7 раза (рис. 6).

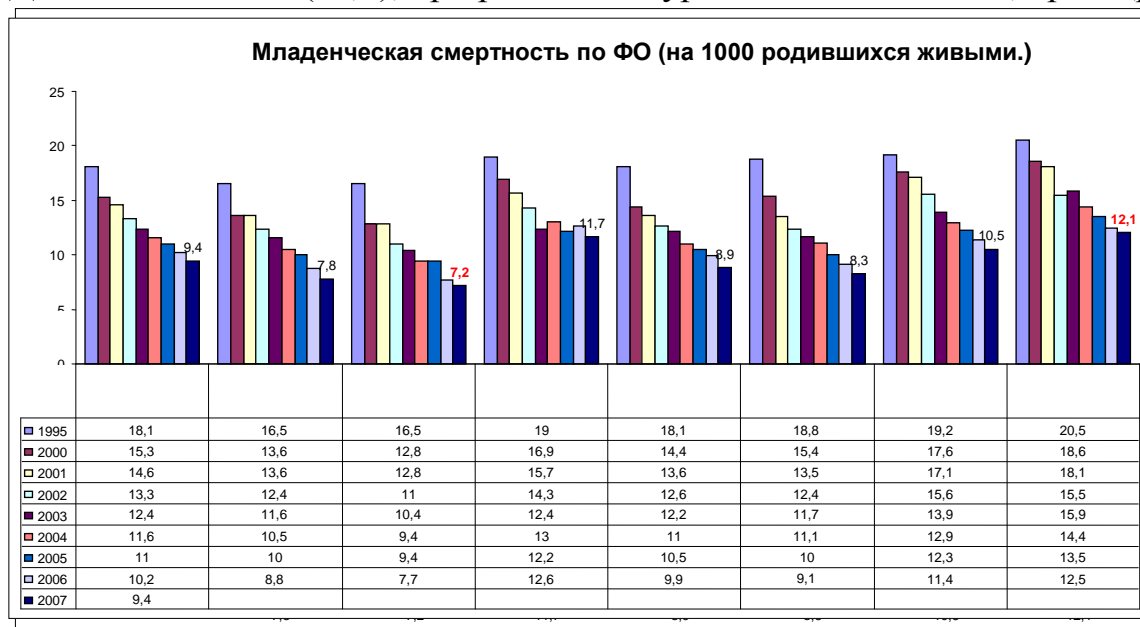


Рис. 6. Младенческая смертность в 1995-2007гг. (на 1000 родившихся живыми).

В 2007г. самые низкие показатели младенческой смертности отмечены в С.-Петербурге (4,3‰), Белгородской области (4,9‰) и Ханты-Мансийском АО (5,6) - при 9,4‰. в России. Максимальный показатель младенческой смертности отмечен в Еврейской АО (26,8‰). При этом он составлял 14,3 на 1000 в 2006г. Шестикратный региональный разброс показателя младенческой

смертности отражает высокий уровень дифференциации регионов по уровню жизни населения и качеству медицинской помощи. Подтверждением зависимости младенческой смертности от материального положения в регионе является положительный коэффициент корреляции между уровнем младенческой смертности с числом лиц с доходами ниже прожиточного минимума ($r=+0,56$).

Характерно, что при сравнении уровня младенческой смертности с перинатальной выявлено, что, кроме исходного 1991г., в течение всех 16 лет (1992-2007 гг.) уровень младенческой смертности в России выше, чем перинатальной. При этом степень превышения смертности младенцев перинатальных потерь максимально возростала, составив 18,2% в 1999г., отражая рост постнеонатальной смертности и значимость экзогенных факторов в репродуктивных потерях. В то же время в странах Евросоюза в течение всех лет наблюдается обратная картина - показатель перинатальной смертности превышает уровень младенческой за счет того, что уровень мертворождаемости выше суммы поздней неонатальной (в возрасте 7-27 дней) и постнеонатальной (28-365 дней) смертности.

Данное соотношение показателей представляется более обоснованным с медико-организационных позиций, поскольку постнеонатальные и поздние неонатальные потери (компоненты младенческой смертности) обусловлены в большей степени экзогенными причинами и снижаются существенно быстрее, чем мертворождаемость которая менее предотвратима, поскольку внутриутробная гибель плода является механизмом естественного отбора, сформировавшимся в процессе эволюции и направленным на устранение из популяции генотипов со сниженной жизнеспособностью.

Таким образом, снижение младенческой смертности в России достигнуто преимущественно за счет снижения смертности новорожденных (особенно первой недели жизни) при меньших темпах сокращения постнеонатальных потерь.

1.10. Оценка качества родовспоможения на основании анализа здоровья женщин и новорожденных

Важнейшим условием улучшения репродуктивной ситуации и повышения уровня родовспоможения является совершенствование оценки качества медицинской помощи женщинам на всех этапах реализации репродуктивной функции (беременность, роды, послеродовой период) и их потомству (период внутриутробного развития, постнатальный период).

Система оценки качества медицинской помощи должна быть динамичной, учитывать прежде всего конечный результат оказываемой помощи, каковым является уровень здоровья женщины и ребенка.

Если конечный итог репродуктивного процесса для матери и ее ребенка неблагоприятный, то при оценке качества медицинской помощи необходим анализ уровня, на котором произошли нарушения технологических процессов, приведшие к такому исходу (недооценка риска возникновения патологии, несоблюдение технологии обследования, ведения,

выбора адекватного учреждения, сроков госпитализации и родоразрешения, применения превентивных мер и лечения), а затем и причин этих нарушений (низкая квалификация медицинских работников, недостаточное оснащение, затруднения транспортировки больной, неадекватные действия самого пациента и др.).

Очевидно, что формирование информативных отчетных данных и анализ осложнений, способствующих неблагоприятному перинатальному исходу или возникновению осложнения у матери, возможен лишь при наличии соответствующих сведений в учетной документации. Однако акцент при проведении анализа и экспертной оценке качества родовспоможения должен делаться на предотвратимую патологию как у матери, так и у плода с учетом прежде всего дефектов медицинской помощи.

Известно, что анализ качества медицинской помощи умершим женщинам выявляет наиболее распространенные и общеизвестные дефекты наблюдения беременных в женской консультации, среди которых, в частности, недостаточное обследование, несвоевременная или неправильная диагностика акушерской и экстрагенитальной патологии, отсутствие динамического наблюдения, стереотипное наблюдение без учета факторов риска, отсутствие консультации специалистов. Экстрагенитальная патология у 38,6% умерших женщин была выявлена лишь на аутопсии (т.е. не выявлена у 61,4%), а тяжелый поздний токсикоз, явившийся причиной смерти, по данным Шараповой Е.И. (1992)¹⁷ был диагностирован в женской консультации лишь у 43,6% женщин, т.е. не выявлен в 56,4%.

В соответствии с Приказом №50 Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19.01.2007г. (в связи с исчислением средств для оплаты труда медицинского персонала), к индикаторам, характеризующим *качество амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности и определяющим размер средств для оплаты труда медицинского персонала*, являются:

- частота антенатальной гибели плода,
- частота врожденных аномалий развития, не выявленных во время беременности,
- разрыв матки до госпитализации,
- несвоевременная госпитализация при позднем токсикозе средней степени тяжести,
- несвоевременная госпитализация при переносенной беременности.

Помимо рекомендованных в Приказе показателей, в качестве состояний, характеризующих качество амбулаторной помощи беременным женщинам, рекомендуются также учитывать:

- частоту эклампсии и преэклампсии среди состоящих на учете беременных;

¹⁷ Шарапова Е.И. Материнская смертность в Российской Федерации и перспективы ее снижения Автореф диссер. к.мн. - М., 1992; 23 стр.

- недиагностированную экстрагенитальную патологию (ЭГП);
- отсутствие дородовой госпитализации беременной группы риска;
- недиагностированную многоплодную беременность;
- недиагностированный синдром внутриутробной задержки развития плода;
- недиагностированный иммуноконфликт матери и плода.

В то же время считающиеся классическими критерии качества диспансерного наблюдения - общепринятые и распространенные индикаторы - «показатель ранней явки» - число взятых под наблюдение до 12 недель беременности (76,5-78,9% в 2006-2007 гг.), как и показатель «числа родов у не состоявших под наблюдением женской консультации» (3,6-2,8% в 2006-2007гг.), по-видимому, в большей степени характеризуют уровень медицинской грамотности и доверия населения к службе здравоохранения и, таким образом, фактически не являются жесткими критериями качества деятельности амбулаторно-поликлинической службы как таковой.

Для оценки качества *стационарной помощи* женщинам в период родов и в послеродовом периоде, в соответствии с данным Приказом, учитывается:

- эклампсия в родах и послеродовом периоде,
- случаи родового травматизма новорожденного,
- разрывы промежности III-IV степени,
- разрывы шейки матки III степени,
- расхождение лонного сочленения,
- разрывы матки,
- гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде,
- поздняя неонатальная смерть (7-28 день),
- осложнения послеродового периода, обусловленные задержкой частей плаценты,
- экстирпация матки при осложненных родах.

При оценке качества работы акушерского стационара, помимо указанных в Приказе состояний, абсолютно необходимо также учитывать нижеперечисленные ситуации, бесспорно характеризующие качество медицинской помощи в акушерском стационаре:

- случаи материнской смерти в стационаре;
- массивные кровопотери в родах и послеродовом периоде;
- акушерские эмболии (в т.ч. эмболии околоплодными водами);
- вызовы в акушерский стационар выездных анестезиолого-реанимационных и акушерских бригад;
- перевод женщин из акушерского стационара в отделение реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара;
- ятрогенные осложнения (в процессе родов и после них),

- в том числе посттрансфузионные осложнения;
- плодоразрушающие операции;
- интранатальная гибель плода,
- в том числе при доношенной и переношенной беременности;
- внутриутробная смерть плода до начала родовой деятельности у женщин, находящихся в стационаре (ОПБ),
- в том числе при доношенной и переношенной беременности;
- ранняя неонатальная смерть (0-6 дней),
- в том числе при доношенной и переношенной беременности;
- дети, родившиеся с показателем по шкале Апгар «6 баллов и менее» через 5 минут после рождения;
- дети с аспирационным неонатальным синдромом;
- случаи аспирационной пневмонии у новорожденных.

Как видно из перечня, речь идет, прежде всего, о неблагоприятных исходах беременности и родов (материнская и перинатальная смерть в стационаре - с отдельным анализом случаев интранатальной и антенатальной смерти плода), а также предотвратимых осложнениях у женщины и ребенка.

При анализе частоты родовой травмы плода и новорожденного (особенно внутричерепной), акушерских кровотечений, септических осложнений у родильниц и новорожденных должен учитываться показатель летальности от этой патологии, поскольку снижение частоты контролируемых нозологий может иметь «директивный» характер, и сверхвысокий показатель летальности характеризует (наряду с качеством медицинской помощи) степень недорегистрации патологии.

Для полноценного анализа объема и уровня деятельности учреждения должны учитываться данные об общем числе проведенных родов, из них оперативных, в т.ч. кесарева сечения. Известно, что экстренные оперативные вмешательства являются фактором риска развития ятрогенных осложнений, в том числе анестезиологических¹⁸, неблагоприятных исходов для родильницы и плода или новорожденного.

Для оценки качества стационарной акушерской помощи необходимо использовать не только данные отчетной формы №14 об оперативном родоразрешении (кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, плодоразрушающие операции и операция экстирпации матки в родах и после них), но и сведения, содержащиеся в первичной медицинской документации (об исходах перечисленных операций для плода, числе операций ручного отделения плаценты и выделения последа, экстренных операциях кесарева сечения, плодоразрушающих операциях на живом плоде, проводимых перинео- и эпизиотомиях с последующим восстановлением целостности промежности).

¹⁸ Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. М.:Медиздат, 2003; 702с.

Важным показателем качества стационарной помощи является уровень анестезиолого-реанимационных пособий - число и исходы осложнений анестезии и реанимационных манипуляций в родах и послеродовом периоде, а также качество интенсивной терапии новорожденных детей.

Как показывает опыт работы по принятию годовых отчетов от представителей регионов, во многих субъектах РФ вводят дополнительные статистические показатели, конкретизирующие характер и уровень патологии в регионе. Так, в Тюменской области, Красноярском и Краснодарском краях и др. субъектах РФ дается расшифровка «прочих» заболеваний у беременных, рожениц и новорожденных. При этом у беременных и рожениц учитывается наличие рубца на матке, недостаточная прибавка массы тела беременной, угроза прерывания беременности, истмико-цервикальная недостаточность, миома матки, болезни нервной системы, социально значимая патология - сифилис, туберкулез, инфекции, передаваемые половым путем, плацентарная недостаточность и задержка внутриутробного развития плода; роды в тазовом предлежании плода, индуцированные роды, роды после ЭКО, а также «другие нарушения церебрального статуса новорожденных», синдром новорожденного от матери, страдающей диабетом, неонатальная гипогликемия и др.

Однако наибольшее значение для оценки качества медицинской помощи имеет анализ статистической информации о неблагоприятных исходах беременности и родов, осложнениях у женщины и ребенка, поскольку именно критическая оценка ситуации является необходимым условием истинного улучшения деятельности службы родовспоможения и предотвращения материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

Таким образом, вышеприведенные критерии качества медицинской помощи достаточно информативны для анализа деятельности учреждений родовспоможения и являются основой индикативного управления службой охраны материнства и детства. Использование этих показателей в практике здравоохранения будет способствовать совершенствованию системы охраны материнства и детства и позволит наиболее объективно и целенаправленно разрабатывать меры по снижению перинатальной и акушерской патологии и улучшению медико-социальной помощи матери и ребенку.

1.11. Оценка современных тенденций организации и проблемы ресурсного обеспечения службы родовспоможения

Характеризуя показатели ресурсного обеспечения службы родовспоможения, необходимо отметить существующий диссонанс – продолжающуюся тенденцию сокращения числа акушерских коек в стране (в соответствии с происходившим в 90-е годы снижением рождаемости) несмотря на наблюдающееся с 2000г. увеличение числа родов.

Общее число коек для беременных и рожениц в России к 2007г. в сравнении с 1990г. сократилось в 1,5 раза (с 120,2 тыс. до 80,5 тыс.), а

обеспеченность ими на 10.000 женщин фертильного возраста - с 31,8 до 20,6, при том, что число родов в году за данный период уменьшилось на 25%.

Закономерным результатом процесса сокращения акушерских коек является рост их среднегодовой занятости - на 19,6% за 1999-2007гг. коек для беременных и рожениц и на 8,9% коек патологии беременности; одновременно происходит неизбежное снижение средней длительности пребывания на койке (на 18,5% и на 21,8% соответственно). В 2007г. средняя занятость койки патологии беременности составила 323 дня (максимальное значение показателя), несмотря на увеличение удельного веса коек этого профиля (до 46,2% от числа акушерских коек) и обеспеченности ими (до 9,5 на 10000 женщин фертильного возраста).

В родильных домах среднегодовая занятость койки не превысила 283 дня, в перинатальных центрах - 291 дня.

Динамика числа учреждений родовспоможения в течение 17-летнего периода также неблагоприятна. В стране произошло уменьшение числа ФАПов с 47,4 тыс. в 1991г. до 40,0 тыс. в 2007г. (на 15,6%). Число женских консультаций в течение последних лет также уменьшилось - до 1667 в 2007г., что неизбежно вызывает снижение доступности амбулаторной помощи беременным, в том числе возможности пренатального обследования плода на амбулаторном уровне. Уменьшение числа родильных домов в стране (с 239 до 197 в течение 2000-2007 гг.) обуславливает снижение уровня доступности стационарной помощи. Одновременное увеличение числа перинатальных центров не решает проблемы экстренной акушерской помощи на уровне популяции с учетом особого режима работы ПЦ и условий госпитализации.

При этом весьма характерно, что из 197 родильных домов в России 162 (82,2%) являются муниципальными, что в определенной мере определяет существующие особенности финансирования службы.

Наблюдающееся в последние годы стремление к повышению экономической эффективности здравоохранения вообще и родовспоможения в частности не должно распространяться на практическое акушерство, учитывая, прежде всего, повышенную опасность развития инфекционных осложнений у родильниц и новорожденных при не соблюдении надлежащего санитарно-противоэпидемического режима.

Важнейшей особенностью современного этапа развития является уменьшение значимости перинатального центра (ПЦ) как системообразующего фактора – в силу, прежде всего, экономических причин - заинтересованности всех учреждений родовспоможения (в том числе ПЦ) в платных медицинских услугах^{19, 20}.

Предполагаемое строительство в стране 20-23 перинатальных центров (при их мощности порядка 2000 родов в год) обеспечит родоразрешение

¹⁹ Кирбасова Н.П. Автоматизированный учет медицинских услуг в условиях многоканальной модели финансирования учреждений здравоохранения федерального подчинения //Акуш. и гинек. – 2005. - №2. – С61-63.

²⁰ Кирбасова Н.П. Современные принципы организации оказания медицинских услуг в учреждении акушерско-гинекологического профиля //Акуш. и гинек. – 2005. - №4. – С.41-45.

около 40.000-50.000 женщин, или менее 3% от 1,5 млн. родов в стране, что существенно не повлияет на популяционные показатели. В то же время существующая структура акушерской патологии, перинатальной заболеваемости и смертности доказывает необходимость изменения стратегии развития службы с акцентом на первоочередное развитие общей сети родовспоможения, где рождается большинство российских детей и где уровень репродуктивных потерь и управляемой патологии максимальны.

Очевидна также необходимость изменения концепции развития службы - от приоритета интенсивно-реанимационного, реабилитационного направления и высокотехнологичных методов в сторону превентивной базовой акушерской и неонатальной помощи, исходя из основного принципа медицины - обеспечения безопасности каждой рожаящей женщины и каждого ребенка.

Акушерство как особая отрасль здравоохранения, обеспечивающая физиологический процесс деторождения, качественно отличается от всех других сфер, имеющих дело с больными, где эффективность терапии определяется качеством лечебного процесса.

В акушерской практике необходимо обеспечение родоразрешения как естественного процесса, и потребность в высокотехнологичных методах терапии возникает лишь при развитии экстремальной ситуации, чаще всего при развитии осложнений в родах, в принципе предотвратимых и развивающихся вследствие неоказания своевременной медицинской помощи или применении неадекватного метода родоразрешения, т.е. при дефектах акушерской помощи. Речь идет о массивных кровотечениях, эклампсии, сепсисе, шоковых состояниях различного генеза, акушерской эмболии²¹ и др.

В связи с этим первоочередное значение для улучшения репродуктивной ситуации в стране, уменьшение репродуктивных потерь и осложнений в родах имеет повышение качества акушерской и перинатальной помощи в широкой сети родовспоможения.

Необходимым условием для этого является улучшение материально-технического и кадрового обеспечения акушерских стационаров, а также повышение профессионализма медицинских кадров в первую очередь в родильных домах (отделениях) и районных больницах. Это особенно важно в связи с прогнозируемым дальнейшим ростом рождаемости в России.

В Свердловской области с целью улучшения медико-демографической ситуации была разработана научно обоснованная концепция и организационные принципы реформирования региональной службы охраны здоровья матери и ребенка, а также создана и внедрена целевая стратегическая Губернаторская Программа «Мать и дитя»²².

²¹ Сформировавшееся отношение к акушерской эмболии как непредотвратимой патологии ошибочно – возникновению ее способствуют различные проявления «акушерской агрессии», например гиперстимуляция в родах и др. (В.Е.Радзинский, 2005; В.Н.Серов и С.А.Маркин, 2003).

²² Скляр М.С. Реорганизация региональной службы охраны материнства и детства на основе метода стратегического планирования. - М.: ЦНИИОИЗ, 2008. – 192с.

Целью программы явилось обеспечение гарантированной качественной доступной медицинской помощи женщинам в период беременности и родов и новорожденным детям - на основе государственной поддержки службы родовспоможения. Основой реформирования службы родовспоможения в области было обеспечение приоритетного финансирования родильных домов, женских консультаций, гинекологических и неонатальных отделений с обоснованием объемов медицинской помощи и реальной финансовой потребности подразделений службы родовспоможения, а также улучшение их ресурсного обеспечения и совершенствование системы управления основными ресурсами службы на основе экспертного контроля и мониторинга.

Социологический мониторинг качества и доступности акушерской помощи, а также удовлетворенности пациентов оказанными медицинскими услугами в учреждениях родовспоможения Свердловской области, проводившийся в процессе реализации региональной целевой программы «Мать и дитя», выявил, что уровень бесплатной медицинской помощи в родильных домах составлял в 2002г. 55,0%, т.е. в 45% женщин в той или иной форме оплачивали роды. В 2004г. при реализации в области Программы «Мать и дитя», число женщин с бесплатными родами увеличилось до 90,4%, причем практически исчезли неофициальные платные услуги.

Таким образом, основной идеей реорганизации службы родовспоможения является обеспечение доступной квалифицированной бесплатной медицинской помощи надлежащего качества во всех ЛПУ региона, прежде всего учреждениях муниципального подчинения при условии полноценного обеспечения государственного финансирования службы. Следовательно, регламентация платных услуг в родовспоможении, обеспечивающая гарантию бесплатной акушерской помощи, является необходимым инструментом сохранения здоровья рожаящих женщин и рождающегося потомства и в конечном результате - человеческого потенциала страны. При этом фактически речь идет об отказе от разноуровневой системы родовспоможения и регионализации службы, т.е. необходимости во всех ЛПУ обеспечивать оказание помощи всем пациентам, включая пациентов высокого риска.

Высокая социальная значимость службы охраны материнства и детства как особой отрасли здравоохранения, ответственной за сохранение популяционного здоровья и репродуктивного потенциала страны, определяет жесткую необходимость обеспечения **государственного финансирования службы родовспоможения** как необходимого условия обеспечения надлежащего качества медицинской помощи всему населению страны.

Родовспоможение как важнейший инструмент формирования общественного здоровья имеет особую социальную и политическую значимость на современном этапе развития России в связи с сохраняющейся неблагоприятной демографической ситуацией, низкими показателями здоровья рожаящих женщин и рождающегося потомства, а также высоким уровнем репродуктивных потерь.

Анализ информации, представленной в статистических формах №13 и №32 за 2007г., свидетельствует о благоприятных тенденциях репродуктивной ситуации в стране – уменьшении числа аборт при увеличении интенсивности деторождения, в результате чего число родившихся детей в последние два года превысило число аборт в стране. Произошедшее в 2007г. увеличение числа деторождений в России (на 8,4%) сопровождалось негативным изменением структуры родившихся детей по массе тела – увеличением доли маловесных детей, что диктует необходимость тщательного изучения контингентов рожаящих женщин при одновременном усилении мер по антенатальной охране плода.

Сохраняющийся в стране высокий уровень заболеваемости беременных, высокая частота распространения анемии беременных (около 40%), гестоза и патологии мочеполовой системы (около 20%), болезней системы кровообращения (свыше 10%), рост сахарного диабета являются основой для нарушений репродуктивного здоровья женщин – роста невынашивания и недонашивания беременности, а также плацентарной недостаточности с задержкой роста и развития плода – вплоть до внутриутробной его гибели.

В этих условиях чрезвычайно важным является повышение качества оказываемой медицинской помощи при беременности и в родах. В то же время неблагоприятные тенденции структуры репродуктивных потерь (увеличение доли акушерской смерти в материнской смертности, рост удельного веса доношенных детей в перинатальных потерях), высокий уровень управляемой патологии в родах (при увеличении частоты кровотечений в связи с отслойкой, предлежанием плаценты и нарушением свертываемости крови; увеличение частоты респираторных расстройств у новорожденных, являющихся следствием интранатальной гипоксии плода – аспирационные синдромы и аспирационная пневмония, рост летальности новорожденных с внутричерепной родовой травмой) свидетельствуют о недостаточном качестве акушерской помощи.

Низкий уровень акушерской и неонатальной помощи в общей сети здравоохранения диктует необходимость изменения приоритетов в организации родовспоможения в сторону развития и улучшения качества медицинской помощи на уровне популяции – в родильных домах и ЦРБ. Основным направлением оптимизации службы родовспоможения в России должна быть переориентация медицинской помощи от реанимационных технологий к физиологическому акушерству и превентивной перинатологии.

Информационной основой для оценки состояния здоровья женщин и детей, а также качества оказываемой медицинской помощи в учреждениях родовспоможения являются данные государственной статистики. При этом реальное отражение репродуктивно-демографических тенденций населения и состояния службы родовспоможения, является необходимым условием выработки и принятия адекватных управленческих решений при организации службы. В то же время сегодня основным недостатком статистики родовспоможения является недоучет предотвратимой

акушерской и неонатальной патологии, а также неоднозначная оценка патологических состояний, что диктует необходимость повышения контроля за достоверностью предоставляемых сведений, и в первую очередь данных, характеризующих неблагоприятные репродуктивные исходы и управляемые осложнения.

Главной задачей статистической службы в настоящее время является выявление истинных резервов улучшения медицинской помощи в родовспоможении.

2. ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ

2.1. Заболеваемость детей первого года жизни

Оценка состояния здоровья детей первого года жизни имеет особо важное значение с учетом того, что она отражает исход перинатального периода и во многом определяет состояние здоровья ребенка в более старших возрастах. В этом возрасте оценка здоровья ребенка осуществляется не только по данным обращаемости за лечебно-профилактической помощью, а и по данным динамического наблюдения за его физическим и умственным развитием, а также результатам его обследования специалистами.

Данные статистической формы № 31, дают возможность оценить характер грудного вскармливания (таблица 2400), объемы и результаты обследования детей на тугоухость и ряд врожденных заболеваний (гипотиреоз, фенилкетонурию, галактоземию, адреногенитальный синдром - таблица 2201). Для получения необходимых показателей абсолютные величины новорожденных детей соотносят с числом новорожденных, поступивших под наблюдение данного учреждения/территории (делят и умножают на 100). Долю больных рахитом и анемией абсолютное число больных на общее число состоящих под наблюдением на конец отчетного года детей в возрасте 1-4 лет (таблица 2100, строка 04, графа 6).

Дети в младенческом возрасте наиболее часто переносили болезни органов дыхания, в том числе ОРВИ, грипп, пневмонию. Далее по рангу в списке болезней располагались: состояния перинатального периода, болезни нервной системы, «прочие», болезни пищеварения, крови, врожденные anomalies.

За исследуемый период 1992-2007 гг. максимальными темпами нарастали заболевания мочеполовой системы (в 3,2 раза), болезни органов пищеварения и врожденные anomalies (в 2,5 раза), заболевания, обусловленные особенностями перинатального периода (в 2,4 раза), болезни крови (в 1,7 раза), в том числе анемия (+69,07%), а также болезни глаза и его придаточного аппарата (в 1,5 раза).

Такие заболевания, как болезни нервной системы, глаза и его придаточного аппарата, а так же пищеварительной и мочеполовой системы и врожденные anomalies обнаруживали из года в год постоянный рост. Другие заболевания давали подъемы в конце первой половины 90-х годов прошлого века и после 1998-1999 гг.

Так, инфекционная и паразитарная заболеваемость (включая кишечные инфекции) и травматизация детей первого года жизни регистрировалась максимальной в 1995 г.; болезни эндокринной системы, расстройства питания (гипотрофия), нарушения обмена веществ и рахит – в 1998-2000 гг.; ДЦП – в 1999 г.; болезни органов дыхания – в 1999-2000 гг., болезни уха и сосцевидного отростка – в 2000-2002 гг.; заболевания, обусловленные осложненным течением перинатального периода – в 2001-2003 гг. (таб.1).

Таблица 2.1

Заболевания детей первого года жизни по данным статистической формы № 31 (на 1000 детей первого года жизни)

Заболевания	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	темпы роста
Инфекционные и паразитарные болезни	83,80	93,50	92,80	103,30	92,20	89,00	92,00	97,30	93,94	89,85	91,38	82,51	80,32	76,90	75,90	78,10	-6,80
в т.ч. – кишечные инфекции	51,10	57,90	55,20	61,50	55,60	52,50	53,60	57,00	52,41	51,91	53,54	50,00	46,51	44,70	43,80	45,90	-10,18
Болезни крови		73,00	83,70	91,90	105,10	110,10	119,80	131,00	139,89	135,63	143,36	131,04	125,78	121,20	122,50	124,50	70,55
в т.ч. – анемия		70,80	80,80	88,60	101,40	106,90	117,70	125,90	136,48	130,50	139,41	127,91	122,56	118,00	115,70	119,70	69,07
Эндокрин. заб., растр. питания, нар. обмена		93,80	103,60	108,10	116,90	120,60	129,60	124,20	123,01	115,05	115,48	105,84	101,35	96,40	96,90	95,20	1,49
в т.ч.: - врожденный Гипотиреоз					0,40	0,50	0,50	0,40	0,42	0,47	0,40	0,33	0,30	0,30	0,40	0,40	0,00
- рахит		51,70	51,10	56,80	61,00	64,40	71,80	69,00	70,14	65,58	64,38	58,70	55,14	52,50	53,10	52,00	0,58
- фенилкетонурия					0,20	0,20	0,10	0,10	0,14	0,15	0,17	0,15	0,15	0,20	0,20	0,10	-50,00
Болезни нервной системы									144,58	142,06	143,11	150,89	165,38	167,10	177,70	199,70	38,12
в т.ч. – ДЦП	1,50	1,70	1,30	1,30	1,20	1,00	1,00	1,40	0,83	0,88	1,02	0,96	0,90	0,80	0,90	0,90	-40,00
Болезни глаза								58,10	63,91	65,91	71,00	70,73	73,70	76,70	78,50	84,30	45,09
Болезни уха								47,40	51,09	51,10	51,27	49,28	48,58	47,30	45,10	46,20	-2,53
в т.ч. – тугоухость								0,50	0,38	0,36	0,33	0,37	0,32	0,30	0,30	0,30	-40,00
Болезни орг. дыхания	1065,50	1196,60	1150,70	1199,50	1201,10	1239,70	1225,60	1235,30	1239,27	1211,26	1221,92	1218,17	1186,59	1178,80	1175,80	1218,10	14,32
в т.ч. – ОРВИ, грипп, пневмония	894,80	1021,30	972,10	1019,90	1022,80	1007,30	1033,50	1101,90	1109,04	1077,00	1095,58	1092,27	1044,91	1061,70	1062,80	1098,90	22,81
Болезни органов пищеварения	62,00	70,60	78,10	88,90	99,30	105,90	121,00	120,70	128,08	128,68	137,84	137,90	139,48	140,20	145,30	154,90	149,84
Болезни мочеполовой системы	15,60	18,00	20,90	23,70	26,30	29,60	33,20	32,80	35,41	35,29	38,88	40,62	43,60	43,60	44,80	49,30	216,03
Перинатальные нарушения	201,10	247,30	276,80	300,10	338,80	373,20	431,80	449,70	481,17	494,41	510,07	497,13	488,08	480,40	469,90	477,10	137,25
Врожденные аномалии	29,60	31,90	35,60	38,70	44,20	47,50	53,20	53,00	54,22	53,61	57,41	59,83	61,12	62,30	65,50	73,90	149,66
Травмы и отравления	12,30	13,00	14,20	17,10	16,00	16,20	16,10	15,70	15,12	14,82	15,75	15,75	16,77	16,10	16,70	17,00	38,21
Прочие	200,60	120,20	121,40	129,50	133,60	138,60	152,00	142,40	145,66	144,54	150,59	150,23	159,05	159,10	159,70	162,70	-18,89

Прогноз учитываемых патологических состояний детей первого года жизни до 2020 г. выявил четкую тенденцию роста частоты заболеваний нервной (75,6%) и мочеполовой (49,6%) систем; врожденных пороков развития (42,4%); болезней глаза и его придаточного аппарата (40,3%); желудочно-кишечного тракта (20,6%); крови и кроветворных органов, в т.ч. анемии (12,8%).

Почти все указанные заболевания являются предотвратимыми. Их прогнозируемый рост свидетельствует о высокой чувствительности детей данного возраста к условиям внутриутробного развития и окружающей среды после рождения.

При улучшении экономических и социально-бытовых показателей можно ожидать рост указанной патологии в меньшем объеме.

2.2. Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет

Анализ динамики (с 1991 по 2007 гг.) первичной заболеваемости детей 0-14 лет выявил значительный рост по большинству нозологий и лишь по семи из 54 наименований классов и нозологий зарегистрировано снижение показателей (по тиреотоксикозу, миопии, активным и хроническим формам ревматизма, хроническому бронхиту, интерстициальным легочным заболеваниям и почечной недостаточности).

По всем остальным обнаружен рост показателей. В наибольшей степени за период 1991-2007 гг. увеличилась частота расстройств менструаций (в 13 раз: с 11,31 до 149,75 на 100000 соответствующего населения) и заболеваний зарегистрированных как «симптомы, признаки и не точно обозначенные состояния (в 11 раз: с 296,72 до 3398,07).

Максимальными темпами так же росли частоты болезней поджелудочной железы (в 8,3 раз), желчекаменной болезни, холецистита, холангита и функциональных расстройств желудка (7,8 и в 7,2 раза), осложнений беременности и родов (в 7,3 раза), хронических обтурационных болезней легких и врожденных аномалии сердца (в 5 с лишним раз); отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде (в 4,5 раза); костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также болезни крови, кроветворных органов и иммунных механизмов (в 4,4 раза), в том числе анемий (в 5,0 раза), болезней мочеполовой системы и системы кровообращения (в 4 раза). С 1999 г. регистрируется быстрый рост болезней, характеризующихся повышением кровяного давления (в 2,1 раза)

Таблица 2.2

**Динамика первичной заболеваемости детей в 1991-2007 годах в Российской Федерации
(на 100000 человек соответствующего населения)**

Классы, группы и отдельные заболевания	Число заболеваний с диагнозом установленным впервые в жизни у детей в возрасте:					
	0-14 лет		Отношение 3/2 (±%)	15-17 лет		Отношение 6/5 (±%)
	1991	2007		1991	2007	
1	2	3	4	5	6	7
Всего	117267,45	182904,48	55,97	57656,81	123547,47	114,28
Инфекционные и паразитарные болезни	8247,17	9465,18	14,77	2120,51	4277,55	101,72
Новообразования	113,30	384,54	239,41	67,13	342,70	410,50
Болезни эндокринной системы, нарушения питания и обмена веществ	595,53	1860,86	212,47	521,95	2524,99	383,76
-тиреотоксикоз	6,25	1,30	-79,20	23,37	5,56	-76,21
-сахарный диабет*	9,94	13,31	33,85	14,85	16,25	9,43
-ожирение	82,65	315,26	281,44	135,77	370,39	172,81
Болезни крови, кроветворных органов и иммунных. Механизмов	461,81	2035,53	340,77	110,73	814,58	635,65
-анемия	374,23	1892,03	405,58	77,18	741,05	860,16
Болезни нервной системы*	2742,16	4044,67	47,50	2085,55	3475,90	66,67
-детский церебральный паралич	23,77	35,29	48,50	7,23	12,37	71,09
-эпилепсия без психоза и слабоумия	33,09	74,93	126,46	21,56	69,70	223,28
-бол. периферической нервной системы	68,94	75,11	8,95	92,54	134,48	45,32
Болезни глаза и его придаточного аппарата*	4327,30	5760,83	33,13	3433,40	5088,20	48,20
-миопия	1011,26	990,25	-2,08	1447,61	1655,83	14,38
Болезни уха и сосцевидного отростка*	3785,54	5067,85	33,87	1904,15	2698,60	41,72
-отит хронический	103,72	164,63	58,72	157,48	155,44	-1,30
Болезни системы кровообращения	204,59	956,74	367,64	388,49	1691,65	335,44
-болезни, характеризующиеся повышением кровяного давления*	14,17	30,32	113,94	102,66	202,97	97,71
-ревматизм в активной фазе (включая хорею)	7,07	3,14	-55,67	7,82	4,37	-44,12
-хронические ревматические болезни сердца	6,08	4,75	-21,81	21,04	9,97	-52,61
Болезни органов дыхания	82001,57	108558,42	32,39	33109,45	57893,24	74,85
-хронический фарингит, назофарингит, синусит	96,60	266,78	176,18	215,37	389,03	80,63
-хронические болезни миндалин и аденоидов	678,93	1491,92	119,75	537,94	838,69	55,91
-аллергический ринит (поллиноз)	62,06	193,11	211,17	78,13	191,79	145,48
-пневмония	635,89	926,94	45,77	223,14	433,71	94,37
-бронхит хронический и неуточненный, эмфизема	110,33	67,70	-38,64	105,26	91,28	-13,28

1	2	3	4	5	6	7
-бронхиальная астма	48,20	183,55	280,83	39,93	138,23	246,18
-другие хронические обтурационные болезни легких	7,91	43,72	452,81	24,39	15,09	-38,13
-интерстициальные легочные болезни, другие болезни плевры*	26,06	1,74	-93,32	15,37	3,70	-75,93
Болезни органов пищеварения	4060,66	8591,14	111,57	2912,90	6473,66	122,24
-язва желудка и двенадцатиперстной кишки	8,12	18,97	133,50	61,57	117,41	90,69
-гастрит и дуоденит	343,01	1066,62	210,96	493,20	1560,27	216,36
-функциональные расстройства желудка	136,14	982,21	621,48	100,02	564,91	464,80
-желчекаменная болезнь, холецистит, холангит	89,97	703,43	681,82	146,13	700,09	379,09
-болезни поджелудочной железы	8,69	72,11	729,78	6,91	62,09	798,55
Болезни мочеполовой системы	808,06	3128,71	287,19	1059,65	5757,86	443,37
-гломерулярные, тубулоинтерстициальные болезни почки и мочеточника*	393,79	503,61	27,89	437,53	590,61	34,99
-почечная недостаточность*	2,64	2,20	-16,91	4,60	3,26	-29,13
-камни почек и мочеточников	2,69	8,02	197,75	9,18	29,13	217,32
-расстройства менструации	11,31	149,75	1224,32	60,11	1470,13	2345,73
-осложнения беременности, родов и послеродового периода	0,41	2,98	625,53	187,05	785,37	319,87
Болезни кожи и подкожной клетчатки	4831,33	9710,51	100,99	158,90	8249,48	5091,62
-атопический дерматит и родственные состояния	406,86	1094,54	169,02	3169,17	447,93	-85,87
-контактный дерматит и другие формы экземы	294,34	1650,83	460,86	168,13	1259,65	649,21
Болезни костно-мышечной системы	912,77	3986,58	336,76	426,68	5700,53	1236,02
-реактивные артропатии*	25,64	35,66	39,08	29,01	56,73	95,55
-юношеский (ювенильный) артрит*	12,03	13,00	8,07	28,49	32,58	14,36
-системные поражения соединительной ткани*	4,17	5,06	21,19	8,63	7,19	-16,69
Врожденные аномалии	311,08	1104,47	255,05	29,06	335,09	1053,10
-сердца и системы кровообращения	54,36	292,31	437,76	79,26	102,97	29,91
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	732,95	3331,18	354,49	-	-	-
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	296,72	3398,07	1045,19	164,77	2274,19	1280,22
Травмы и отравления	6780,41	10701,10	57,82	8551,84	13794,96	61,31

*- 1999 год

Увеличиваются так же различные проявления аллергии у детей: за исследуемый период контактный дерматит и другие формы экземы возросли в 5,6 раза; бронхиальная астма в 3,8 раза); аллергический ринит (поллиноз) - в 2,1 раза (таб. 2.2).

Расчет прогнозных показателей свидетельствует о возможном росте в период до 2020г. заболеваемости детей диабетом, ожирениями, нарушениями иммунных механизмов, болезнями глаза, уха, аллергическим ринитом, врожденными аномалиями и системными поражениями соединительной ткани.

3.3. Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет

Заболеваемость детей 15-17 лет за 90е годы увеличилась в большей степени, чем в возрастной группе до 15 лет. Ухудшение здоровья в подростковом возрасте произошло по основным классам болезней, которые формируют хронические заболевания. У каждого ребенка 15-17 лет в среднем регистрировалось 4-5 заболеваний, тогда как в возрасте 10-14 лет – 2-3.

В наибольшей степени возросла частота эндокринной патологии, новообразований, болезней сердечно-сосудистой и костно-мышечной систем. Растет и число заболеваний бронхиальной астмой, анемией, органов пищеварения.

Показатели общей заболеваемости у девушек несколько выше, чем у юношей.

У юношей, чаще встречаются врожденные аномалии, травмы и отравления, психические расстройства, артериальная гипертензия и ревматизм, болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также язвенная болезнь, хронический бронхит, хронический отит и бронхиальная астма (рис.2.1)

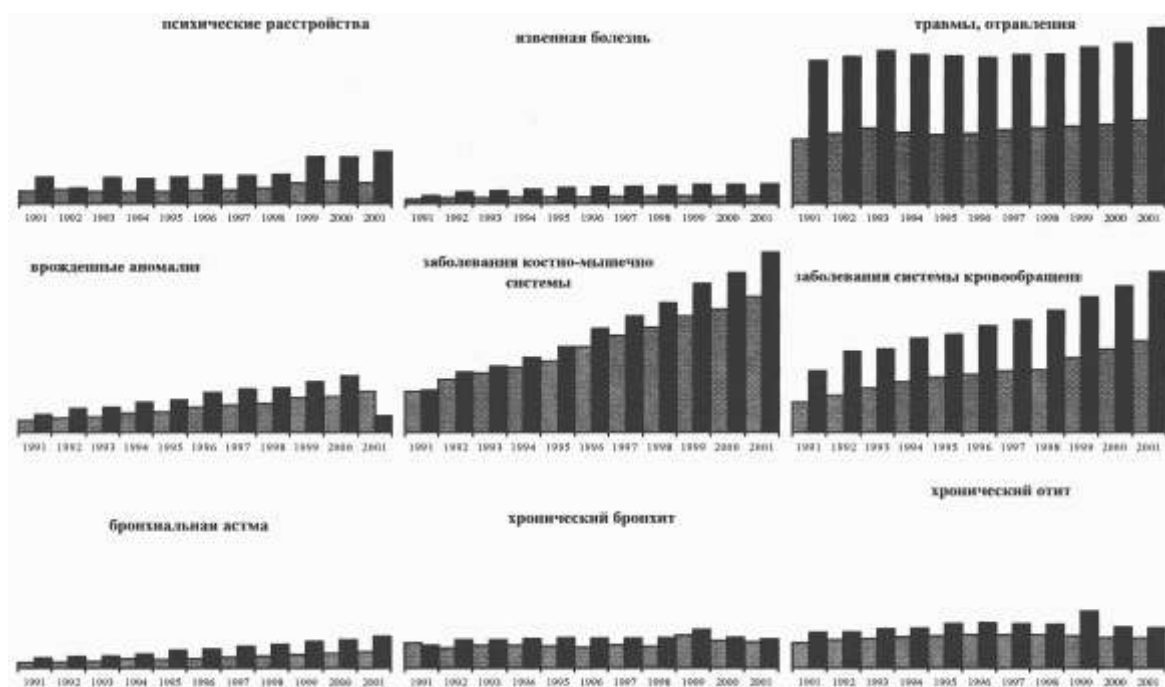


Рисунок 2.1. Заболевания, чаще встречающиеся среди юношей (на 100000 соответствующего населения)

У девушек чаще, чем у юношей, регистрировались болезни эндокринной системы и обмена веществ (в частности, тиреотоксикоз и ожирение), инфекционные и паразитарные заболевания, болезни мочеполовых органов (в том числе инфекция почек), анемия, близорукость, болезни нервной системы и кожи, заболевания, связанные с нарушением иммунных механизмов (рис. 2.2).

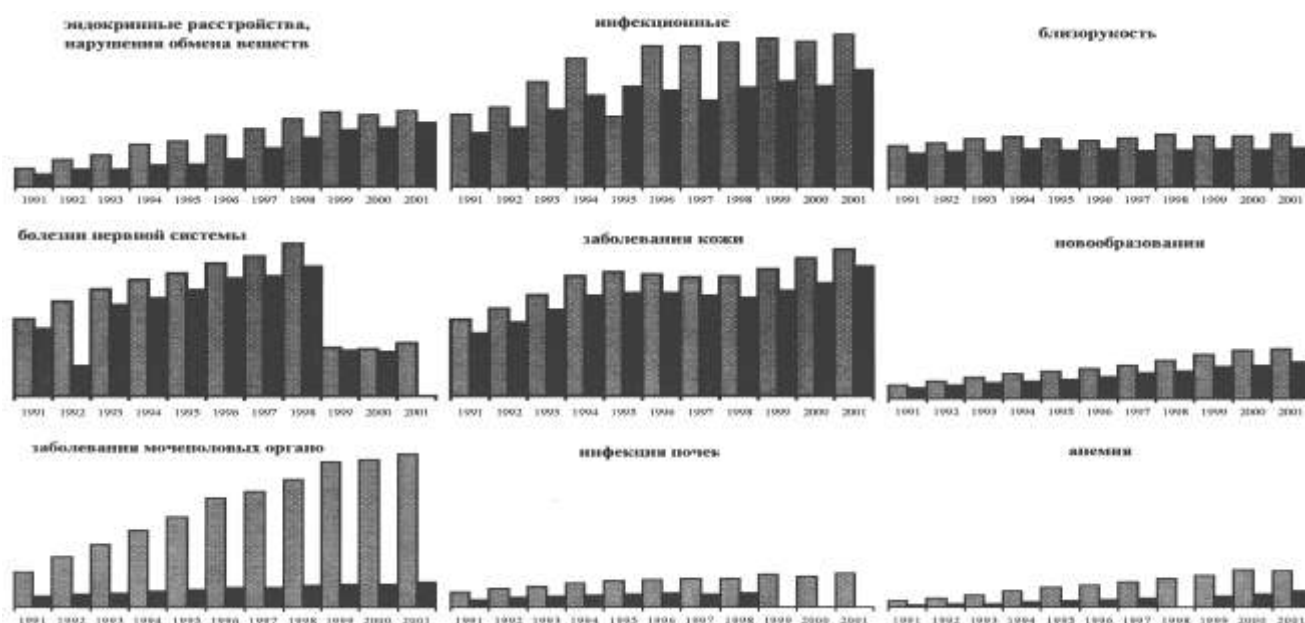


Рисунок 2.2. Заболевания, чаще встречающиеся среди девушек (на 100000 соответствующего населения)

Как показал проведенный анализ (таб. 2.2), осложненные беременность, роды и послеродовой период у 15-17-летних девушек выросли с 1991 по 2007 гг. в 4,2 раза, а расстройства менструаций — в 24 раза (с 11,31 до 149,75 на 100000 соответствующего населения)(таб. 2.2). В целом более 75,0% девушек-старшеклассниц имеют хронические соматические заболевания, а доля абсолютно здоровых девочек 0-17 лет за 90-е годы снизилась в 4,5 раза.

Анализ темпов изменения показателей выявил четкую реакцию организма детей 15 – 17-летнего возраста на изменения условий жизни в начале и конце 90-х гг. в виде увеличения числа патологических проявлений.

Так, в 1992 г. участились болезни системы кровообращения, язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки и гастрит, в 1993г. - эндокринные расстройства и атопический дерматит (в 2,1 и 1,9 раз, соответственно).

Второй подъем заболеваемости - в 1999 и последующие годы проявлялся значительным ростом артериальной гипертензии (в 1,91 раза), психических расстройств (в 1,48 раза) и функциональных расстройств желудка (на 15,0%).

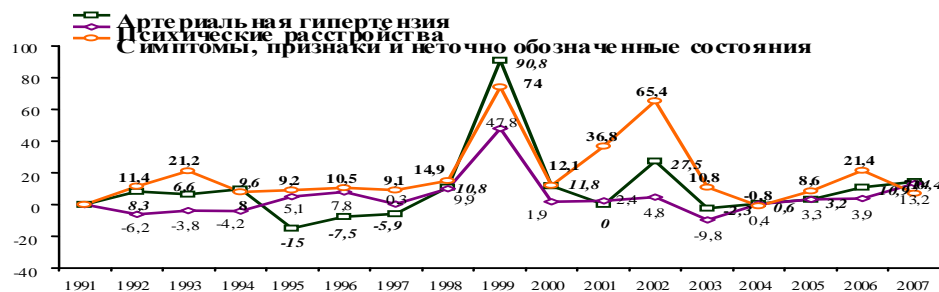


Рисунок 2.3 Темпы годовых изменений показателей заболеваемости у детей 15-17 лет

2.4. Анализ ежегодных профилактических осмотров детей

Используя материалы, изложенные в статистической форме № 31 (таблица 2500) о результатах профилактических осмотров детей в детских образовательных учреждениях, можно оценить объемы и динамику так называемых «школьных» заболеваний детей (нарушений слуха, зрения, дефектов речи, сколиоза и нарушений осанки).

При расчетах абсолютные числа соотносят с числом обследованных и получают показатель доли детей с тем или иным заболеванием (в %). Так рассчитывают показатели для детей:

0-17 лет (знаменатель в строке 01, графе 3);

0-14 лет (знаменатель в строке 02, графе 3); для детей поступающих в детский сад (знаменатель в строке 03, графе 3);

для детей поступающих в школу (знаменатель в строке 05, графе 3);

для детей 15 лет (знаменатель в строке 08, графе 3);

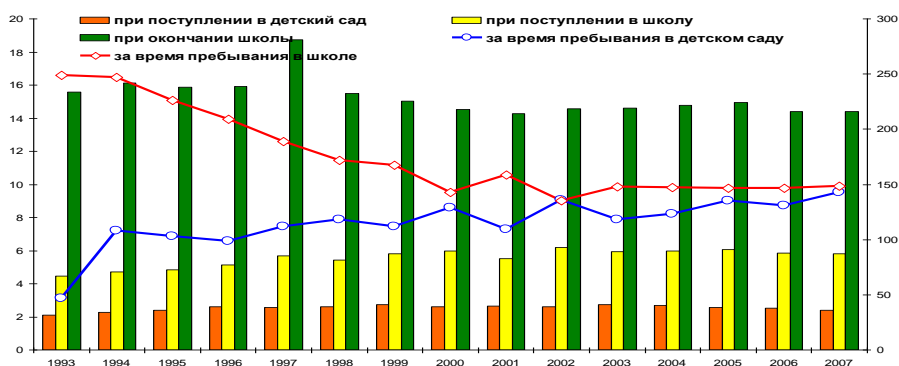
для детей оканчивающих школу (знаменатель в строке 090, графе 3).

Это позволяет рассчитать частоту возникновения каждого вида нарушений за время пребывания в детском саду. Для этого каждый вид показателя «перед поступлением в школу» (строка 05) делится на аналогичный показатель «перед поступлением в детское дошкольное учреждение» (строка 03).

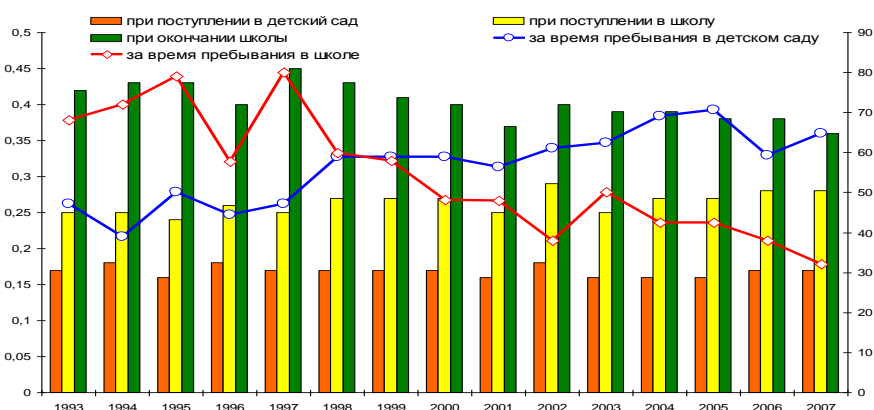
Для расчета частоты каждого вида нарушений за время пребывания в школе показатель «перед окончанием школы» (строка 09) делится на показатель «перед поступлением в школу» (строка 05).

Результаты этих расчетов представлены на рис. 2.4.

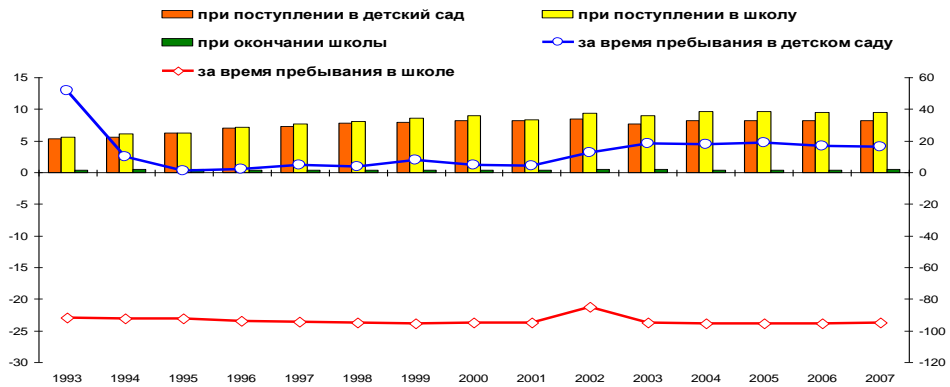
Нарушение зрения



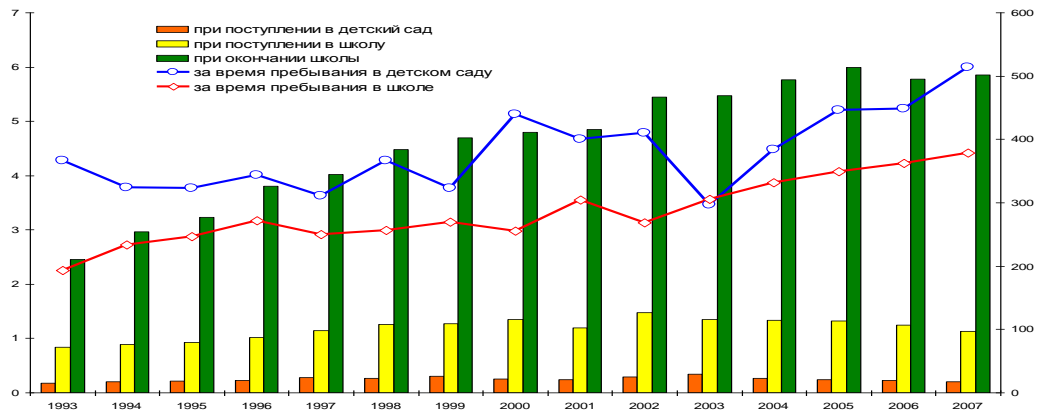
Нарушение слуха



Нарушение речи



Сколиоз



Нарушение осанки

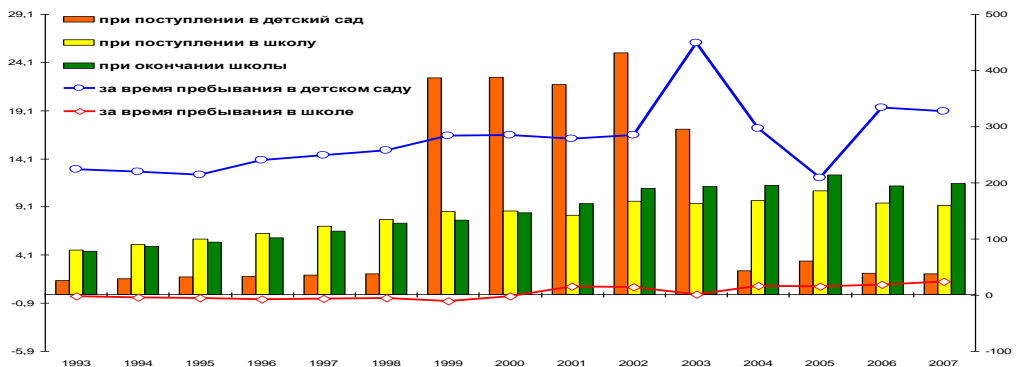


Рисунок 2.4 Погодовые показатели данных результатов профилактических осмотров детей в детских образовательных учреждениях

Как следует из приведенных данных, дети приходят в детский сад уже с имеющимися нарушениями зрения, слуха, речи, осанки. Острота зрения

при поступлении в детсад была снижена у максимального числа детей в 1994, 1997 и 2003 гг., а нарушения осанки – в 1999-2003 гг.

За время пребывания в детском саду нарушения зрения, слуха, осанки и проявления сколиоза с годами постоянно нарастают. Ухудшение нарушения речи, четко выраженное в начале 90-х годов почти прошло, но с 2002 г. в детском саду вновь стабильно речь детей ухудшается.

За время пребывания в школе рост числа детей со сколиозом с годами только увеличивается, а нарушение слуха и значительные потери остроты зрения за время учебы в школе с годами уменьшаются. Нарушения речи в школьные годы постоянно выправляются, а нарушения осанки с 2001 г. за время пребывания в школе медленно, но растут.

2.5. Психическое здоровье детей

Проследить за динамикой показателей психического здоровья детей можно по рисункам 2.5-2.8 и таблицам 2.4 и 2.5, полученным на основании данных формы федерального статистического наблюдения №10.

В целом психическими расстройствами и расстройствами поведения, а также непсихотическими проявлениями чаще страдают дети до 14 лет, а психозами и умственной отсталостью – 15 – 17 .

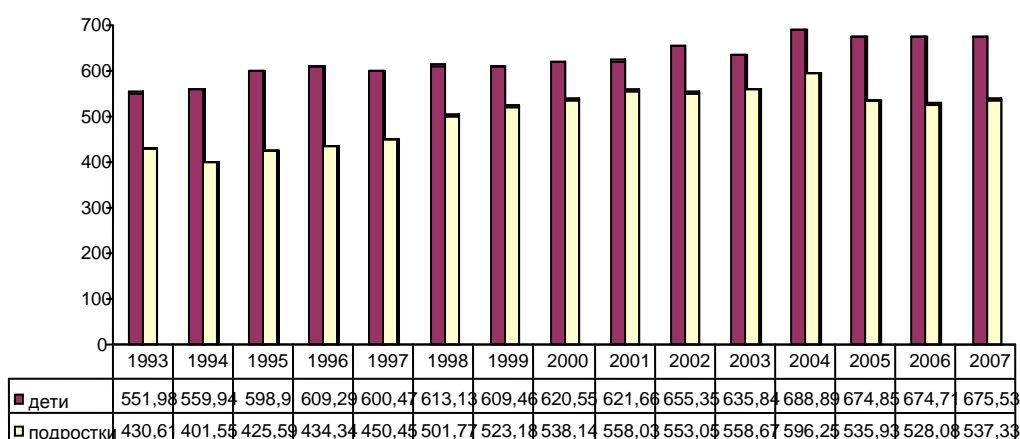


Рисунок. 2.5 Заболеваемость психическими расстройствами детей России (на 100000 соответствующего населения)

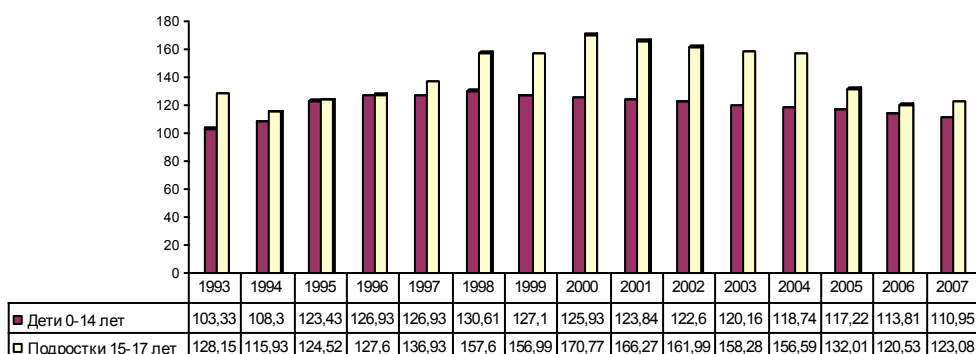


Рисунок.2.6 Заболеваемость умственной отсталостью детей России (на 100000 соответствующего населения)

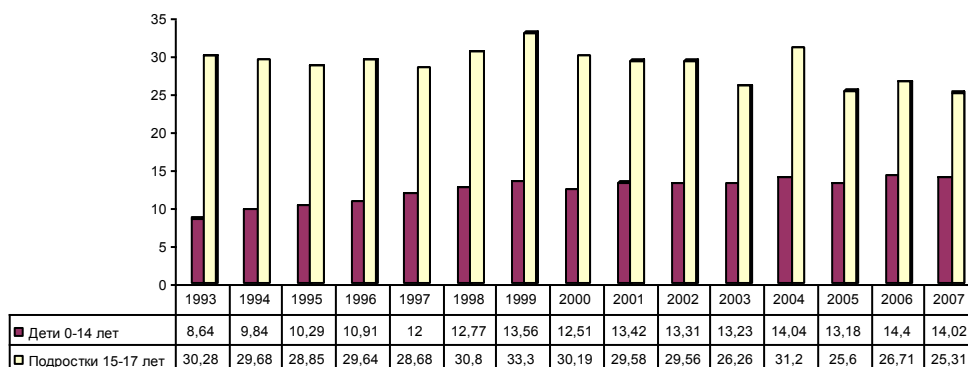


Рисунок 2.7. Заболеваемость психозами детей России (на 100000 соответствующего населения)

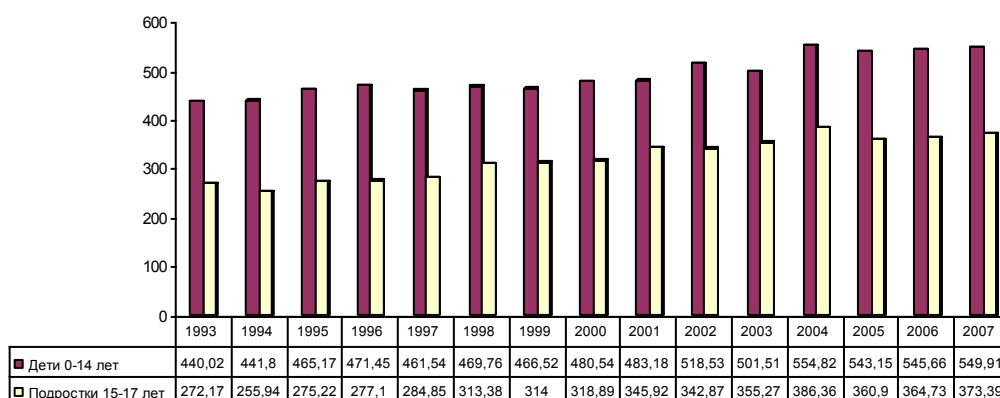


Рисунок 2.8. Заболеваемость непсихотическими психическими расстройствами детей России (на 100000 соответствующего населения)

Заболеваемость детей в возрасте 0 – 14 лет в современной России психическими расстройствами, в частности, непсихотическими проявлениями, постоянно растет (с 2004 г. по 2007 г. сохраняет свой максимально высокий уровень).

Заболеваемость детей 15 – 17 лет психозами была выражена в наибольшей степени в 1999 г., а умственная отсталость - с 1998 по 2004 гг.

Отмечаемое в последние три года у детей 15-17 лет снижение психической заболеваемости статистически недостоверно.

Прогностические модели свидетельствуют о возможном росте психических расстройств, особенно среди сельских жителей.

Таблица 2,3

Динамика частоты распространения психических расстройств у детей России

Заболевания	Дети 0-14 лет (на 100000)		±%	Дети 15-17 лет (на 100000)		±%
	1996	2007		1996	2007	
Психические расстройства всего	2769,75	3337,68	20,50	3526,46	4425,77	25,50
Умственная отсталость	793,52	810,87	2,19	1788,28	1836,95	2,72
Психозы	74,14	96,36	29,97	200,69	206,32	2,81
Непсихотические	1902,1	2427,74	27,63	1537,49	2335,89	51,93

При анализе показателей выявлено, что частота распространения психических расстройств, умственной отсталости и психозов преобладает в подростковом возрасте, а непсихотические расстройства (невротические реакции, нарушения поведения и т.п.) – у детей от 0 до 14 лет вкл.

Показатели психических расстройств у 15 – 17-летних, по сравнению с таковыми у детей до 14 лет, растут более быстрыми темпами, причем лидируют по темпам роста у 15 – 17-летних непсихотические психические расстройства. В результате разрыв в показателях непсихотических расстройств между этими возрастными группами сокращается (19,2% в 1996г. и 3,8% в 2007г.), что свидетельствует о более выраженной реакции современных детей в возрасте 15-17 лет на стрессогенные воздействия (табл. 2.5).

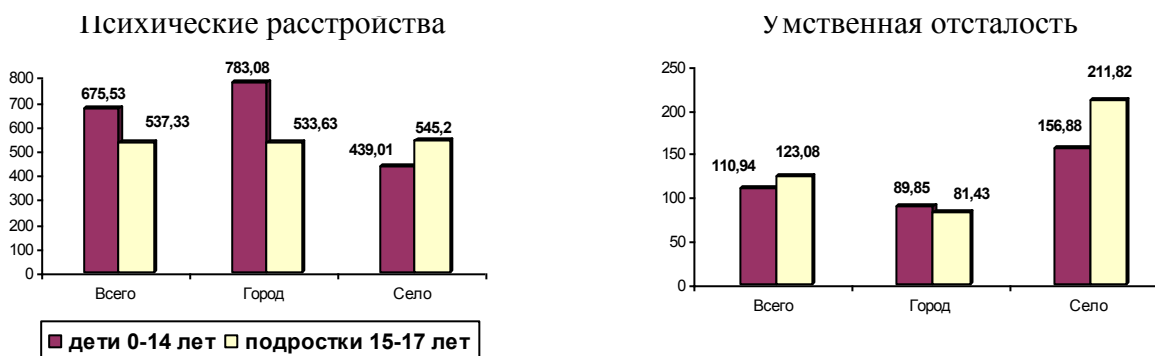
Психозы более быстрыми темпами растут в контингентах до 14 лет вкл. (в 10,7 раза по сравнению с темпами роста их у 15-17-летних), что свидетельствует о более ранних проявлениях их у детей до 15 лет современного поколения. Умственная отсталость увеличивается примерно одинаковыми темпами у детей обеих возрастных групп, и разница показателей сохраняется так же одинаковой.

Таблица 2.4

Соотношение показателей частоты распространения психических расстройств у детей в возрасте 0-14 вкл. и 15-17 лет

Заболевания	Соотношение показателей подростки/дети за 1996г.(%)	Соотношение показателей подростки/дети за 2007г. (%)
Психические расстройства всего	+27,3	+32,6
Умственная отсталость	+125,4	+126,5
Психозы	+170,7	+114,8
Непсихотические	-19,2	-3,8

Сравнительная оценка психических расстройств у детей города и села представлена на рис. 2.9.



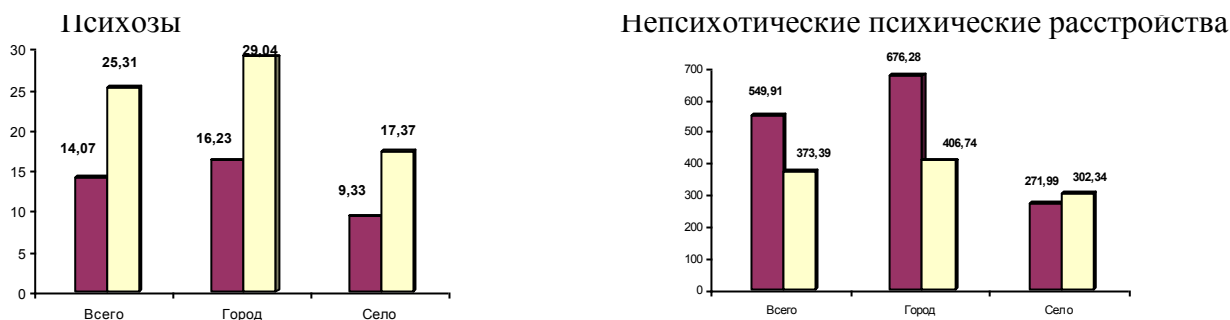


Рисунок 2.9 Показатели частоты психических расстройств у детей города и села в 2007г. (на 100000 населения соответствующего возраста)

Как показывают приведенные данные, у городских жителей (детей) чаще встречаются психозы, а также непсихотические расстройства, особенно у детей до 14 лет. Умственная отсталость преобладает среди сельских жителей, особенно это выражено в отношении сельских детей 15-17 лет. Так как умственная отсталость – явление мультифакториальное, она зависит от наследственных факторов и от употребления различных суррогатов алкоголя и токсикантов, что также более распространено на селе. Наибольшие значения показателя наблюдаются в 1998 и 2000 годах. Учитывая кризис, можно предполагать, что рост умственной отсталости у детей села будет нарастать.

2.6. Социозависимые заболевания детей

2.6.1. Наркотизация детей

Анализ данных о наркологических расстройствах среди населения показывает, что частота психических и поведенческих расстройств, связанных с употреблением различных психоактивных веществ, наибольшая в 15-17 лет. Размеры их во всех возрастах значительно выше у лиц мужского пола.

При этом частота хронического алкоголизма составляет в возрасте 7-14 лет у мальчиков 0,84 и у девочек 0,18 на 100 000 населения. Частота наркомании с возрастом также растет, но, достигнув своего максимума в 18-19 лет, в последующем постепенно снижается. Частота токсикомании наибольшая в 15-17 лет (14,6 и 1,6 на 100000 у мальчиков и девочек).

Ниже представлена динамика годовой разницы (темпов изменений) различных проявлений наркотизации у 15-17 лет и показателей заболеваний, обусловленных употреблением этих психоактивных веществ.

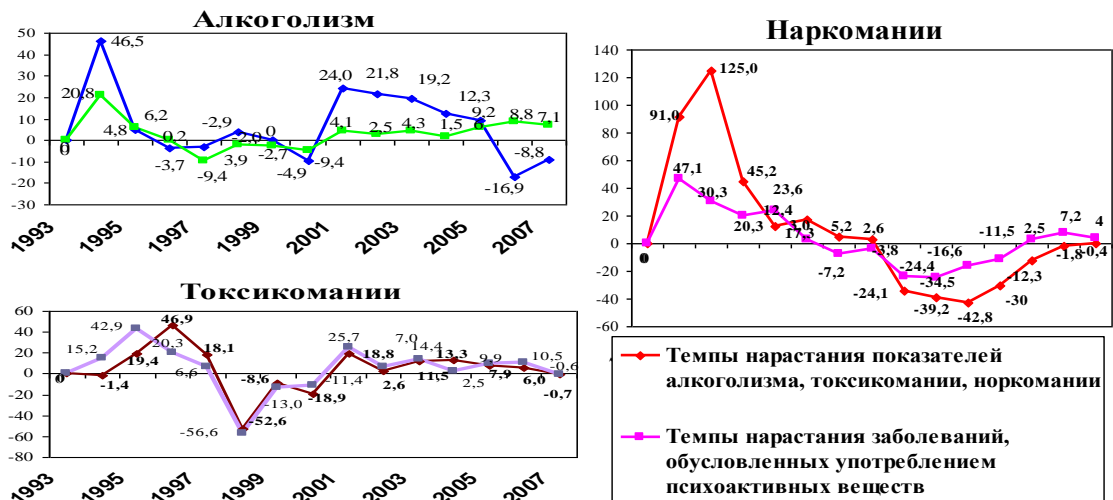


Рисунок 2.10. Темпы нарастания употребления психоактивных веществ детей 15-17 лет и заболеваний, обусловленных ими (в %)

Как показывают приведенные данные, максимальные темпы роста всех трех типов наркотизации детей 15 – 17 лет были выражены в наибольшей степени в период шоковых реформ начала 90-х гг. и после относительного спада во второй половине 90-х гг. – с начала нынешнего века вновь увеличиваются. Лидирует алкоголизация 15-17-летних, причем с 2001 по 2005 преобладали темпы роста хронического алкоголя, а с 2006 г. – темпы роста употребления алкоголя с вредными последствиями.

2.6.2. Другие социозависимые заболевания

Наряду с широким распространением среди детей психоактивных веществ в 90-е годы широкое распространение получили такие социозависимые заболевания, как активный туберкулез, инфекции, передаваемые преимущественно половым путем (ИППП), злокачественные новообразования (соответственно по данным статистических форм №№ 8,9,7).

Наибольшее число больных активным туберкулезом среди детей 0-14 лет регистрировалось в 1996-1998 гг. и в 2006г., а среди 15 – 17-летних – в 1999-2001г. (рис.2.10).

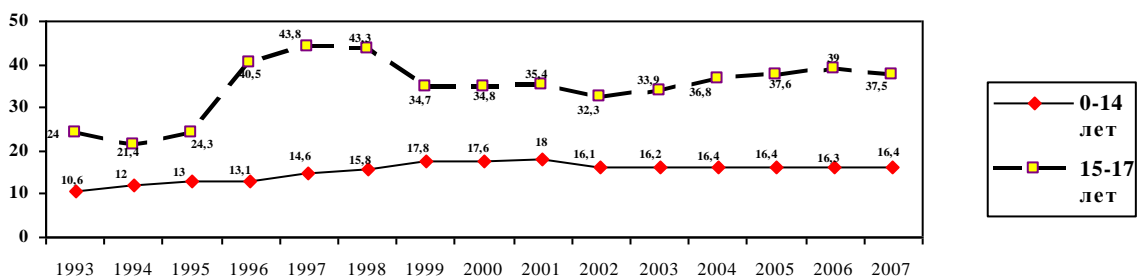


Рисунок 2.11. Показатели заболеваемости активным туберкулезом детей России (на 100000 соответствующего возраста)

Максимальные частоты ИППП у детей регистрировались в 1996-1998 гг. За период 1993-2007 гг. суммарный показатель основных ИППП (сифилис, гонорея, трихомоноз, хламидиоз и герпес гениталий) у детей до 14 лет вкл. возрос на 7,6%, 15-17 лет - снизился на 66,8%. (рис.2.11).

Соответственно соотношение показателей в этих возрастных группах уменьшилось: в 1996г. было кратно 73,2, а в 2007г. – 22,6, т.е. сократилось в 3,2 раза.

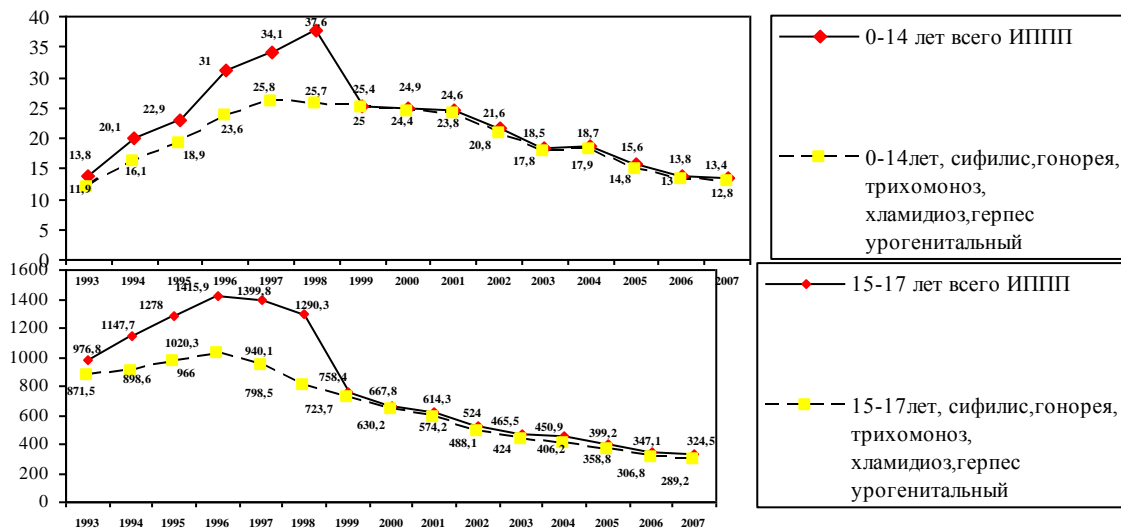


Рисунок 2.12. Заболеваемость в России детей 0-14 лет и 15-17 лет инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем (на 100000 лиц соответствующего возраста)

Инфицирование беременных женщин и их потомства ВИЧ-инфекцией

В настоящее время об инфицировании женщин ВИЧ инфекцией приводятся в двух отчетных формах: №32 и №61, а соответствующие сведения о детях 0-14 лет и 15-17 лет – в отчетной форме № 61.

Для того чтобы определить показатель частоты ВИЧ-инфицирования беременных (на 1000 беременных в данном году), следует абсолютное число ВИЧ-инфицированных беременных в каждом году из статистической формы № 61 разделить на число беременных, закончивших беременность в том же отчетном году (всего родами и абортами) из статистической формы № 32 и умножить полученный результат на 1000.

При этом надо учитывать, что данные числа беременных по форме №32 не менялись (таблица 2110, пункты 5+7), а данные о числе беременных, инфицированных ВИЧ, три раза претерпевали изменения: до 2004г. включительно это была таблица 1004, строка 07; в 2005-2006 гг. – таб.1006 графа 1, а в 2007г. – таблица 3001, графа 1.

Как следует из приведенных данных, число ВИЧ-инфицированных с годами умеренно увеличивается, а показатель инфицированных беременных относительно всего массива беременных, также возраставший до 2005г., стал затем постепенно снижаться (рис.2.12).

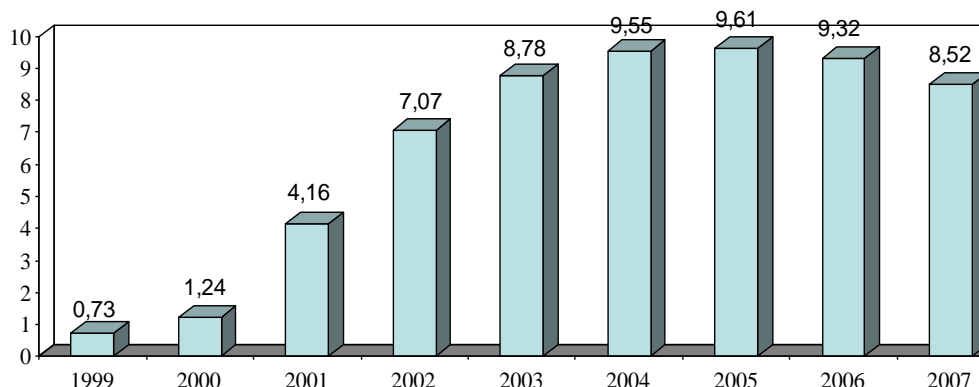


Рисунок 2.13. Динамика частоты ВИЧ-инфицированности беременных (на 1000 беременных, закончивших беременность родами или абортами)

Доля же инфицированных беременных, доводящих беременность до родов, с годами растет – как и доля рожденных ими живых детей.

Таблица 2.5

Частота ВИЧ-инфицирования детей (отчетная форма № 61)
(на 100000 соответствующего населения)

Годы	Возраст	0-14 лет		15-17 лет	
		всего	впервые	всего	Впервые
1999		1,89	1,18	22,75	19,0
2000		3,30	1,86	80,0	60,2
2001		6,26	3,23	155,90	93,2
2002		9,55	4,60	112,47	22,0
2003		3,80	1,20	99,40	9,76
2004		5,34	2,01	93,12	9,01
2005		7,66	2,54	51,72	8,28
2006		10,26	3,24	28,73	7,37
2007		12,86	3,19	13,74	6,61

Данные таблицы свидетельствуют о росте ВИЧ-инфицирования в среде детей до 15 лет и снижении данного показателя среди 15-17-летних. Временное увеличение показателя в 2001-2002 гг., по-видимому, связано с диспансеризацией детей и повышенной выявляемостью при их углубленном обследовании.

Заболеваемость детей злокачественными новообразованиями можно представить только среди 0-14-летних, т.к. в последующем возрастной интервал выходит за пределы детского возраста (рис.2.13).

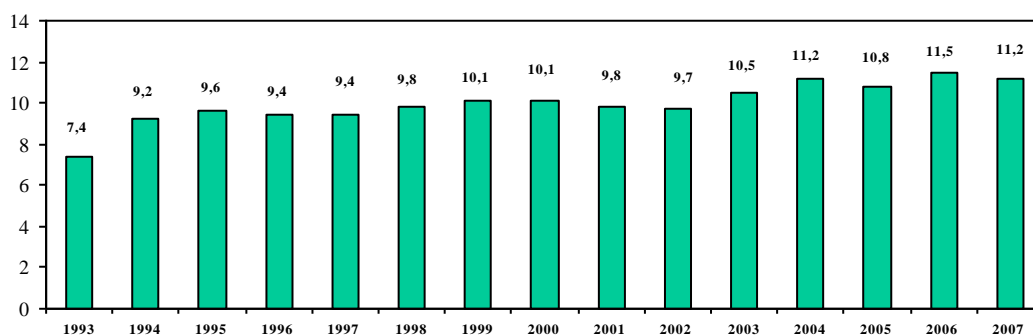


Рисунок 2.14 Заболеваемость детей РФ 0-14 лет злокачественными новообразованиями (состоящие на учете в онкоучреждениях) - на 100000 0-14-летних

Общий прирост за анализируемые годы (1993-2007) составил 50,1%. Оценка прироста по этапам показала, что с 1993 по 1994г. число зарегистрированных детей с онкозаболеваниями увеличилось на 24,3% (за счет возросшей полноты учета); с 1994 по 2000 гг. оно еще увеличилось на 9,8%.

В последующем после небольшого снижения показатель вновь вырос (с 2002 по 2007 гг. на 15,5%).

2.7. Тенденции изменения показателей детской инвалидности

Инвалидность у детей это – значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, формирования его личности.

Оценка закономерностей формирования инвалидности у детей необходима для выработки эффективных превентивных и коррекционных мер в раннем детстве, когда эти меры дают наибольший эффект.

Инвалидность по учитываемым статистикой возрастным периодам: 0-4, 5-9, 10-14 и 15-17 лет (последний возрастной интервал представлен за 2001-2006, т.к. до 2001г. срок детской инвалидности ограничивался возрастом 15 полных лет).

Структура инвалидности у детей дифференцирована в соответствии с возрастом ребенка.

Наиболее многочисленной группой детей-инвалидов являются дети 10-14 лет (в 2007г.– 232,5 на 10000 соответствующего возраста), а наименее многочисленной – инвалиды 0-4 лет (116,8 на 10000 детей этого возраста). Общая численность инвалидов среди мальчиков, чем у девочек и чем старше дети, тем эта разница более выражена.

Со времени введения статистической формы №19 в 1996г. общая инвалидность возрастала ежегодно до 2001г. (максимально у детей 10-14 лет, составляя +45,88%), после чего относительно стабилизировалась.

Сопоставление показателей впервые зарегистрированной инвалидности в 2007г. с 1996г. выявило во всех возрастах их отрицательную динамику (за исключением 0-4-летних).

Ниже в табл. 3.1 и 3.2 представлены данные сравнительного анализа динамики показателей общей и впервые зарегистрированной детской инвалидности с 1996 по 2007 гг.

Анализ приведенных данных свидетельствует о том, что число впервые зарегистрированных инвалидов было максимальным у детей 0-4 лет.

По оценке динамических изменений за весь оцениваемый период 1996-2007 гг. впервые зарегистрированная инвалидность во всех возрастах снижается.

В отличие от первичной, общая инвалидность детей обеих возрастных групп до 2006г. росла, хотя и в небольшой степени.

С 1996 по 2007гг. в возрастном периоде 0-4 лет все показатели, за исключением умственных, языковых и речевых, уродующих, выросли. В наибольшей степени рост зарегистрирован в отношении кардиореспираторных и пищеварительных нарушений (соответственно 66,84% и 57,36%). Общие и генерализованные нарушения увеличились на 36,27%; другие психологические на 29,93%; метаболические и ферментные – на 28,3%.

Таблица 2.6

Динамика показателей впервые зарегистрированной инвалидности у детей России (на 10000 детей соответствующего возраста)

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2007/ 1996
первичная инвалидность												
<i>0-4 года</i>												
40,11	43,68	43,59	42,45	41,64	38,59	40,04	39,97	40,84	40,21	40,49	36,90	-8,00
<i>5-9 лет</i>												
31,23	32,90	30,71	29,64	28,94	25,63	26,00	24,90	23,80	23,78	25,09	22,90	-26,67
<i>10-14 лет</i>												
29,92	32,31	28,78	27,12	25,89	22,56	21,78	20,90	19,78	19,48	20,69	17,30	-42,18
<i>15-17 лет</i>												
						19,22	17,91	17,54	17,26	16,79	14,00	-27,16
общая инвалидность												
<i>0-4 года</i>												
98,26	108,54	118,17	119,2	118,88	114,13	113,62	111,97	114,15	116,89	121,82	116,80	18,87
<i>5-9 лет</i>												
160,72	185,49	198,95	207,31	212,59	214,28	202,37	200,66	200,19	200,21	209,95	208,90	29,98
<i>10-14 лет</i>												
59,38	86,40	207,30	218,87	234,99	250,23	228,84	233,62	236,33	239,83	246,84	232,50	45,88
<i>15-17 лет</i>												
					202,34	228,27	238,22	242,50	245,45	253,33	228,60	12,98

Сравнение показателей нарушения функций у детей 5-9 лет с 1996 по 2007 гг. выявило преимущественный рост метаболических и ферментных нарушений (+78,41%); других психологических (+65,7%); пищеварительных (+39,0%), а также умственных (+38,3%); общих и генерализованных (+34,9). В результате к 2007 г., по сравнению с 1996 г., повысился ранг нарушений психического здоровья (2→1); других психологических (8→7); метаболических и ферментных (14→11); и пищеварительных (16→15).

В наибольшей степени у детей 10-14 лет за исследуемый период времени увеличились метаболические и ферментные, психологические и умственные нарушения (соответственно в 2,2 раза; 1,76 и 1,72 раза).

В 2007г., по сравнению с 1996г., у детей 10-14 лет произошли следующие изменения ранговых мест: поднялся ранг метаболических и ферментных нарушений (12→9), кардиореспираторных нарушений (6→5); психологических (8→7); общих и генерализованных (11→10); других висцеральных (13→12) и пищеварительных нарушений (15→14).

У 15-17-летних за период 2001-2007 гг. также произошли изменения ранговых мест: увеличились ранги нарушений кардиореспираторных (6→5); метаболических и ферментных (9→8); общих и генерализованных (11→10); а также нарушений со стороны системы крови и иммунной системы (15→14).

Таблица 2.7

Динамика возрастных показателей главных нарушений по Российской Федерации (на 10000 детей соответствующих возрастов)

Россия	0-4			5-9 лет			10-14 лет			15-17		
	1996	2007	2007 /1996	1996	2007	2007 /1996	1996	2007	2007 /1996	2001	2007	2007 /2001
Психического здоровья	18,58	17,0	-8,5	39,34	56,80	44,38	47,70	82,50	72,96	65,23	86,39	32,44
умственные	14,27	11,40	-20,11	30,65	42,40	38,34	38,08	65,60	72,27	51,19	68,88	34,55
др. психологические	4,31	5,60	29,93	8,69	14,40	65,71	9,62	16,90	75,68	14,04	17,52	24,77
языковые и речевые	3,60	3,30	-8,33	5,42	6,60	21,77	3,15	3,90	23,81	2,29	2,95	28,94
слуховые и вестибул	4,18	4,60	10,05	10,03	12,60	25,62	11,26	13,00	15,45	11,80	12,51	6,01
Зрительные	5,81	6,10	4,99	13,60	14,70	8,09	13,62	17,70	29,96	17,27	17,63	2,08
висцеральные и метаболические	22,27	33,30	49,53	37,38	49,60	32,69	37,20	53,30	43,28	47,47	54,83	15,50
Кардиореспираторные	9,35	15,60	66,84	14,18	18,70	31,88	13,50	18,40	36,30	17,13	17,74	3,54
крови и иммунитета	1,60	2,20	37,50	4,54	4,60	1,32	3,43	4,10	19,53	3,90	4,10	5,16
Пищеварительные	1,97	3,10	57,36	3,02	4,20	39,07	3,33	4,20	26,13	4,04	3,95	-2,20
Мочеполовые	3,38	4,10	21,30	6,90	6,80	-1,45	6,39	7,00	9,55	7,29	6,89	-5,53
метаболич.и ферментн	2,65	3,40	28,30	4,54	8,10	78,41	5,23	11,80	125,62	8,47	13,29	56,87
др. висцеральные	2,76	2,80	1,45	4,43	4,20	-5,19	4,57	4,50	-1,53	5,23	5,20	-0,53
Двигательные	30,01	37,20	23,96	40,08	50,90	27,00	34,04	45,60	33,96	42,26	47,38	12,11
Уродующие	9,04	8,90	-1,55	8,43	8,90	5,58	6,31	7,20	14,10	8,13	7,54	-7,27
общие и генерализован	4,77	6,50	36,27	6,45	8,70	34,88	6,10	9,30	52,46	7,89	10,09	27,93

Изменилась за истекшие годы и динамика заболеваний, обусловивших инвалидизацию детей.

Если в возрасте 0-4 года в 1996г. преобладала инвалидизация, вызванная болезнями нервной системы (в первую очередь, детским церебральным параличом), то спустя 11 лет – врожденные аномалии. По темпам роста среди заболеваний лидировали туберкулез и психозы (81,2 и 76,47%, соответственно).

В 5-9-летнем возрасте и в 1996 и в 2007 году лидировали болезни нервной системы, хотя уровень их к 2007г. снизился (с 57,16 до 50,30 на 10000 соответствующего населения). Второе место у 5-9-летних занимали в 1996г., как и у 0-4-летних, врожденные аномалии, а в 2007г. – психические расстройства и нарушения поведения. Темпы роста психозов в этом возрасте составляя 132,88% (туберкулез – 100,0% и сахарный диабет 85,8%).

Таблица 2.8

Показатели заболеваний, обуславливающих инвалидность у детей в РФ (на 10000 детей соответствующего возраста)

Россия	0-4			5-9 лет			10-14 лет			15-17		
Заболевания	1996	2007	2007/ 1996	1996	2007	2007/ 1996	1996	2007	2007/ 1996	1996	2007	2007/ 2001
Инфекционные и паразитарные	1,25	1,50	20,00	1,56	1,90	21,79	1,54	1,30	-15,58	1,64	1,87	13,75
в т.ч.: - туберкулез	0,22	0,40	81,82	0,25	0,50	100,00	0,21	0,40	90,48	0,90	1,01	11,89
Новообразования	2,09	3,20	53,11	4,69	6,40	36,46	4,58	6,00	31,00	5,67	6,67	17,64
в т.ч.: - злокачественные	0,76	1,10	44,74	2,24	2,90	29,46	2,05	2,60	26,83	2,46	2,58	4,77
Крови, иммун. механиз.	0,99	1,20	21,21	1,98	2,30	16,16	1,93	2,40	24,35	2,16	2,12	-1,78
Эндокринн. нар. обмена	3,48	4,10	17,82	6,31	10,10	60,06	7,54	15,20	101,59	11,12	17,36	56,14
в т.ч.: - сахарный диабет	0,83	1,40	68,67	3,12	5,80	85,90	4,69	10,60	126,01	7,38	12,76	72,94
Психические рас-тва	9,00	6,60	-26,67	28,11	44,70	59,02	37,67	69,90	85,56	52,74	73,56	39,47
в т.ч.: - психозы	0,34	0,60	76,47	2,19	5,10	132,88	3,06	6,60	115,69	4,13	6,58	59,44
- умственная отсталость	4,61	3,40	-26,25	18,86	29,00	53,76	27,98	52,90	89,06	40,02	56,96	42,32
- орган. непсихог. рас-ва	2,21	0,80	-63,80	3,95	4,40	11,39	4,04	6,00	48,51	4,50	6,07	34,84
Бол. нервной системы*	34,09	35,00	2,67	57,16	50,30	-12,00	47,46	42,40	-10,66	35,73	40,90	14,48
в т.ч.: - системные атрофии ЦНС	2,86	0,50	-82,52	3,91	0,70	-82,10	3,21	0,90	-71,96	1,21	0,90	-25,62
- ДЦП*	19,50	22,60	15,90	28,66	31,80	10,96	23,49	23,90	1,75	17,50	21,62	23,54
Бол. глаза, его прид. апл.	3,44	4,10	19,19	9,75	11,50	17,95	9,83	14,50	47,51	13,74	14,48	5,39
Бол. уха, сосцев. отростка	3,27	4,40	34,56	8,34	12,10	45,08	9,45	12,40	31,22	10,99	11,88	8,06
Бол. сист. кровообращен.	0,95	1,00	5,26	1,31	2,00	52,67	1,29	2,80	117,05	2,02	3,26	61,55
Бол. органов дыхания	2,49	1,70	-31,73	7,43	6,50	-12,52	8,80	8,60	-2,27	9,81	8,11	-17,32
в т.ч.: - бронхиальная астма	2,02	1,20	-40,59	6,53	5,40	-17,30	7,35	7,50	2,04	8,09	7,10	-12,21
Бол. орг. пищеварения	1,31	1,50	14,50	2,36	2,50	5,93	2,82	2,80	-0,71	3,01	2,52	-16,19
Бол. кожи и подкожной клетчатки	1,45	0,80	-44,83	2,03	1,70	-16,26	1,71	1,90	11,11	2,12	1,81	-14,50
Бол. костно-мышечн. сис	2,89	2,00	-30,80	6,73	6,20	-7,88	8,46	9,20	8,75	13,67	13,27	-2,94
в т.ч.: - сист. поражение соединит. ткани	0,18	0,10	-44,44	0,46	0,30	-34,78	0,71	0,70	-1,41	1,12	0,89	-20,76
Бол. мочеполовой сист.	2,55	2,10	-17,65	5,73	4,70	-17,98	5,42	5,30	-2,21	5,63	5,34	-5,17
- бол. почек	1,23	1,70	38,21	3,02	4,00	32,45	2,81	4,50	60,14	4,41	4,54	2,99
Состоян. перинатальног периода	3,66	1,20	-67,21	2,02	0,60	-70,30	1,26	0,40	-68,25	0,38	0,32	-14,66
Врожденные аномалии	29,68	45,50	53,30	28,59	42,30	47,95	20,19	32,40	60,48	23,96	29,16	21,70
в т.ч.: - хромосомные нарушения	3,24	5,30	63,58	2,66	3,70	39,10	1,73	2,70	56,07	2,38	2,36	-0,68
Травмы и отравления	1,34	1,10	-17,91	3,78	3,10	-17,99	4,89	5,00	2,25	7,91	6,68	-15,50

У 10-14-летних в 1996г. так же лидировали болезни нервной системы, но к 2007 г. психические расстройства поднялись со второго на первое место; второе место заняла умственная отсталость, третье и четвертое места заняли болезни нервной системы и врожденные аномалии. Максимальными темпами в этом возрасте увеличивались диабет, болезни органов кровообращения, психозы и умственная отсталость (соответственно +126,0; +117,05; +115,09 и +85,56%).

Среди детей 15-17 лет первые ранговые места занимают психические расстройства (2001г. – 52,74 и 2007г. – 73,56 на 10000 населения), умственная отсталость (соответственно 40,02 и 56,96); болезни нервной системы (35,73 и 40,9) и врожденные аномалии (23,9 и 29,16 на 10000 детей данного возраста).

Темпы роста заболеваний, послуживших причиной инвалидности у 15-17 летних те же, что и у детей 10-14 лет – сахарный диабет, болезни органов кровообращения, психозы и умственная отсталость, которые составляют соответственно 72,94; 61,55; 59,44 и 42,32 процентов.

Таким образом, используя представленные в данном разделе Руководства статистические формы государственной статистической отчетности можно получить исчерпывающие сведения о здоровье детей разных возрастов, региональных особенностях здоровья и здравоохранения, о качестве оказываемой им медицинской помощи.

3. МЕТОДОЛОГИЯ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АНАЛИЗА

Одна из возможностей повышения эффективности и качества медицинского обслуживания населения заложена в сфере управления системой здравоохранения.

Любой руководитель здравоохранения муниципального образования не может нормально управлять, если он не владеет всей необходимой достоверной медико-статистической информацией.

В муниципальном образовании собирается и накапливается масса различных сведений, медицинских отчетов, но лишь часть их становится необходимой, полезной и своевременной информацией.

В ходе своей управленческой деятельности каждый руководитель муниципального образования всегда сталкивается с необходимостью решения трех взаимосвязанных задач:

- 1) определение стратегии, т. е. общей цели;
- 2) принятие решений;
- 3) организация их выполнения.

Ни одну из этих задач нельзя решить успешно, если организатор не обладает необходимым минимумом знаний об объектах управления в данный момент и в каждой конкретной ситуации.

Руководители муниципального образования в текущей и перспективной работе постоянно используют статистические данные о здоровье населения, медицинских кадрах, сети учреждений, финансировании, организации и деятельности различных служб здравоохранения.

Деятельность любого учреждения здравоохранения немыслима без серьезного анализа. Анализ статистической информации является основной стадией управленческого процесса в здравоохранении, определяющего состояние здоровья населения и эффективность системы здравоохранения. С его помощью выявляются конкретные проблемы, определяются приоритеты, ставятся необходимые задачи для более полного и рационального использования кадровых, финансовых, материально-технических ресурсов.

Целью данного руководства является информационное обеспечение руководителей учреждений здравоохранения на основе анализа с применением унифицированных методик проведения расчетов основных показателей, характеризующих состояние здоровья обслуживаемого населения и деятельность учреждений здравоохранения.

Руководство предназначено для проведения анализа деятельности учреждений здравоохранения, отражая основные принципы и методологию оценки деятельности учреждения, которые являются основой для принятия правильных управленческих решений.

Понятия «управление» и «информация» неотделимы друг от друга, и как информация теряет свой смысл без управления, так и управление невозможно без информации.

Управление – это процесс сбора, хранения, анализа и использования информации о достижении целей системы, а также об эффективности принимаемых решений и предпринимаемых действий. Это процесс

планирования, организации, мотивации и контроля, необходимый для того, чтобы сформулировать и достичь целей организации.

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, системе здравоохранения, медицинской науке, различных факторах внешней среды, необходимые для целей управления здравоохранением.

Показатель - это количественная характеристика конкретной информации в системе управления (в т.ч. и 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. **Критерий** – это признак, который служит для оценивания, или принцип оценки.

Основными видами статистических показателей являются:

- интенсивные коэффициенты;
- коэффициенты соотношения;
- экстенсивные коэффициенты;
- относительные числа наглядности;
- показатели соотношения;
- общие и специальные коэффициенты.

Большинство коэффициентов (например, интенсивных, соотношения и др.) рассчитываются преимущественно на среднегодовую численность населения. Исключение составляют коэффициенты, основанные на абсолютных численностях явлений, если они учитываются по состоянию на конец года; в таком случае они соотносятся с численностью населения также на конец года.

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.

Оценка и анализ деятельности учреждения здравоохранения базируются на:

- грамотном сборе первичной информации о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- использовании современных информационных технологий и математических методов обработки информации;
- умении устанавливать причинно-следственные связи между действиями и результатами (выводы должны основываться на доказанных фактах);
- системном подходе к анализу рассматриваемого явления.

Игнорирование этих методологических подходов приводит к недостоверным, искаженным оценкам деятельности, к принятию ошибочных управленческих решений, не способных улучшить результаты деятельности учреждения здравоохранения.

Анализ можно рассматривать как особый вид управленческой деятельности, занимающий промежуточное звено между сбором информации и принятием обоснованных решений.

Проведение анализа по целевому признаку можно разделить на следующие основные виды:

- получение объективной оценки функционирования объекта и субъекта управления;
- разработка прогноза развития;
- составление обоснованного плана развития;
- контроль за выполнением решений;
- оперативное регулирование деятельности;
- выявление узких мест и имеющихся резервов;
- подведение результатов деятельности за конкретный промежуток времени.

При аналитической обработке медицинской информации, с управленческой точки зрения, на этом этапе, прежде всего, необходимо использование таких процедур, которые в последующем обеспечат принятие обоснованных решений.

Среди таких процедур необходимо отметить проведение сравнений (с нормативами, в динамике с предыдущими периодами; со средними по территории или отрасли, с оптимальными или достигнутыми значениями, с передовыми учреждениями и службами), а также определение тенденций, выявление причинных связей и оценку влияния различных факторов.

Результаты анализа используются для формирования выводов и осуществления технологии управления (подготовка проектов решений, принятия решений, реализация решений и оценка их эффективности).

Показатели деятельности учреждений здравоохранения оценивают на основе сравнения в динамике по годам, месяцам (дням) с последующим определением эффективности работы. Практическое значение статистических сравнений состоит в том, что, являясь основой временного и пространственного анализа, они способствуют выполнению контрольно-

организаторской функции статистики, помогают находить резервы и неиспользованные возможности служб и учреждений здравоохранения.

В практике здравоохранения часто используются сравнения с нормативными, а также специальными расчетными показателями. Сравнение с нормативными показателями, как правило, производится в процентах, баллах, сигмальных отклонениях. В ряде случаев сравнивают с прогнозируемыми (ожидаемыми) показателями.

Процедуру сравнения можно представить следующим образом: после определения цели отбираются объекты для сравнения – подразделения, отделения, кабинеты. Затем выбирается вид сравнения, который определяется задачей при анализе. Если задача заключается в исследовании динамики показателя, выбирается динамическое сравнение, если нужно оценить результаты работы одинаковых (типовых) подразделений – используется пространственное сравнение, если интересует качество работы, ведется сравнение с нормативом. Для углубленной характеристики рекомендуется проводить сравнения по всем направлениям. На активном использовании статистических сравнений основываются статистические таблицы и графики. Таблицу нельзя прочесть и понять, если не проведено сравнение имеющихся в ней данных друг с другом. Качество анализа зависит от выбора методов и соблюдения правил сравнения.

При проведении анализа могут применяться различные методы: системный анализ, экономический, сравнительный, последовательной подстановки, структуризации целей, нормативный, моделирования, функционально-стоимостной, балансовый, корреляционно-регрессионный и т.д. Перечень применяемых методов зависит от целей анализа и подготовленности управленческого персонала. В обычных условиях управления набор применяемых методов должен, как минимум, включать те процедуры, которые были перечислены выше.

Основной принцип анализа заключается в оценке величины показателя, сопоставлении и сравнении его в динамике с другими объектами и группами наблюдений в различных временных промежутках, в определении связи между показателями, их обусловленности различными факторами и причинами, в интерпретации данных и выводов. Для более детального анализа может быть использована информация первичной учетной медицинской документации и специальных исследований.

Для всех учреждений здравоохранения существуют единые подходы к ведению учета и отчетности и, соответственно, единые формы учета и инструкции по их заполнению, единые формы статистической отчетности, утверждаемые Федеральной службой статистики (федеральное государственное статистическое наблюдение - ГСН) и Минздравсоцразвития России (отраслевая статистическая отчетность).

Это позволяет выполнять одно из важнейших требований к медицинской статистике - обобщать в государственном масштабе статистические данные по здравоохранению для возможности сравнения результатов, оценки деятельности и принятия решений.

Традиционная система статистики в здравоохранении основана на организации сбора информации, получении данных в виде отчетов, которые составляются в учреждениях низового уровня, а затем суммируются на промежуточных и высших уровнях. Система отчетов имеет как преимущества (единая программа, сравнение однотипных показателей объема работы и использования ресурсов, простота и малая стоимость сбора материалов), так и определенные недостатки (малая оперативность, жесткость и негибкость программ, ограниченный набор сведений, неконтролируемые ошибки учета и т.д.).

Деятельность учреждений здравоохранения учитывается в используемой первичной медицинской документации, разделенной на семь групп:

- в стационаре;
- в поликлинике;
- в стационаре и поликлинике;
- в других учреждениях здравоохранения;
- в учреждениях судебно-медицинской экспертизы;
- в лабораториях;
- в санитарно-профилактических учреждениях.

Статистический учет и отчетность необходимы каждому учреждению здравоохранения и его руководителям в первую очередь. Годовой медицинский статистический отчет представляет собой сводку данных об объемах и характере работы учреждения, условиях, в которых протекала деятельность учреждения.

Анализ этих данных помогает выявить причины отрицательной динамики показателей работы учреждения в целом или его отдельных структурных подразделений. В то же время, являясь как бы летописью учреждения, последовательно, из года в год, составляемые годовые отчеты содержат сведения, необходимые для проведения анализа в динамике, для составления различного рода справок, докладов и т.д. Если годовые отчетные данные освещают существующее положение дела, то анализ материалов за более длительный период позволяет определить динамику отраженных в отчете явлений, указывает направление, в котором развивается та или иная сторона деятельности учреждения здравоохранения.

При проведении анализа показатели объединяются в группы, характеризующие определенную функцию учреждения здравоохранения, раздел работы, подразделение или обслуживаемый контингент.

В зависимости от используемой информации и времени проведения различают оперативный анализ (на основе ежедневно поступающей информации) и периодический анализ (по установленным периодам времени – ежемесячный, квартальный и т.д.).

По кругу изучаемых вопросов анализ подразделяется на полный и тематический.

На основании сведений, содержащихся в учетных и отчетных формах, разрабатываются всевозможные таблицы, на основании которых для

наглядности представляемой информации выполняются диаграммы, графики. Графический прием анализа информации является средством иллюстрации процессов работы и исчисления ряда показателей и оформления результатов анализа. Далее разрабатывается текстовая часть анализа с учетом всей полученной информации.

Оценка и анализ деятельности любого учреждения здравоохранения проводятся для:

1. разработки мероприятий для текущего и перспективного планирования;
2. совершенствования управления деятельностью учреждения в целом и его отдельных структурных звеньев;
3. более углубленного изучения эффективности различных методов диагностики, лечения и профилактики, новых медицинских технологий, различных организационных форм работы;
4. совершенствования организации труда в медицинском учреждении;
5. оценки финансово-экономической деятельности учреждения;
6. оценки всех компонентов структуры, технологии и результатов качества оказания медицинской помощи и совершенствования работы в соответствии со стратегией непрерывного улучшения качества и доступности медицинской помощи.

4. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ СТАТИСТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ МАТЕРИАЛОВ НАБЛЮДЕНИЙ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*

4.1. Динамические сравнения

Одним из наиболее распространенных видов анализа является сравнение данных в динамике: по периодам, годам, месяцам, дням недели и т.д.

Сравнение в динамике производится с помощью различных приемов обработки данных.

В динамике могут сравниваться практически все величины: абсолютные числа, средние величины, интенсивные показатели. Не рекомендуется сравнивать в динамике экстенсивные величины (доля, удельный вес), так как величина их изменения зависит от соотношения внутри совокупности.

Для того чтобы оценить изменения, происшедшие в динамике, вычисляют темп прироста (он может быть положительным или отрицательным).

Темп прироста — отношение абсолютного прироста к предыдущему уровню, принятому за 100. Он свидетельствует, на сколько процентов произошло изменение по сравнению с прошлым годом (или периодом).

Счетная обработка данных ведется в следующем порядке (табл. 2-1): вначале вычисляется абсолютный прирост по сравнению с предыдущим годом, а затем этот прирост выражается в процентах по отношению к предыдущему уровню. Это – темп прироста.

Таблица 2-1

Изменение средней длительности лечения больных с язвенной болезнью желудка в хирургическом отделении

Годы	Средняя длительность лечения (в днях)	Абсолютное изменение (в днях)	Темп прироста (в %)	Показатель наглядности (%)
2003	26	-	-	100,0
2004	23	-3	-11,5	88,5
2005	20	-3	-13,0	77,0

В примере средняя длительность лечения в отделении снизилась в 2004г. на 11,5% по сравнению с 2003г., а в 2005г.— на 13% по сравнению с 2004г.

Можно применить еще один прием анализа, рассмотрев все данные в динамике по сравнению с одним (исходным, базовым) годом, принятым за 100. Такой прием называют вычислением **показателя наглядности**²³.

В нашем примере ясно видно снижение показателей. Если среднюю длительность лечения в 2003г. принять за 100, то в 2004г. она будет

²³ Случанко И.С., Церковный Г.Ф. Статистическая информация в управлении учреждениями здравоохранения. М., «Медицина», 1976, 224 с.

составлять 88,5% от 2003г., а в 2005г. — 77% от того же 2003г., т. е. можно наглядно видеть динамику за ряд лет.

Так же анализируются относительные величины (коэффициенты), например снижение показателей временной утраты трудоспособности у рабочих цехового участка за год (табл. 2-2).

Если анализировать изменения по абсолютным изменениям, можно сказать, что нетрудоспособность снизилась на 10 случаев на 100 работающих и на 50 дней на 100 работающих.

Возникает даже впечатление о более значительном росте числа дней нетрудоспособности. Но это обманчивое представление, так как показатели относятся к разным характеристикам и не могут быть сравнимы на основании абсолютных изменений.

Таблица 2-2

Динамика заболеваемости с временной утратой трудоспособности

Годы	Случаи нетрудоспособности на 100 работающих	Дни нетрудоспособности на 100 работающих	Темп прироста («К»)	
			Случаи нетрудоспособности	Дни нетрудоспособности
2004	105,0	950,0	-	-
2005	95,0	900,0	-9,5	-5,2
Абсолютное изменение	-10,0	-50,0	-	-

Темп прироста, т.е. процентное отношение, ясно показывает, что снижение случаев утраты трудоспособности шло более интенсивно, чем дней. Таким образом, следует ожидать некоторого увеличения средней длительности одного случая. Руководителям экспертизы трудоспособности следует проанализировать это положение.

4.2. Статистическая оценка достоверности полученных результатов

Точность показателей и средней величины как характеристики анализируемых явлений и событий зависит от числа наблюдений. Чем больше число наблюдений, тем результат надежнее, достовернее. Малое число наблюдений вселяет неуверенность в значимость полученного показателя и поэтому многие врачи-организаторы здравоохранения предпочитают не вычислять в этих случаях показатели, а проводить сравнение на абсолютных данных.

Ошибка средней величины показателя может быть точно определена математическим путем и оценена. Этот метод оценки основан на закономерностях случайных вариаций, установленных теорией вероятности.

Формулы вычисления средней ошибки:

Для показателей —

$$m = \sqrt{\frac{pq}{n}}$$

Для средней величины —

$$m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}},$$

где m — средняя ошибка показателя или средней величины; p — величина показателя, выраженная в процентах или миллипроцентах; q — величина, обратная показателю события, т. е. $1-p$, $100-p$, $1000-p$; σ — среднее квадратическое отклонение; n — число наблюдений.

Как можно видеть из формулы, величина ошибки обратно пропорциональна числу наблюдений.

Однако для получения высоко достоверных показателей нельзя беспредельно увеличивать число наблюдений, да и конкретные материалы представляют собой четко ограниченные по численности группы наблюдений.

Для оценки в этом случае может быть принят ориентировочно следующий прием: показатель (или средняя величина) должен в 2 раза, а лучше в 3 раза превышать свою среднюю ошибку. Тогда показатель может считаться достоверным.

Пример. Средняя длительность лечения больных с язвенной болезнью желудка была 23 дня при $\sigma = \pm 1,5$, $n = 64$ человека.

Ошибка средней величины

$$m = \frac{\sigma}{\sqrt{n}} = \frac{1,5}{\sqrt{64}} = \frac{1,5}{8} = \pm 0,18.$$

Средняя величина 23 дня во много раз превышает свою утроенную ошибку ($23 > 0,18 \cdot 3$). Следовательно, можно считать полученный результат достоверным.

Летальность равнялась 2%.

Ошибка показателя

$$m = \sqrt{\frac{pq}{n}} = \sqrt{\frac{2 \cdot 98}{64}} = 3,0 = \pm 1,7.$$

Показатель летальности (2%) меньше, чем его удвоенная ошибка ($2 < 1,7 \cdot 2$). Следовательно, полученный показатель недостоверен, его величина сложилась случайно от обстоятельств.

Одним из основных моментов анализа является сравнение полученных показателей по различным группам, объектам и во времени. На различиях этих показателей строятся анализ и оценка.

Во всех случаях сравнения необходимо определение достоверности разности показателей.

Доказательством достоверности разности является ошибка этой разности, которая определяется по формуле:

$$m_{\text{разн}} = \sqrt{m_1^2 + m_2^2},$$

где m_1 — средняя ошибка первого показателя (или средней величины); m_2 — средняя ошибка второго показателя (или средней величины).

Различия между показателями считаются достоверными, если разность показателей будет превышать более чем в 2 раза (лучше в 3 раза) свою ошибку (среднюю ошибку разности). Это отношение и частное, получаемое при этом, называется коэффициентом достоверности:

$$t = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}; \quad t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}.$$

При $t > 2$ различия не случайны, существенны, достоверны. При $t < 2$ различия случайны, недостоверны и число наблюдений в этом случае недостаточно.

Пример 1. Послеоперационная летальность в хирургическом отделении одной больницы была равна 3%, а в другой — 2%. Докажем, действительно ли разность в 1% достоверна и зависит от существующих в этих отделениях различных хирургических и организационных подходов.

Отделение №1: $n_1 = 144$, $p_1 = 3\%$, $m_1 = \pm 1,4$
 Отделение №2: $n_2 = 169$, $p_2 = 2\%$, $m_2 = \pm 1,0$

Разность $p_1 - p_2 = 1\%$, $m_{\text{разн.}} = \pm 1,7$

Разность показателей летальности (1%) меньше своей ошибки, она составляет лишь 0,6 ее значения ($t = 0,6$). Следовательно, в рассматриваемых двух отделениях различия недостоверны. Они сложились в результате каких-то случайных обстоятельств и не являются закономерными для этих отделений.

Пример 2. В этих же двух отделениях средняя длительность лечения при данном заболевании была разной: в первом 23 дня, во втором 20 дней. Рассмотрим, достоверны ли эти различия.

Отделение № 1: $n_1 = 144$, $p_1 = 23$ дня $\sigma_1 = \pm 1,5$ $m_1 = \pm 0,12$
 Отделение № 2: $n_2 = 169$, $p_2 = 20$ дней $\sigma_2 = \pm 3,0$ $m_2 = \pm 0,23$

Разность $\bar{x}_1 - \bar{x}_2 = 3$ дня, $m_{\text{разн.}} = \pm 0,44$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} = \frac{23 - 20}{\sqrt{0,12^2 + 0,23^2}} = \frac{3}{0,44} = 7$$

Различия в среднем пребывании больного в хирургических отделениях достоверны, не случайны и зависят от мероприятий, проведенных в отделении № 2 по снижению длительности лечения.

Метод оценки достоверности показателей и средних величин очень широко используется в клинико-статистических работах, а также при анализе материалов о качестве эффективности лечения, оценки методов лечения и проведения оздоровительных мероприятий, диспансеризации больных. Он особенно необходим при сравнении показателей по отделениям, участкам, контингентам больных, динамических сдвигах, когда численность

наблюдений небольшая или имеют место малые различия между показателями. Применение этого метода целесообразно при анализе летальности, средней длительности лечения, послеоперационных осложнений, доли сельских жителей в отделении, в стационаре. При анализе поликлинических показателей особенно важно определение достоверности показателей при оценке эффективности диспансеризации, нагрузки врачей, показателей обслуживания детей раннего возраста в детской поликлинике по участкам или в динамике.

Демографические показатели и показатели заболеваемости, основанные на больших численностях населения (более тысячи), редко нуждаются в подобной проверке. Но показатели заболеваемости, полученные на малых контингентах, особенно в специально проводимых исследованиях, или показатели детской смертности по районам требуют доказательства достоверности различий при сравнении.

Приведем примеры использования метода оценки достоверности показателей в практике здравоохранения.

Сравнивается средняя фактическая длительность лечения больных в двух центральных районных больницах. При гипертонической болезни в первой больнице она составила $13 \pm 0,8$ дня, во второй — $17 \pm 0,7$ дня ($t=4$), при бронхите, эмфиземе и астме — соответственно $12 \pm 0,5$ и 16 ± 1 ($t=4$), при мочекаменной болезни — $7 \pm 0,9$ и $11,5 \pm 0,6$ ($t=3$) и болезнях мочеполовых органов — $10,5 \pm 0,4$ и $13,5 \pm 0,5$ дня ($t=4$). Автор сделал вывод об отсутствии единых подходов к обследованию и лечению больных со сходными заболеваниями в больницах аналогичного типа и необходимости разработки показаний к госпитализации на разных уровнях.

Анализируя больничную летальность при терапевтических заболеваниях в Ленинграде в 1973г., В. П. Шестаков делает важные организационные выводы при сравнении летальности в различных «узкоспециализированных» отделениях терапевтического профиля больниц при различных заболеваниях.

Так, рассмотрим, насколько различны показатели летальности в отделениях кардиоревматологического профиля и отделениях для больных с инфарктом миокарда - $5,2 \pm 0,21$ и $4,0 \pm 0,1$ ($t=6$) соответственно; нефрологического и гастроэнтерологического - $2,8 \pm 0,13$ и $0,8 \pm 0,02$ ($t=14$), т.е., действительно, показатели летальности по этим профилям отделений различны, разность их достоверна.

Нередко данный метод оценки достоверности применяют при рассмотрении показателей распределения (экстенсивных показателей, удельного веса). Делать это не рекомендуется, так как определенный вывод на основании этого сделать нельзя.

Метод оценки достоверности показателей и средних величин, рассмотренный выше (метод Стьюдента), применяют при сравнении двух величин. Если необходимо сравнить большее количество объектов и групп наблюдения, их сравнивают попарно или применяют метод «хи-квадрат», который изложен в специальных пособиях.

4.3. Стандартизованные показатели

При анализе материалов о здоровье населения, деятельности лечебно-профилактических учреждений, качестве оказания медицинской помощи, эффективности лечебных и оздоровительных мероприятий применяется сравнение показателей и средних величин. Но это сравнение дает истинный результат, если число наблюдений достаточно (показатели достоверны) и вычислены они в отношении качественно однородных совокупностей.

Например, показатели летальности двух детских больниц можно сравнивать, если эти две больницы имеют однородный состав отделений, примерно одинаковый возрастной состав больных детей и возможно одинаковые условия госпитализации детей в эти больницы. Сопоставление показателей производственного травматизма в двух механических цехах значительно облегчается, если состав рабочих этих двух цехов по полу, возрасту, профессии, стажу работы примерно одинаков. Но если состав сравниваемых групп населения различен, сравнение не дает правильного соотношения общих показателей.

Для иллюстрации приведем схематичный пример (табл. 2-3).

Таблица 2-3

Летальность от очаговой пневмонии в двух детских больницах

Возраст больных в годах	Больница № 1			Больница № 2		
	Число больных	Число умерших	Показатель летальности	Число больных	Число умерших	Показатель летальности
0-3	1500	90	6,0	500	40	8,0
4-7	500	10	2,0	500	15	3,0
Старше 7	500	5	1,0	1500	22	1,5
Всего	2500	105	4,2	2500	77	3,1

Все показатели летальности в отдельности для каждой возрастной группы детей в больнице № 1 ниже по сравнению с подобными показателями в больнице № 2. Следовательно, и общий показатель летальности в больнице № 1 должен быть более низким, чем в больнице № 2. А фактически он выше. Объясняется это тем, что состав больных детей по возрасту в сравниваемых больницах различен: в больнице № 1 60% детей в возрасте до 3 лет (1500 детей), а в больнице № 2 таких детей лишь 20% (500 детей). Дети младшего возраста обычно имеют более высокие показатели летальности. Таким образом, имея более низкие показатели летальности по возрастным группам больных детей в больнице № 1, общий показатель летальности в этой больнице оказался выше, чем в больнице № 2.

Обычно в таких случаях, когда приходится сравнивать общие показатели в двух совокупностях, состав которых не одинаков, выводы делают не на основании общих показателей, а на основании сравнения по

групповых показателей (в данном примере по возрасту детей). Но если сравнение ведется в нескольких совокупностях (несколько больниц, несколько районов) и необходим общий показатель, то проводится стандартизация показателей.

Статистический метод, позволяющий получить показатели, годные для сравнения в двух совокупностях, неоднородных по своему составу, называется методом стандартизации. Он позволяет исключить влияние неодинакового состава сравниваемых групп на общие показатели. В результате проведения этого метода получают стандартизованные показатели. Стандартизованные показатели — условные, т. е. показатели, которые могли бы быть при условии одинакового состава населения или больных.

Рассмотрим технику проведения стандартизации показателей по прямому методу, не останавливаясь подробно на обосновании каждого этапа. Более детально эти методы описаны в специальных пособиях. Сущность этого метода состоит в том, что условно принимают какой-либо состав населения или больных за стандарт и считают его одинаковым в сравниваемых совокупностях. Затем, учитывая действительные размеры явления по групповым показателям, вычисляют общие стандартизованные коэффициенты. Для вычисления стандартизованных показателей прямым методом исследователь должен иметь состав населения или больных и состав изучаемого явления.

Стандартизация проводится в такой последовательности:

- 1) вычисление погрупповых показателей;
- 2) выбор или вычисление стандарта;
- 3) вычисление «ожидаемого» числа больных или умерших по стандарту;
- 4) определение стандартизованного показателя.

Рассмотрим технику стандартизации показателей летальности от очаговой пневмонии в двух детских больницах (фактические данные приведены в табл. 2-3).

Первый этап стандартизации уже сделан: повозрастные показатели летальности вычислены.

Второй этап — расчет стандарта.

За стандарт может быть принят:

- а) состав одной из сравниваемых групп;
- б) средний состав или состав обеих групп, вместе взятых;
- в) состав третьего объекта, известного по другим материалам или по предыдущим исследованиям.

В нашем примере за стандарт можно взять любой из предложенных вариантов. В данном случае за стандарт принят состав детей суммарно по двум больницам (А+Б). Проще вести дальнейший расчет, если стандарт будет адаптирован к 100 или 1000 (табл. 2-4).

Третий этап — вычисление «ожидаемого числа больных или умерших по стандарту.

Имея в виду фактическую летальность больных детей по возрастным группам в каждой из больниц, но принимая условно состав детей по возрасту в обеих больницах одинаковым, как в стандарте, рассчитывают «ожидаемое» число умерших, т. е. среди стандартного числа детей в возрасте 0—3 года (40) при летальности 6,0 в больнице А и 8,0 в больнице Б, можно «ожидать» 2,4 и 3,2 умерших. Стандартное число детей в возрасте 4—7 лет 20 человек. Летальность в больнице А 2,0, в больнице Б — 3,0%. Расчет ведется так:

$$\begin{array}{r} 2,0 — 100 \\ x — 20 \\ \hline x = 0,4 \end{array} \qquad \begin{array}{r} 3,0 — 100 \\ x — 20 \\ \hline x = 0,6 \end{array}$$

Четвертый этап — определение стандартизованного показателя. Суммируя «ожидаемое» число умерших по возрастным группам, получаем, что в больнице А среди 100 больных в стандарте может умереть 3,2 больного, в больнице Б — 4,4 больного. Это и есть стандартизованные показатели, которые свидетельствуют о том, что если бы состав больных детей в больнице А и больнице Б был одинаковым, то летальность в больнице Б была бы выше (см. табл. 2-4). Более низкий фактический показатель в больнице Б обусловлен своеобразным (старшим) возрастным составом детей (см. табл. 2-3).

Таблица 2-4

Проведение стандартизации показателей летальности в двух детских больницах

Возраст больных в годах	Число больных детей в двух больницах А + Б	Стандарт в %	Фактическая летальность		Число умерших детей по стандарту	
			в больнице А	в больнице Б	в больнице А	в больнице Б
0-3	2000	40	6,0	8,0	2,4	3,2
4-7	1000	20	2,0	3,0	0,4	0,6
Старше 7	2000	40	1,0	1,5	0,4	0,6
Всего	5000	100	4,2	3,1	3,2	4,4

Стандартизованные показатели особенно широко используются для сравнения показателей смертности в различных районах, показателей заболеваемости хроническими болезнями по территориям, показателей летальности и средней длительности лечения в разных больницах и отделениях.

Признаком, который влияет на размеры показателей и по которому чаще всего отличаются сравниваемые совокупности, является возраст.

Приведем некоторые примеры использования стандартизованных показателей в практике здравоохранения (табл. 2-5).

Таблица 2-5

Смертность от злокачественных новообразований

Субъекты	Обычные показатели	Стандартизованные показатели
Субъект А	125,3	200,6
Субъект В	183,0	158,3
Субъект С	81,6	120,8
Субъект Д	90,9	98,5

Как можно видеть из приведенных в табл. 2-5 данных, высокие показатели в Субъекте В и низкие показатели в Субъекте А и Субъекте С связаны с более пожилым населением первого Субъекта и молодым в двух других. Если бы возрастной состав населения во всех Субъектах был бы одинаков, то показатели смертности были бы значительно выше в Субъекте А и ранговые места между республиками распределились бы иначе.

Игнорирование факта влияния неоднородности сравниваемых групп на общие показатели ведет к искаженной интерпретации клинических результатов. При изучении нового метода лечения наблюдаемая (опытная) группа и контрольная группа должны быть максимально однородными по возрасту, тяжести заболевания, течению патологического процесса и т. д.

Необходимо предостеречь от ошибок, связанных с применением этого метода. Прежде всего, экстенсивные показатели не подлежат стандартизации.

Важно правильно провести группировку совокупности по возрасту, длительности лечения, заболеваниям и т. д. Малая группировка усредняет результаты, большая детализация сглаживает или не выявляет четких различий.

Одним из основных моментов стандартизации является выбор стандарта. Лучше брать среднее между сравниваемыми совокупностями, а при сравнении в динамике — за близкий период.

Методы математико-статистического анализа, такие, как метод «хи-квадрат», корреляционный анализ, непараметрические критерии и другие, более сложные методы обработки, можно найти в специальных пособиях.

5. СХЕМА АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

5.1. Сведения о территории обслуживания и общая характеристика учреждения здравоохранения

Общая характеристика территории

Анализ административно-территориального деления включает:

- медико-географическое описание территории,
- описание особенностей изменения численности и состава населения (городского, сельского), плотности и миграционных потоков населения
- характеристику административного центра и крупнейших городов
- характеристику сельских населенных пунктов.

Желательно общую характеристику дополнить основными показателями, характеризующими социально-экономическое положение территории (по данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики):

- численность работающих в организациях (тысяч человек);
- среднемесячная номинальная начисленная заработная плата (руб.);
- наличие общей площади жилых домов (на конец года, тысяч квадратных метров);
- число предприятий и организаций (на конец года), в т.ч.:
 - ♦ промышленности
 - ♦ сельского хозяйства
 - ♦ строительства
 - ♦ транспорта и связи
 - ♦ торговли и общественного питания
 - ♦ жилищно-коммунального хозяйства
 - ♦ бытового обслуживания населения
 - ♦ образования
 - ♦ культуры
 - ♦ науки и научного обслуживания
 - ♦ управления
- число действующих крупных и средних предприятий (на конец года), единиц;
 - численность работающих в промышленности, (человек);
 - число предприятий, имеющих выбросы вредных веществ в атмосферу.

5.2. Общая характеристика учреждения здравоохранения

Общая характеристика учреждения здравоохранения включает в себя

- месторасположение учреждения здравоохранения и его почтовый адрес;
- мощность поликлиники, стационара (число коек на конец года);

- структуру учреждения здравоохранения (отделения, лаборатории, кабинеты и т.д.);
- количество зданий, их техническое состояние;
- оснащенность подразделений учреждения здравоохранения диагностической и лечебной аппаратурой, новые приобретения;
- внедрение новых диагностических и лечебных методов;

Общие сведения об учреждении здравоохранения содержатся в «Паспорте учреждения здравоохранения» и в статистической отчетной форме № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».

5.3. Состояние здоровья населения

5.3.1. Анализ медико-демографических данных

Анализ медико-демографических данных включает:

- описание численности, состава и динамики населения.
- основные медико-демографические показатели.
- анализ показателей в сравнении с предыдущими годами (как минимум, за три последних года), со средне-областными значениями и выявление тенденций.

Численность населения по состоянию на конец года и численность среднегодового населения:

Всего, в т.ч.:

- взрослое население с распределением:
 - по полу (в т.ч. женщины фертильного возраста -15-49 лет),
 - на городское и сельское,
 - трудоспособное население и население старше трудоспособного возраста (мужчины 60 лет и старше, женщины – 55 лет и старше);
- детское население – с разбивкой по полу, возрасту (до 1 года, 0-17 лет, в т.ч. 0-14 лет, 15-17 лет включительно), по городу и селу.

Отдельно указывают прикрепленное сельское население.

Сведения предоставляются территориальным органом Федеральной службы государственной статистики, недостающие сведения учитываются по данным ТФОМС или по данным паспортов участков. Основные медико-демографические показатели – предоставляются территориальным органом Федеральной службы статистики (Таблица 3-1).

При анализе медико-демографических данных необходимо сравнивать соответствующие коэффициенты за несколько лет по территории, анализировать их в сравнении со средне-областными значениями.

Необходимо описать **тенденции изменения медико-демографической ситуации по прикрепленной территории**, желательно с указанием возможных причин колебаний коэффициентов, сравнение этих тенденций с данными других учреждений здравоохранения, а также со средне-областными значениями. Для этого используют динамические сравнения (см. раздел 3.1.).

Таблица 3-1

Перечень основных демографических показателей, используемых для анализа

№ п/п	Наименование показателей	Алгоритм расчета показателей	Источник информации
1.	Численность постоянного населения на 01.01.	Абсолютные числа	Росстат
2.	Среднегодовая численность населения	Абсолютные числа	Росстат
3.	Общий коэффициент рождаемости (на 1000 населения)	$\frac{\text{Число родившихся живыми за год}}{1000} \times \text{Среднегодовая численность населения}$	Росстат
4.	Возрастной коэффициент рождаемости	$\frac{\text{Число родившихся у матерей в возрасте X}}{\text{Число женщин в возрасте X}} \times 1000$	Росстат
5.	Суммарный коэффициент рождаемости	$\frac{\text{Сумма возрастных коэффициентов рождаемости по 5-летним группам}}{1000} \times 5$	Росстат
6.	Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	$\frac{\text{Число умерших год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$	Росстат
7.	Стандартизованный коэффициент смертности	По специальным алгоритмам	Росстат
8.	Коэффициент смертности по причинам смерти (на 100 тыс. населения)	$\frac{\text{Число умерших от указанной причины}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100000$	Росстат
9.	Коэффициент естественного прироста	Разность общих коэффициентов рождаемости и смертности	Росстат
10.	Коэффициент депопуляции	$\frac{\text{Число родившихся}}{\text{Число умерших}}$	Росстат
11.	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	По специальным алгоритмам	Росстат
12.	Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	По специальным алгоритмам	Росстат
13.	Смертность детей в возрасте до 5 лет	По специальным алгоритмам	Росстат
14.	Коэффициент мертворожденности	$\frac{\text{Число смертей плода на 28-й и более неделе беременности}}{\text{Число живорожденных + число смертей плода на 28-й и более неделе беременности}} \times 1000$	Росстат
15.	Коэффициент перинатальной	$\frac{\text{Число смертей 0-6 дней жизни + число смертей плода на 28-й и более неделе}}{\text{Число живорожденных + число смертей плода на 28-й и более неделе}}$	Росстат

	смертности	$\frac{\text{беременности)} \times 1000}{\text{(Число живорожденных + число смертей плода на 28-й и более неделе беременности)}}$	
16.	Коэффициент неонатальной смертности	$\frac{\text{Число смертей до 28 дней жизни} \times 1000}{\text{(Число живорожденных)}}$	Росстат
17.	Материнская смертность (на 100000 живорожденных)	$\frac{\text{(Число женщин, умерших во время беременности, родов и в течение 42-х дней после родов)} \times 100000}{\text{(Число живорожденных)}}$	Росстат
18.	Смертность населения данной возрастной группы (повозрастная смертность)	$\frac{\text{(Число лиц, умерших в данном возрасте за год)} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность населения данного возраста}}$	Росстат
19.	Структура причин смерти (%)	$\frac{\text{(Число умерших за год от данной причины смерти)} \times 100}{\text{(Число умерших за год)}}$	Росстат

5.3.2. Анализ заболеваемости и инвалидности населения

Заболеваемость является одним из показателей, характеризующих состояние здоровья населения. Почти вся регистрируемая заболеваемость является заболеваемостью по обращаемости, то есть она не отражает истинной заболеваемости населения. Это связано с тем, что не все больные обращаются в учреждения здравоохранения в случае болезни.

При стабильности сбора информации показатели позволяют оценивать общие тенденции заболеваемости населения, особенно при оценке динамических рядов за несколько лет.

Заболеваемость населения как явление и процесс характеризуется очень сложными влияниями и взаимоотношениями индивидуального и коллективного, биологического и социального. Методы учета и анализа заболеваемости населения постоянно развиваются и видоизменяются в соответствии с меняющимися задачами здравоохранения.

Данные о заболеваемости служат объективным методом оценки уровня и изменений в здоровье населения и одним из критериев оценки работы учреждений здравоохранения.

Для полного и всестороннего представления о заболеваемости населения целесообразно иметь статистические материалы по следующим основным ее видам:

- общая заболеваемость (частота распространения);
- первичная заболеваемость (заболевания установленные впервые в жизни);
- заболеваемость острыми инфекционными (эпидемическими) болезнями;
- заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
- заболеваемость госпитализированных больных;

- заболеваемость по данным медицинских осмотров (комплексных, профилактических, специальных обследований);
- профессиональная заболеваемость;
- заболеваемость лиц, из групп населения состоящих под диспансерным наблюдением;
- заболеваемость по данным о численности умерших (по причинам смерти) – при условии достаточной доли патологоанатомических вскрытий;
- первичный выход на инвалидность (по данным МСЭК).

Каждому виду заболеваемости присущи специфические формы и методы сбора, обработки и анализа первичных материалов.

Наиболее общие задачи могут решаться с помощью существующей статистической отчетности, а более частные задачи должны быть предметом специальных выборочных статистических исследований.

Таким образом, статистическое изучение и анализ материалов о заболеваемости населения должны осуществляться с применением различных способов и методов, выработанных санитарной статистикой, и обязательно базироваться на достижениях современной науки и вычислительной техники с использованием централизованного, децентрализованного способов обработки данных.

Одной из главных методических предпосылок научного изучения заболеваемости населения, наряду с единством методов и способов сбора и обработки первичных данных о заболеваниях, является наличие международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ-10).

В каждом конкретном случае следует учитывать, что обращаемость населения за медицинской помощью сама по себе определяется рядом факторов, к числу которых, прежде всего, относятся:

- ♦ **доступность** амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи (расстояние, число врачей, число коек, организация амбулаторно-поликлинического приема и другое);
- ♦ **активность** в работе амбулаторно-поликлинического звена (активные посещения больных, диспансерное наблюдение, санитарно-просветительная работа, медицинские осмотры);
- ♦ **степень специализации** медицинской помощи (наличие врачей-специалистов, специализация коечного фонда, оснащенность соответствующей медицинской аппаратурой);
- ♦ **законодательство** в области здравоохранения, социального страхования и медико-социальной экспертизы;
- ♦ **культурный уровень** населения и **сознательность в отношении к состоянию своего здоровья.**

Следует всегда иметь в виду, что, несмотря на доступность медицинской помощи населению, данные о заболеваемости, получаемые на основе материалов об обращаемости, характеризуют только зарегистрированную заболеваемость.

При анализе заболеваемости населения необходимо сравнивать соответствующие показатели за несколько лет по территории, анализировать их в сравнении со средне-областными значениями. Необходимо описать тенденции изменения заболеваемости населения по территории обслуживания, желательно с объяснением возможных причин колебаний показателей, сравнение этих тенденций с другими учреждениями здравоохранения, в целом по области и по РФ.

5.3.3. Финансово-экономическая деятельность учреждения здравоохранения

Общеизвестно, что ресурсы здравоохранения ограничены, а основные затраты на медицинские услуги ложатся «на плечи» налогоплательщиков. Анализ и выявление причин, приводящих к увеличению затрат на единицу «продукта» (медицинскую услугу), становятся одной из главных задач органов и учреждений здравоохранения.

Обеспечение руководителей необходимой своевременной, достоверной аналитической информацией экономического характера, способствующей повышению эффективности использования имеющихся ресурсов (кадров, коек, оборудования, финансов и др.) является главной целью экономического анализа деятельности учреждений здравоохранения.

Конечной целью всей экономической деятельности является удовлетворение многообразных потребностей людей, в том числе в товарах и услугах здравоохранения, в здоровье.

Потребности людей в товарах и услугах для сохранения и укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации достаточно велики и продолжают расти, а финансовые и материально-технические ресурсы учреждений здравоохранения для их удовлетворения недостаточны, и поиск дополнительных ресурсов – весьма нелегкая задача, решать которую нужно исходя из возможностей рыночной экономики.

5.3.3.1. Основные принципы проведения экономического анализа.

- **Принцип нормативного подхода.**

Все показатели, используемые для экономического анализа, начиная от показателей, характеризующих потребность, и заканчивая показателями оценки качества лечения, рассчитываются и анализируются с учетом имеющихся нормативов. В случае отсутствия нормативов используются сложившиеся уровни (средние за 3 последних года) или расчетно-плановые значения.

- **Сравнение показателей «в пространстве и времени».**

При данном анализе проводят сравнение фактически достигнутых результатов с плановыми показателями, сравнение с предыдущим периодом, со средними отраслевыми показателями, с показателями однотипных учреждений здравоохранения.

• **Принцип учета взаимосвязей показателей, характеризующих внешние и внутренние функции и связи.**

При анализе связей между объектами принято выделять две стадии – качественный и количественный анализ связей, а также влияние внешнесредовых воздействий на результат функционирования объекта. Важно определить влияние одной группы показателей (внешних) на другую группу показателей (внутренних).

Для оценки влияния внешних систем на показатели деятельности объектов здравоохранения можно использовать метод ранговой корреляции. Показатели, функционально связанные друг с другом, следует оценивать вместе. Для оценки устойчивости во времени следует сравнить показатели взаимодействия за несколько лет.

5.3.3.2. Состав и последовательность экономического анализа.

Состав и последовательность экономического анализа включают исследование:

- обобщающих показателей, характеризующих реальный спрос населения на стационарную и амбулаторно-поликлиническую помощь;
- обобщающих показателей, характеризующих реальное предложение учреждения здравоохранения, позволяющее удовлетворить спрос населения на стационарном и амбулаторном этапах;
- стоимостных показателей использования материальных и финансовых ресурсов;
- использования трудовых ресурсов;
- себестоимости медицинских услуг;
- финансового обеспечения;
- эффективности деятельности хозяйственных подразделений;
- принятие управленческих решений.

5.3.3.3. Расчет стоимостных показателей учреждений здравоохранения.

Стоимостные показатели на основе сметы расходов.

Для расчета стоимостных показателей используются финансовый отчет по статьям сметы расходов, статистические отчетные данные за отчетный временной отрезок. Алгоритм расчета представлен в следующем виде:

- средняя стоимость содержания одной больничной койки (за квартал, полугодие, год) рассчитывается делением суммы всех расходов стационара на среднегодовое число коек за рассматриваемый промежуток времени. Среднегодовое число коек определяем путем деления суммы функционирующих коек ежемесячно на 12 (число месяцев в году);
- среднюю стоимость одного дня пребывания больного в отделении и в целом по стационару можно определить, разделив сумму всех затрат за промежуток времени на число проведенных койко-дней в стационаре;
- средняя стоимость пролеченного больного рассчитывается путем деления суммы всех затрат по стационару (отделению, профилю коек) на

число выбывших больных (сумма выписанных и умерших) за промежуток времени.

Определение структуры затрат по статьям сметы расходов:

– удельный вес постатейных (в смете расходов) затрат (в процентном отношении) в стоимости содержания одной больничной койки стационара (отделения) определяем следующим путем: фактические затраты по N-й статье сметы расходов делим на всю сумму затрат по больнице (отделению), умножаем на 100 и полученное произведение делим на среднегодовое число коек. Данный показатель может быть рассчитан за квартал, полугодие, год;

– удельный вес постатейных затрат в стоимости выбывших больных определяется аналогичным путем: фактические затраты по N-й статье сметы расходов делим на всю сумму расходов по больнице (отделению), умножаем на 100 и полученное произведение делим на число выбывших больных;

– стоимость одного дня пребывания больного в стационаре по N-й статье сметы расходов определяем так: фактические затраты по N-й статье делим на число проведенных в больнице койко-дней.

Структура затрат на диагностику, лечение, операции, анестезиологические пособия и т.п. (в процентном отношении) рассчитывается делением фактического дохода параклинических отделений (лаборатории, отделения функциональной диагностики и др.), оперблока, анестезиологического отделения и т.п. в целом по больнице или по N-му отделению, на всю сумму затрат больницы (отделения) и умножением на 100.

Доля затрат на услуги других учреждений в стоимости пролеченного больного получаем путем деления суммы всех фактических затрат (станции переливания крови, станции скорой помощи, консультативной поликлиники и т.д.) на затраты больницы (отделения) и умножения на 100.

Удельный вес необоснованных затрат (штраф, пени и др.) в стоимости пролеченного больного рассчитываем делением суммы выплаченных штрафов на сумму всех затрат больницы (отделения) и умножением на 100. Удержания из оплаты свидетельствуют о том, что медицинские услуги, представленные в счете на оплату не подтверждены документально, либо не могли быть выполнены данному больному, т.е. речь идет не о том, что больница сделала что-либо лишнее, а о том, что она захотела получить деньги за невыполненные услуги.

5.3.3.4. Показатели деятельности учреждения, влияющие на стоимостные характеристики

Уровень достижения нормативного (расчетного) значения показателя числа дней работы койки в году. Известно, что на содержание пустующей койки приходится около 75% от всех расходов на занятую койку, поэтому весьма важно определить нормативно-плановое число дней работы койки в году и обеспечить его выполнение.

Определение нормативно-планового числа дней занятости койки можно провести по формуле (М.П. Ройтман и соавт., 1971):

$$D = 365 - [tp + (tn \times Fk)], \text{ где}$$

Д – среднее число дней использования койки в году;
tr – время простоя в связи с ремонтом, профилактической дезинфекцией и др.;
tn – среднее время простоя койки из-за смены больных в днях;
Fk – оборот койки.

Расчет планового числа дней работы койки в году необходимо проводить по каждому профилю с учетом сезонности в каждом квартале. В качестве оптимальной величины времени простоя койки предлагается принять показатель, равный 1, на одного пролеченного.

Уровень достижения нормативного значения показателя числа дней работы койки за N-й временной период рассчитывается делением фактического значения на нормативно-плановый и умножением на 100;

Выполнение плана пролеченных больных. При формировании муниципального заказа учитываются оптимальные значения показателей: число дней работы койки, средняя длительность лечения и потребность населения (прогноз госпитальной заболеваемости). Муниципальный заказ в виде числа пролеченных по профилям с набором конкретных показателей доводится до каждого отделения.

Данный показатель рассчитывается делением фактического числа пролеченных пациентов в больнице (отделении) на плановое значение и умножением на 100;

Показатель соответствия рекомендуемых (расчетных) средних сроков длительности лечения фактическому. Интенсивность использования коек стационара во многом зависит от длительности лечения каждого случая, то есть пребывания больного в стационаре. Сокращение сроков лечения не должно отразиться на качестве лечения. Поэтому для расчета планового значения данного показателя необходимо учитывать не только динамику показателя, но и уровень использования современных методов диагностики и лечения, применение новых технологий. Следует учесть, что отклонение, как в сторону завышения, так и в сторону сокращения средних сроков пребывания нежелательно.

Показатель соответствия фактического среднего срока пребывания больного в стационаре нормативному сроку рассчитывается делением фактического значения на нормативное и должно быть равно 1,0 ($\pm 0,05$).

5.3.3.5. Экономические показатели использования больничных коек – степень достижения оптимального значения оборота койки.

В качестве некоторого интегрированного показателя, характеризующего эффективность использования больничных коек, может быть взят показатель «оборот больничной койки» в учреждении, то есть, сколько человек может пролечиться в течение года на одной койке. Рассчитывается он несколькими способами. Один из способов: деление планового (расчетного) числа польвованных больных на среднегодовое число коек. Поэтому показатель «степень достижения оптимального значения оборота койки» определяем путем деления фактического оборота койки на планово-расчетный и умножения на 100.

Расчеты условного экономического эффекта (в рублях) проводятся по следующей формуле (И.И. Введенская и соавт., 1985):

$$\mathcal{E} = \frac{B_{CT}}{K_{\Pi}} \times (K_{\Pi} - K_{\Phi}) \times 0,75$$

где:

\mathcal{E} – условный экономический эффект в рублях;

B_{CT} – расходы по смете на функционирование стационара;

K_{Φ} – фактическое число дней работы койки в году;

K_{Π} – расчетно-плановое число дней работы койки в году;

0,75 – поправочный коэффициент (расходы на пустующую койку составляют 75% от расходов на занятую);

Потенциальные потери от простоя койки из-за снижения числа дней работы койки в году можно определить по формуле:

$$\Pi = \frac{P_{CT}}{K_{\Pi}} \times (K_{\Phi} - K_{\Pi})$$

где:

Π – потенциальные потери;

P_{CT} – расходы по смете на функционирование стационара без расходов по статье 9 и 10.

Потенциальные потери за счет необоснованного увеличения средней длительности пребывания больного в стационаре определяем по формуле:

$$\Pi = \frac{P_{CT}}{K_{\Pi}} \times (t_{\Phi} - t_{p}) \times N$$

где:

t_{Φ} – среднее число дней пребывания фактическое;

t_{p} – среднее число планово-расчетное;

N – число пролеченных больных за N -й временной период.

5.3.3.6. Коэффициент соответствия фактического дохода расчетному.

Определяется по отделению и по больнице в целом путем отношения фактического значения дохода к расчетному. Его оптимальное значение должно быть равно 1,0 ($\pm 0,5$). Расчетное значение получаем путем суммирования произведений числа пролеченных больных с N -ой нозологией на стоимость нозологии (по факту).

5.3.3.7. Удельный вес финансовых средств в стоимости содержания койки в год с учетом источников финансирования определяется путем деления фактических сумм, полученных от конкретного источника финансирования, на все затраты по функционированию отделения, больницы, умноженного на 100 и деленного на среднегодовое число коек.

5.3.3.8. Фондовооруженность койки рассчитывается делением стоимости основных средств за минусом стоимости зданий, сооружений на

среднегодовое число коек. Стоимость основных средств берется из бухгалтерской отчетности.

5.3.3.9. Показатель выполнения сметы расходов рассчитывается путем деления фактического исполнения сметы по статьям за установленный период времени на показатели утвержденной сметы и умножения на 100.

Процент выполнения сметы по статьям и в целом может быть рассчитан по отделению и по больнице.

5.3.3.10. Индекс связи между показателем «среднемесячная заработная плата в учреждении» и показателем «число занятых должностей на 100 коек» рассчитывается путем отношения этих двух самостоятельных показателей.

5.3.3.11. Коэффициент тяжести пролеченных больных в стационаре (в зависимости от тяжести состояния больного).

Для того чтобы определить этот коэффициент, необходимо всех поступивших больных в зависимости от тяжести состояния больного разделить на три группы: первая группа – легкая степень, вторая группа – средней тяжести и третья группа – больные с тяжелой степенью. Коэффициент тяжести рассчитываем по формуле:

$$K = \sum \frac{I_y \times N_i}{N},$$

где:

I_y – порядковый номер группы;

N_i – число больных в данной группе тяжести;

N – число больных, всего.

Чем выше значение коэффициента, тем больше больных с тяжелой степенью тяжести.

5.3.3.12. Индекс связи между показателем «оборот койки» и показателем «выполнение плана пролеченных больных» рассчитывается путем отношения этих показателей. Определяется по отделению, профилю коек, в целом по больнице.

5.3.3.13. Показатель уровня качества лечения (интегрированный). Показатель рассчитывается по специальной методике, а его значение не должно превышать 1,0.

5.4. Анализ производственно–экономических показателей учреждений здравоохранения проводится аналитической группой, в состав которой входят врачи, медицинские статистики и экономист.

Для проведения анализа формируем выходные таблицы с набором ряда показателей. Все многообразие показателей можно сгруппировать в четыре вида таблиц:

- таблицы с набором показателей, характеризующих выполнение статей сметы расходов;
- таблицы с набором производственных показателей (выполнение муниципального заказа, показатели фактической работы койки, структура пролеченных больных и др.);
- таблицы с перечнем расчетных стоимостных показателей, показатели эффективности;
- таблицы с набором показателей, характеризующих взаимосвязь показателей.

5.5. Информационные ресурсы и информационное обеспечение

Современные информационные технологии являются важнейшим инструментом обеспечения устойчивого финансирования здравоохранения и реализации "Программы государственных гарантий по обеспечению населения РФ бесплатной медицинской помощью".

Объем медицинской информации огромен, в связи, с чем перед специалистами возникают проблемы ориентации в информационном потоке и выбора необходимых источников. На их решение направлена деятельность систем информационного обеспечения учреждений здравоохранения.

Современная система информационного обеспечения учреждений здравоохранения должна быть многоуровневой, формироваться в рамках единого информационного пространства, представляющего собой благоприятную среду для распространения сведений об актуальных проблемах медицины и здравоохранения и путях их решения, достижениях в смежных областях. Важными компонентами этой среды являются базы данных, аппаратные и программные средства, каналы передачи информации.

Информационные системы и технологии прочно входят в повседневную деятельность лечебно-профилактических учреждений. Диапазон их рабочих функций значителен: от диагностических и лечебных процедур до расчетно-финансовых и статистических операций.

Эффективное управление отраслью предполагает необходимость получения достоверных сведений по всем направлениям деятельности учреждений здравоохранения и показателям здоровья населения.

Для повышения эффективности информационного обеспечения в учреждениях здравоохранения необходимо использовать следующие составные части: средства вычислительной техники (аппаратное обеспечение), программные средства (программное обеспечение) и кадры, обученные работать с аппаратно-программным обеспечением.

Для оценки и анализа информационного обеспечения и информационных ресурсов учреждений здравоохранения необходимы следующие данные:

- о количестве и основных характеристиках персональных компьютеров (ПК), имеющих на оснащении в учреждении здравоохранения; темп прироста количества ПК за отчетный период.
- о наличии локальной вычислительной сети (ЛВС), количестве серверов и ПК, объединенных в локальную сеть.

- о наличии ПК, работающих в различных системах (ОМС, ДЛО, регистрах и т.д.).
- о количестве принтеров (лазерных, струйных, матричных).
- о количестве копиров (форматов А4 и А3).
- о количестве сканеров и модемов.
- о наличии электронной почты и доступа к сети Интернет, количество ПК (или рабочих мест), имеющих выход в Интернет.
- об использовании Web-технологий.
- данные об используемом программном обеспечении (ПО).
- наличие отдела (группы) АСУ.

Одним из основных показателей информационного обеспечения и информационных ресурсов учреждения здравоохранения является отношение количества персональных компьютеров, имеющих доступ к сети Интернет, к величине, составляющей среднесуточную сумму «Талонов амбулаторного пациента» и «Статистических карт выбывшего из стационара», то есть количеству пролеченных больных.

5.6. Реализация приоритетного национального проекта «Здоровье».

Оценку реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» производят по отчетным формам № 1-ПС «Сведения о параметрах реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и № 3-СГ «Сведения о выполнении сетевого графика реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Реализацию проекта оценивают по следующим разделам:

1. подготовка и переподготовка врачей общей практики, участковых терапевтов и педиатров;
2. осуществление денежных выплат врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, врачам общей практики и медицинским сестрам врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики;
3. осуществление денежных выплат медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сестрам учреждений и подразделений скорой медицинской помощи;
4. оснащение диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений для организации первичной медико-санитарной помощи, включая женские консультации;
5. оснащение учреждений и подразделений скорой медицинской помощи санитарным автотранспортом;
6. иммунизация населения в рамках национального календаря прививок, а также против гриппа;
7. обследование населения с целью выявления инфицированных вирусами ВИЧ и гепатитов В и С, лечение названных больных;
8. обследование новорожденных детей на галактоземию,

муковисцидоз и аденогенитальный синдром;

9. дополнительная диспансеризация граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях сферы образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях;

10. углубленные медицинские осмотры работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами;

11. дополнительная оплата первичной медико-санитарной помощи, оказанной работающим гражданам;

12. внедрение в практику родового сертификата;

13. увеличение объема оказания высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) населению;

14. реализация информационной поддержки и управления проектом;

15. финансовое обеспечение мероприятий приоритетного национального проекта.

В каждом разделе указывают плановые и фактические параметры выполнения проекта. В случае невыполнения планового задания объясняют причины и указывают сроки выполнения.

5.7. Деятельность учреждения здравоохранения в условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) и выполнение Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 15 мая 2007г. № 286, медицинская помощь на территории Российской Федерации предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования и средств бюджетов всех уровней.

За счет средств обязательного медицинского страхования в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования предоставляется первичная медико-санитарная, неотложная и специализированная медицинская помощь, предусматривающая в том числе обеспечение необходимыми лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, системы кровообращения, органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки, костно-мышечной системы и соединительной ткани, при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях

воздействия внешних причин, при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях, а также при беременности, родах, в послеродовой период и при абортах.

За счет средств федерального бюджета предоставляются:

специализированная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации;

высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в специализированных медицинских организациях в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, оказываемая в соответствии с установленным государственным заданием и в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

осуществление дополнительных мероприятий по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных заболеваний) в соответствии с законодательством Российской Федерации;

дополнительная бесплатная медицинская помощь, оказываемая в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, включающая обеспечение отдельных категорий граждан лекарственными средствами в соответствии с законодательством Российской Федерации. Финансирование указанной медицинской помощи осуществляется Федеральным фондом обязательного медицинского страхования за счет средств, передаваемых из федерального бюджета, исходя из норматива финансовых затрат на одного гражданина, имеющего право на государственную социальную помощь в виде набора социальных услуг, включенных в федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи;

медико-санитарное обеспечение населения отдельных территорий, перечень которых утверждается Правительством Российской Федерации в соответствии с федеральными законами, устанавливающими особенности организации местного самоуправления;

дополнительная медицинская помощь на основе государственного задания, оказываемая врачами-терапевтами участковыми, врачами педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей) учреждений здравоохранения муниципальных образований, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (а при их отсутствии - соответствующими учреждениями здравоохранения субъекта Российской Федерации).

За счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации предоставляются:

специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь;

специализированная медицинская помощь, оказываемая в кожно-венерологических, противотуберкулезных, наркологических, онкологических диспансерах и других специализированных медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических и онкологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, а также высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации;

медицинская помощь, предусмотренная законодательством субъекта Российской Федерации для определенных категорий граждан.

В порядке, установленном органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляется финансирование расходов по оплате лекарственных средств, отпускаемых населению в соответствии с перечнем групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно, и перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с 50-процентной скидкой со свободных цен.

За счет средств местных бюджетов (за исключением муниципальных образований, медицинская помощь населению которых в соответствии с законодательством Российской Федерации осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти) предоставляются:

скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной));

первичная медико-санитарная помощь, в том числе оказываемая гражданам при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, психических расстройствах, расстройствах поведения и наркологических заболеваниях;

неотложная медицинская помощь;

медицинская помощь, оказываемая женщинам в период беременности, во время и после родов, а также детям при отдельных состояниях, возникающих у них в перинатальный период.

В соответствии с законодательством Российской Федерации расходы соответствующих бюджетов включают в себя обеспечение медицинских организаций лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами.

Кроме того, за счет средств соответствующих бюджетов в установленном порядке финансируются оказание медицинской помощи, предоставление медицинских и иных услуг в медицинских учреждениях, входящих в номенклатуру учреждений здравоохранения, утверждаемую Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в том числе в лепрозориях, центрах по профилактике и борьбе с синдромом приобретенного иммунодефицита и инфекционными заболеваниями, центрах медицинской профилактики, врачебно-физкультурных диспансерах, центрах профессиональной патологии, санаториях, включая детские, а также в санаториях для детей с родителями, бюро судебно-медицинской экспертизы, патолого-анатомических бюро, медицинских информационно-аналитических центрах, бюро медицинской статистики, станциях переливания крови, центрах крови, центрах планирования семьи и репродукции, центрах охраны репродуктивного здоровья подростков, домах ребенка, включая специализированные, хосписах, домах (больницах) сестринского ухода, молочных кухнях, а также в медицинских организациях, которые не участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Объем медицинской помощи определяется в отношении:

скорой медицинской помощи, в том числе специализированной (санитарно-авиационной);

медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях;

медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров;

медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях.

Показатель объема скорой медицинской помощи, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), выражается в количестве вызовов в расчете на 1 человека в год.

Объем скорой медицинской помощи определяется исходя из норматива вызовов, который составляет в среднем 0,318 вызова.

Показатель объема медицинской помощи, в том числе неотложной, предоставляемой в амбулаторно-поликлинических учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, выражается в количестве посещений в расчете на 1 человека в год.

Объем указанной медицинской помощи определяется исходя из норматива посещений, который составляет в среднем 9,198 посещения, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 8,458 посещения.

Показатель объема медицинской помощи, предоставляемой в условиях дневных стационаров, выражается в количестве дней лечения в расчете на 1 человека в год.

Объем указанной медицинской помощи определяется исходя из норматива дней лечения, который составляет в среднем 0,577 дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 0,479 дня.

Показатель объема медицинской помощи, предоставляемой в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях, выражается в количестве койко-дней в расчете на 1 человека в год.

Объем указанной медицинской помощи определяется исходя из норматива койко-дней, который составляет в среднем 2,812 койко-дня, в том числе в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования - 1,942 койко-дня.

При формировании территориальной программы нормативы объемов медицинской помощи корректируются с учетом особенностей возрастного-полового состава, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации, климатогеографических условий региона и транспортной доступности медицинских организаций.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, рассчитаны исходя из расходов на ее оказание с учетом индекса потребительских цен, предусмотренного основными параметрами прогноза социально-экономического развития Российской Федерации, а также индексации заработной платы работников бюджетной сферы на 2008 год и составляют в среднем:

на 1 вызов скорой медицинской помощи, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), - 1213,3 рубля;

на 1 посещение амбулаторно-поликлинических учреждений и других медицинских организаций или их соответствующих структурных подразделений (включая оказание неотложной медицинской помощи) - 133,3 рубля, в том числе 103,2 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 день лечения в условиях дневных стационаров - 268,5 рубля, в том числе 258,1 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования;

на 1 койко-день в больничных учреждениях и других медицинских организациях или их соответствующих структурных подразделениях - 758,9 рубля, в том числе 590,1 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, учитывают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского

инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), а также расходы по оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

При выполнении нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, рассчитанной на основе нормативов, определенных Программой, в состав затрат на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования могут быть включены иные расходы в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.

Подушевыми нормативами финансирования Программы являются показатели, отражающие размер средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год.

Подушевые нормативы финансирования территориальной программы формируются органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации исходя из нормативов, предусмотренных в разделах IV и V Программы, с учетом соответствующих районных коэффициентов.

Подушевые нормативы финансирования Программы установлены в расчете на 1 человека в год (без учета расходов федерального бюджета) и составляют в среднем 4503 рубля, в том числе:

2207,1 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

2295,9 рубля - за счет средств соответствующих бюджетов, включающих финансирование скорой медицинской помощи, в том числе специализированной (санитарно-авиационной), неотложной медицинской помощи, специализированной медицинской помощи, включая высокотехнологичную, оказание медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических и онкологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, содержание медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, а также финансирование медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Формирование тарифов на медицинскую помощь, предоставляемую в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, осуществляется органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации и нормативами, определенными Программой.

Выравнивание условий финансирования территориальных программ осуществляется в порядке, установленном бюджетным законодательством Российской Федерации и законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.

Таким образом, деятельность учреждения здравоохранения в условиях ОМС анализируется по следующему комплексу показателей:

1. учреждения здравоохранения, участвующие в реализации Территориальной программы государственных гарантий (на конец отчетного года);

2. численность застрахованных лиц прикрепленных к учреждениям здравоохранения;

3. формирование и выполнение учреждением здравоохранения территориальной программы госгарантий:

3.1. амбулаторно-поликлиническая помощь:

– количество посещений по ОМС (в тыс.):

– объем финансирования по территориальной программе ОМС

(в тыс. руб.):

3.2. стационарная помощь:

– количество койко-дней по ОМС (в тыс.):

– объем финансирования по территориальной программе ОМС

(тыс. руб.):

3.3. замещающие стационар виды помощи:

– количество дней лечения по ОМС (тыс.):

– объем финансирования по территориальной программе ОМС

(тыс. руб.):

4. расходы финансовых средств учреждений из фонда ОМС (тыс. руб.) по статьям.

При построении взаимоотношений между страховыми медицинскими организациями и учреждениями здравоохранения в системе ОМС необходимо учитывать ряд положений:

- страховые медицинские организации и учреждения здравоохранения юридически равноправны – никаких преимуществ правового характера для обеспечения своей основной деятельности оба субъекта не имеют;

- отношения между ними строятся на основе гражданского права, общими механизмами реализации этого права являются законодательство и договор;

- экономические взаимоотношения между страховой медицинской организацией и ЛПУ строятся через оплату медицинской помощи и услуг с учетом результатов вневедомственной экспертизы объемов и качества медицинской помощи, оказанным застрахованным, проводимой страховщиком.

В системе ОМС медицинскую помощь оказывают учреждения здравоохранения любой формы собственности, которые имеют лицензию на осуществление ими определенных видов медицинской деятельности и услуг,

заключивших договоры со страховой медицинской организацией на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) гражданам по ОМС.

Учреждение здравоохранения не имеет права отказать страховой медицинской организации в заключении договора на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг). Неотъемлемой частью договора является перечень медицинских услуг, оказываемых учреждением здравоохранения.

Оплата оказанных медицинских услуг застрахованным гражданам, предусмотренных территориальной программой ОМС, регламентируется Положением о порядке оплаты медицинских услуг по обязательному медицинскому страхованию на территории субъекта РФ, которое утверждается органом управления здравоохранением субъекта РФ и территориальным фондом ОМС по согласованию с профессиональной медицинской ассоциацией и профсоюзом медицинских работников. Положение определяет виды и способы оплаты лечебных услуг на территории субъекта РФ.

5.8. Анализ деятельности поликлиники

Большую часть объемов первичной медико-санитарной помощи населению оказывают амбулаторно-поликлинические учреждения и подразделения больничных учреждений и диспансеров, что делает крайне важным возможность оценки деятельности учреждений с целью совершенствования их работы.

Анализ деятельности поликлиники на основании данных учетной и отчетной статистической документации включает:

5.8.1. Общие данные о работе поликлиники

Характеристика территории обслуживания:

- численность и состав населения,
- число участков,
- численность населения на каждом терапевтическом и педиатрическом участках.

Количество прикрепленных жителей к участку должно быть определено приказом муниципального органа управления здравоохранением с учетом нормативных актов Министерства здравоохранения РФ, указанных в письме Минздравсоцразвития РФ от 13.02.06г. № 676-РХ.

Численность прикрепленного населения для терапевтических участков составляет 1700 чел., для участков врачей общей практики – 1500 чел., для участков семейных врачей – 1200 чел., для педиатрических участков – 800 чел.

Комплексный терапевтический участок – обслуживается врачом терапевтом участковым, медсестрой и фельдшером (акушеркой); численность прикрепленного населения – 2000 чел. и более (приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.08.06г. № 584).

К малокомплектным участкам относят участки, численность прикрепленного населения на которых на 200 чел. ниже установленных нормативов.

5.8.2. Плановая мощность амбулаторно-поликлинического учреждения.

Определяется в соответствии с приложениями 1 и 2 к приказу Минздрава СССР от 20.07.1979 года № 650 «О введении показателя «Мощность амбулаторно-поликлинического учреждения» в практику планирования здравоохранения».

Сведения о плановой мощности амбулаторно-поликлинических учреждений содержатся в таблице 1010 отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении».

Плановая мощность учреждений здравоохранения служит основанием для определения **показателя обеспеченности амбулаторно-поликлинической помощью** (на 10 тысяч человек обслуживаемого населения). По данному показателю путем сравнения его со средне-областными цифрами и показателем по Российской Федерации судят о достаточности площадей в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

5.8.3. Характеристика медицинских кадров.

Анализируется численность и кадровый состав учреждения. Для этого рассматривается:

– распределение кадров врачей и средних медработников (по полу, возрасту, квалификации, стажу). Перечень должностей отдельных категорий медицинских работников представляется в соответствии с номенклатурой специальностей в учреждениях здравоохранения, утвержденной приказами Минздрава России:

- врачей – от 11.03.08 № 112-н;
- специалистов с высшим немедицинским образованием – от 13.07.89г. № 418;
- среднего медицинского персонала – от 16.04.2008г. № 176н;
- специалистов по социальной работе и социальных работников – от 28.07.97г. № 226 «О подготовке специалистов по социальной работе и социальных работников, участвующих в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи».

Сведения о кадрах содержатся в отчетных формах № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» (таблица 1100) и № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах».

Наличие дневного стационара в амбулаторно-поликлиническом учреждении и стационара на дому.

Сведения содержатся в отчетной форме № 14-дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения».

Анализ выполнения объемов амбулаторно-поликлинической помощи по Программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Эти данные содержатся в отчетной форме № 62 «Сведения о реализации программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи».

5.8.4. Организация работы поликлиники.

Организацию работы поликлиники оценивают по объему ее работы, числу и структуре посещений и динамике их числа в целом и по специальностям.

Указывают абсолютное число посещений (за анализируемый период), на приеме, на дому и посещения к стоматологам и зубным врачам. Посещения к последним должно быть фактическим, пересчитывать УЕТы в посещения с использованием коэффициента 0,76 (письмо Минздрава РСФСР от 20.09.89г. № 25-01/03-862) не допускается.

Основным показателем для оценки объема амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой прикрепленному населению, является среднее число посещений, в расчете на 1 жителя за год.

5.8.5. Структура посещений поликлиники по специальностям.

Структура посещений говорит об удельном весе посещений по данной специальности в их общем числе. Изменение удельного веса посещений по одной из врачебных специальностей не свидетельствует об изменении объема посещений.

Удельный вес посещений сельских жителей от числа всех посещений. Вычисляется этот показатель как в целом по поликлинике, так и по отдельным специальностям. Величина его зависит не только от обеспеченности учреждения врачами, их квалификации, но и от состава обслуживаемого населения, численности сельских населенных пунктов.

Этот показатель показывает, какой удельный вес в работе данной поликлиники занимает оказание помощи сельским жителям.

В ряде случаев возникает необходимость оценить посещения по их цели. Для этого используют показатели удельного веса посещений в связи с заболеваниями и с профилактической целью (по данным таблицы 2100 отчетной формы № 30).

Интересно связать эти данные с нагрузкой врачей, у которых рассматривался этот показатель, с системой и характером их работы, составом населения, обслуживаемого данным врачом.

Руководитель учреждения выборочным путем может рассмотреть характер профилактических посещений у некоторых врачей (систематические осмотры, индивидуальные осмотры, обращения по поводу выдачи различных справок, прием на работу, оформление санаторно-курортной карты, диспансеризация и т.д.).

Показатель динамики посещений характеризует темп роста или снижения объема посещений. Число посещений за предыдущий год принимается за 100%. Разница в показателях покажет, на сколько процентов увеличился (снизился) объем посещений поликлиники в отчетном году. Данный показатель можно рассматривать за ряд лет (в виде показателя наглядности).

5.8.6. Характеристика посещений врачей:

всего посещений,
посещений по ОМС,
по платным услугам,
посещения к стоматологам и зубным врачам.

«Посещение» - статистическая единица учета, соответствующая одному посещению пациента (здоровых, больных) врача (среднего медицинского работника) или одному посещению врачом (средним медицинским работником) здорового (больного) на дому в зависимости от цели обращения.

Каждое обращение здорового пациента по поводу конкретных факторов, влияющих на состояние его здоровья, сопровождается первичным посещением. Если эпизод этого контакта пациента с врачом (средним медицинским работником) заканчивается, таким образом, то число посещений будет соответствовать числу обращений. Однако редко врачу удастся разрешить проблему пациента в одно посещение. Следовательно, число посещений всегда будет превышать число обращений.

Учету подлежат следующие посещения:

- к врачам любых специальностей, ведущих амбулаторный, в том числе консультативный прием (терапевтам, педиатрам, хирургам, акушерам-гинекологам, урологам, отоларингологам и т.д., включая заведующих отделениями);

- к психотерапевтам при проведении групповых занятий (число посещений учитывается по числу больных, занимающихся в группе);

- к врачам здравпунктов, терапевтам, акушерам-гинекологам и другим врачам, ведущим прием на здравпунктах в часы, специально выделенные для амбулаторного приема;

- к врачам, оказывающим медицинскую помощь в специально выделенные для амбулаторного приема дни, при выездах в другие учреждения здравоохранения и подразделения (центральные районные, районные больницы, участковые больницы и амбулатории, а также фельдшерско-акушерские пункты, ставшие структурными подразделениями лечебно-профилактических учреждений);

- посещения больного или родственника больного для повторной выписки рецепта при онкологических заболеваниях, сахарном диабете и др.;

- врачей инфекционистов проводящих подворные обходы во время вспышки инфекционных заболеваний, осмотр контактных в очаге (семье) инфекционного заболевания;

- консультации амбулаторных больных врачами стационара;

- случаи оказания медицинской помощи в приемных отделениях стационаров больным без последующей госпитализации;

- консультации врачами поликлиник больных, находящихся на лечении в стационаре;

- профилактические осмотры детей в детских дошкольных учреждениях, школах, профилактические осмотры населения, включая периодические осмотры рабочих промышленных предприятий, работников других учреждений, независимо от того, проведены ли они в стенах поликлиники или непосредственно на предприятиях (в учреждениях);

- к врачам призывных комиссий.

Посещения в течение дня больным одного и того же врача учитывается как одно посещение.

К посещениям по поводу заболеваний следует относить:

– посещения, когда у пациента выявлено заболевание;

– посещения для коррекции лечения;

– посещения диспансерным контингентом в период ремиссии;

– посещения больными в связи с оформлением на МСЭК, санаторно-курортной карты, открытием и закрытием листка нетрудоспособности, получением справки о болезни ребенка, направлением на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям, а также по поводу консультаций у специалистов, если врач при этом установил диагноз по своей специальности.

К посещениям с профилактической целью следует относить:

- посещения по поводу осмотров при поступлении на работу, учебу, в дошкольное учреждение, при направлении в учреждения отдыха; осмотров контингентов, подлежащих периодическим осмотрам; осмотров населения при проведении ежегодной диспансеризации; осмотров при решении вопроса о проведении профилактических прививок (при условии, что во время осмотра у пациента не было выявлено заболеваний);

- посещения беременных при нормальной беременности; посещения женщин, обратившихся за направлением на аборт; применения противозачаточных средств и т.д.;

- патронажное посещение здоровых детей первого года жизни, работа врачей призывных комиссий, повторные обходы врачей инфекционистов во время вспышки инфекционных заболеваний.

Если врач при проведении профилактического осмотра только заподозрил заболевание, но диагноза не поставил и направил пациента к соответствующему специалисту для установки диагноза, посещение у врача,

проводившего осмотр, должно быть учтено как посещение с профилактической целью. Посещение же консультирующего специалиста в случае установления диагноза должно быть учтено как посещение по поводу заболевания.

Не подлежат учету как посещения врачей:

- случаи оказания медицинской помощи персоналом станций (отделений) скорой медицинской помощи;
- обследования в рентгеновских кабинетах, рентгенотерапии, лабораториях и т.д.;
- случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;
- консультации и экспертизы, проводимые клинико-экспертными комиссиями (КЭК);
- посещения к врачам вспомогательных отделений (кабинетов).

Посещения врачей вспомогательных отделений и кабинетов (лучевой терапии, физиотерапевтического, лечебной физкультуры, эндоскопии, функциональной диагностики и др.) как посещения не учитываются.

Посещения среднего медицинского персонала подлежат учету в случаях ведения самостоятельного приема во врачебных амбулаторно-поликлинических учреждениях, врачебных и фельдшерских здравпунктах, фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП), включая посещения по поводу процедур. Посещение засчитывается как одно, если при обращении по поводу заболевания одновременно выполняется и процедура. Посещения в течение дня больным одного и того же медицинского работника учитываются как одно посещение.

Каждое посещение врача в поликлинике (или визит врача к больному на дом), независимо от повода, записывается в Медицинской карте амбулаторного больного (форма № 025/у-04), Истории развития ребенка (форма № 112/у) или соответствующих специальных медицинских картах (Медицинской карте больного венерическим заболеванием – форма № 065/у, Медицинской карте больного грибковым заболеванием – форма № 065-1/у, Врачебно-контрольной карте диспансерного наблюдения спортсмена – форма № 062/у, Медицинской карте больного туберкулезом – форма № 081/у, Индивидуальной карте беременной и родильницы – форма № 111/у), включающей цель посещения, жалобы, анамнез, объективные данные, диагнозы с кодированием их по МКБ-10, группу здоровья, данные обследования и динамического наблюдения, назначенное лечение.

Посещения к врачам кабинета инфекционных заболеваний кроме того записываются в Журнал учета работы кабинета инфекционных заболеваний – форма № 128/у, утвержденный приказом № 1230 от 08.12.1980 года. Посещения к врачам здравпункта записываются в Журнал регистрации амбулаторных больных – форма № 074/у.

Посещения на дому, помимо Медицинской карты амбулаторного больного или Истории развития ребенка, записываются в Книге записей

вызовов врачей на дом (форма № 031/у), заполняемой в регистратуре учреждения.

5.8.7. Участковость на приеме (на дому) – у врачей-терапевтов, педиатров.

Этот показатель зависит от динамики заболеваемости населения, нагрузки врача, численности и состава населения на участке, а также от смены врачей по обслуживанию данного участка.

5.8.8. Показатель нагрузки врача, используется для оценки выполненных объемов работы по посещениям. Показатель может быть рассчитан отдельно по посещениям на приеме в поликлинике и по посещениям на дому по каждой специальности.

Расчетные нормы обслуживания для врачей амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений), а именно число посещений на 1 час работы врача в поликлинике на приеме, при профосмотрах больных в выделенные часы, по обслуживанию на дому приведены в приложении № 59 к приказу МЗ СССР № 1000 от 23.09.1981 года.

Для оценки эффективности работы врачей чаще всего используют **показатель функции врачебной должности** – среднее число посещений, приходящееся на 1 занятую врачебную должность в год.

По должностям врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-ортопедов проведение специалистами смешанного приема (например, терапевтического и хирургического у врача-стоматолога и т.д.) применяются расчетные нормативы обслуживания, предусмотренные для врачей-стоматологов и врачей-стоматологов-хирургов пропорционально времени, затрачиваемому на соответствующие виды работ.

Руководителям учреждений здравоохранения предоставлено право разрабатывать индивидуальные нормы нагрузки врачей амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) в зависимости от конкретных условий и с учетом рациональной организации труда врачебного и среднего медицинского персонала (приказ Минздрава СССР от 22.07.87г. № 902). Основой для такой разработки могут служить данные проведенного хронометража работы каждого врача.

Термин «обращение» носит обобщающий характер, объединяя изложенные в письменной или устной форме предложения, заявления, ходатайства или жалобы гражданина. Другими словами обращение пациента в учреждение здравоохранения это просьба об оказании ему медицинской помощи по проблемам, связанным со здоровьем.

Первичное обращение (син. - первичное посещение) – первое обращение за медицинской помощью в данном календарном году по поводу заболевания, как впервые возникшего, так и зарегистрированного в прошлые годы. Первичное обращение служит единицей учета заболеваемости населения по данным обращаемости.

Цели и обстоятельства, влияющие на здоровье, регламентированы Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10, том 1, часть 2, стр. 513-576):

Z00-Z13 Обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования;

Z20-Z29 Потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями;

Z30-Z39 Обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции;

Z40-Z54 Обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи;

Z55-Z65 Потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами;

Z70-Z76 Обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами;

Z80-Z99 Потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным или семейным анамнезом и определенными обстоятельствами, влияющими на здоровье.

5.8.9. Оперативные вмешательства в поликлиниках.

Анализируют число операций, их динамику и структуру. Оценивают показатель числа операций, проведенных в поликлинике, на 100 посещений в динамике. Учитывают исходы операций и послеоперационные осложнения.

5.8.10. Проведение профилактической работы в поликлинике и ее результаты.

Профилактическое направление в работе поликлиники играет важную роль, оно выражено в проведении профилактических осмотров и диспансеризации больных, раннем выявлении заболеваний, противоэпидемической и санитарно-просветительной работе.

Для характеристики организации профилактической работы поликлиники основным показателем является полнота охвата населения профилактическими осмотрами – по данным таблицы 2500 отчетной формы № 31 – для детей в возрасте 10-14 лет и детей-школьников в возрасте 15-17 лет; по данным таблицы 2510 отчетной формы № 30 – для учащихся средних специальных заведений и вузов, учащихся системы профтехобразования, работающих детей 15-17 лет, а также для лиц, подлежащих периодическим медицинским осмотрам (отдельно для работников промышленных и сельскохозяйственных предприятий). Данный показатель вычисляется по отдельным группам населения, подлежащим осмотру. Размер показателя должен стремиться к 100%.

В случаях изменения контингента лиц, периодически осматриваемых в течение года, необходимо внести изменения в план. Показатель не может быть выше 100%.

Обязательно оценивается охват профилактическими осмотрами на туберкулез. Этот показатель можно рассчитать отдельно по флюорографическим исследованиям и туберкулиновым пробам.

Показатели результатов осмотров рассчитываются отдельно для всех контингентов, представленных в таблице 2500 формы № 31 (дети до 17 лет включительно, в том числе дети до 14 лет, перед поступлением в детское дошкольное учреждение, за год до поступления в школу, перед поступлением в школу, в конце первого года обучения, при переходе к предметному обучению (4-5 классы), в возрасте 15 лет включительно, перед окончанием школы (16-17 лет включительно)), переданные под наблюдение поликлиники для взрослых), по всем видам нарушений (с понижением остроты слуха и зрения, с дефектом речи, со сколиозом, с нарушением осанки).

5.8.11. Диспансеризация населения является одним из важнейших методов профилактической работы поликлиники. Большое место в этой работе занимает диспансеризация больных с ранними стадиями заболеваний, нуждающихся в оздоровлении.

Данные отчетов и специальная разработка «Диспансерных карт» – форма № 030/у-04 дают возможность получить ряд показателей, характеризующих проведение и результаты этой работы.

Для анализа диспансерной работы используют три группы показателей:

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

В первой группе выделяют следующие показатели: **частоты (охвата) и структуры диспансерного наблюдения:**

Общий охват населения диспансеризацией, в том числе отдельно здоровых, практически здоровых и больных (на 1000 человек населения). Этот показатель целесообразно рассчитывать также отдельно для взрослых, детей в возрасте 0-14 лет, 15-17 лет, рабочих промышленных предприятий, женщин.

Охват населения диспансерным наблюдением по нозологическим формам: число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, страдающих определенным заболеванием (на 1000 человек населения и отдельно на 1000 лиц, у которых зарегистрировано данное заболевание). Этот показатель целесообразно рассчитывать также отдельно для взрослых и детей.

Охват диспансеризацией лиц по возрастным группам: число здоровых, практически здоровых и больных определенной возрастной группы (на 1000 лиц данной возрастной группы).

Показатель структуры - доля здоровых, практически здоровых и больных от числа всех лиц, состоящих под диспансерным наблюдением. Практически здоровых и больных, состоящих под диспансерным наблюдением, в процентах к общей численности населения, проживающего на участке или в районе обслуживания поликлиники.

Структура больных, состоящих под диспансерным наблюдением по нозологическим формам - доля состоящих под диспансерным наблюдением

по поводу определенного заболевания от общего числа диспансерных больных.

К показателям качества диспансерного наблюдения относятся:

- Охват диспансерным наблюдением впервые выявленных больных по нозологическим формам;
- Полнота охвата диспансерным наблюдением больных;
- Соблюдение сроков диспансерных осмотров (плановость наблюдения);
- Полнота проведения лечебных и оздоровительных мероприятий (экспертная оценка).

Под показателями эффективности диспансерного наблюдения следует понимать показатели, оценивающие достижение поставленной цели диспансеризации, конечных результатов. Оценку эффективности диспансеризации следует проводить отдельно по следующим группам: ¹⁾

I группа - практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни;

II группа - граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства;

III группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения (установления) диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях (ОРЗ, грипп и другие острые заболевания, после лечения которых наступает выздоровление);

IV группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях, состоящие под диспансерным наблюдением по хроническому заболеванию;

V группа – граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Методика определения показателей эффективности диспансеризации хронических больных следующая:

- определяют удельный вес больных, снятых с диспансерного наблюдения по заболеванию;
- рассчитывают заболеваемость с временной утратой трудоспособности (в случаях и днях на 100 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением) по конкретным нозологическим формам, по поводу которых больные взяты под диспансерное наблюдение;
- полученный показатель сравнить с показателем за предыдущий год (или за несколько лет). Эффективность диспансеризации подтверждается снижением величины показателя.

¹⁾ – приложение №1 к приказу МЗСЗ РФ от 22.03.06 №188

Оценивают также:

- Показатель первичной инвалидности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением за год (на 1000 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением);
- Удельный вес больных, состояние здоровья которых улучшилось в течение года (%);
- Смертность лиц, находившихся под диспансерным наблюдением (на 1000 лиц, состоящих под диспансерным наблюдением);
- Уровень госпитализации лиц, состоящих под диспансерным наблюдением.

5.8.12. Качество врачебной диагностики

Качество врачебной диагностики оценивают по ряду показателей:

- частоты совпадения клинических и патологоанатомических диагнозов;
- частоты совпадения диагнозов поликлиники и стационара;
- удельного веса неуточненных диагнозов (по рубрике МКБ-10 с четвертым знаком -.9)
- результатов экспертной оценки полноты выполнения необходимых диагностических исследований.

Эти показатели дают возможность организатору здравоохранения решать вопросы повышения квалификации врачей, планирования конференций и т.д. Следует помнить, что качество врачебной диагностики зависит не только от квалификации врачей, но и от уровня медицинских знаний, организации медицинской помощи, обеспечения современной диагностической аппаратурой и других причин.

5.8.13. Преемственность в работе

Поликлиники и стационара

Передача «Медицинских карт амбулаторного больного» (форма № 025/у-04) из поликлиники в стационар, полностью проведенное обследование больного, поступающего в стационар в плановом порядке, малые сроки ожидания госпитализации, полностью удовлетворяемая потребность в госпитализации и отсутствие отказов в госпитализации по стационарам, передача выписок из «Медицинских карт стационарного больного» в поликлинику — все это показатели, характеризующие данный раздел работы.

Поликлиники и скорой помощи

Скорая помощь, для обеспечения преемственности в работе с поликлиникой должна передавать в поликлинику по месту регистрации пациента сведения о:

- больных, которым была оказана скорая медицинская помощь;
- хронических больных, которые обращались на скорую помощь, но не нуждались в оказании скорой медицинской помощи и могли быть обслужены поликлиникой.

В этих случаях СМП рекомендует пациенту на следующий день вызвать врача, при этом она справок не дает и выписок не оставляет.

5.9. Анализ работы дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) и на дому

Сведения о работе дневных стационаров берутся из учетных форм № 007дс/у-02 и № 066/у-02 и отраслевой отчетной формы № 14-дс.

Анализ работы дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений (отделений) и на дому предусматривает оценку в динамике следующих основных показателей:

- число пролеченных больных в дневных стационарах в амбулаторно-поликлинических учреждениях (отделениях) и в стационарах на дому,
- число проведенных больными дней лечения,
- средней длительности лечения больного,
- летальности.

Важна экспертная оценка правильности отбора пациентов для лечения в дневном стационаре и исходы лечения.

5.10. Анализ деятельности стационара

В практическом осуществлении задачи полного удовлетворения потребности населения в высококвалифицированной медицинской помощи значительная роль принадлежит стационарам. Анализ сложной, многогранной работы стационара не может быть осуществлен только на основании годового статистического отчета. Большое значение имеет экспертный анализ первичной медицинской документации стационара.

Анализ статистических данных о работе стационара включает следующие разделы:

5.10.1. Общая характеристика стационара.

Описание здания, в котором расположен стационар, отделений, диагностической и вспомогательной служб, системы работы стационара, системы дежурств, характеристики кадров, порядка госпитализации в стационар, потоков госпитализированных больных.

Абсолютное число коек на конец года.

Среднегодовое число коек. Используется для расчета показателей работы стационара.

Обеспеченность населения больничными койками. Показатель обеспеченности койками целесообразно рассчитывать по всем профилям коек.

Одним из показателей доступности стационарной помощи является **уровень госпитализации на 100 жителей**, его необходимо вычислять как в целом по стационару, так и по профилям коек. Уровень госпитализации можно рассчитать и по отдельным заболеваниям, в связи с которыми проводилось стационарное лечение, и по возрастам.

Основные показатели реализации Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной стационарной помощи, а именно:

- территориальный норматив стационарной помощи (койко-дней на 1000 населения);
- выполнение объема стационарной помощи (фактическое число койко-дней на 1000 населения);
- выполнение норматива стационарной помощи (%).

5.10.2. Основные показатели использования коечного фонда стационара.

К ним относятся показатели, характеризующие использование коечного фонда: среднее число дней занятости (работы) койки в году, средняя длительность пребывания на койке, больничная летальность, оборот койки .

Следует учесть, что при расчете показателей использования коечного фонда не учитываются койки сестринского ухода, хосписные койки. Вопросы эффективного использования коечного фонда необходимы как в итоговой оценке деятельности стационара, так и в оперативной работе организаторов здравоохранения различных уровней.

Показатели, характеризующие использование коечного фонда, могут быть рассмотрены не только за год, но и за месяц, квартал и т.д.

При дополнительной разработке учетной документации можно получить данные о числе детей на взрослых койках всего и по отделениям, об отказах в госпитализации – всего и по причинам.

5.10.3. Качество медицинского обслуживания в стационаре и качество врачебной диагностики.

Для оценки качества организации стационарной помощи анализируют:

- доля больных, госпитализированных без показаний;
- состав госпитализированных больных (по возрасту, полу и т.д.);
- среднюю длительность пребывания больного на койке;
- применение учреждением здравоохранения стандартов оказания медицинской помощи.

- результаты экспертной оценки.

Для оценки качества врачебной диагностики (прижизненной и посмертной) анализируют:

- больничную летальность (общую и по нозологическим формам);
- долю неуточненных диагнозов (по рубрике МКБ-10 с четвертым знаком -.9);
- число расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов.

5.10.4. Преемственность в работе поликлиники и стационара.

В данном разделе оцениваются следующие косвенные показатели:

- сроки ожидания на плановую госпитализацию,

- частота отказов в госпитализации, их причины,
- досуточная летальность в стационаре,
- поздняя госпитализация больных с экстренными хирургическими заболеваниями,
- летальность при экстренной хирургической помощи,
- число расхождений диагнозов поликлиники и стационара (в %).

5.10.5. Анализ работы дневных стационаров больничных учреждений.

Для проведения анализа используются данные ведомственной отчетной формы № 14-дс «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения».

Работа дневного стационара регламентируется приказом Минздрава РФ от 09.12.1999 года № 438. Стационар может работать в одну и более смен.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Вопрос питания больных в дневном стационаре решается индивидуально, в зависимости от режима его работы и профиля.

Число коек и их профиль в дневном стационаре в стационаре определяются руководителем учреждения здравоохранения, в составе которого он создан, по согласованию с соответствующим органом управления здравоохранением, с учетом имеющейся инфраструктуры здравоохранения, а также заболеваемости населения.

Учет работы дневного стационара в больничных учреждениях и движения больных осуществляется в установленном порядке.

5.11. Анализ деятельности специализированных служб

Этот раздел включает сведения о работе специализированных служб – педиатрической, акушерско-гинекологической, терапевтической, хирургической, онкологической, противотуберкулезной, психиатрической, наркологической, дермато-венерологической и других.

Анализ деятельности этих служб имеет свои особенности, но в обязательном порядке включает следующие разделы:

- Общая характеристика службы;
- Обеспеченность врачами и средним медперсоналом;
- Показатели работы амбулаторно-поликлинической помощи: лечебная и профилактическая работа;
- Стационарная помощь;
- Показатели работы специализированной службы в динамике и сравнении.

5.12. Анализ деятельности вспомогательных отделений (кабинетов).

Этот раздел включает сведения о работе вспомогательных (параклинических) служб – рентгенологической, физиотерапевтической, эндоскопической, лабораторной, функциональной диагностики и других.

Анализ деятельности этих служб имеет свои особенности, но в обязательном порядке включает следующие разделы:

- Общая характеристика службы;
- Обеспеченность врачами и средним медицинским персоналом;
- Показатели работы в амбулаторно-поликлинических подразделениях, дневных стационарах и круглосуточных стационарах;
- Общие показатели работы для большинства служб в динамике и сравнении включают:
 - Среднее число исследований (процедур) на 100 амбулаторных посещений;
 - Среднее число исследований (процедур) на 1 больного, закончившего лечение в дневном стационаре;
 - Среднее число исследований (процедур) на 1 больного, выбывшего из стационара.

Обязательно следует отразить наличие аппаратуры, ее количество, полученное в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» и введенное в эксплуатацию, а также среднюю нагрузку на единицу диагностического оборудования (по типам).

5.13. Расчет новых показателей введенных в формы федерального (ф.30) и отраслевого (ф.40) статистического наблюдения.

Доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений, применяющих медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи (%).

Источник информации для органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, Росстат – формы № 30 (47), 40.

Показатель рассчитывается по формуле:

$$У2 = \frac{МУмэс}{МУв} \times 100\%,$$

где
У2 – доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений, применяющих медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи;

МУмэс – число государственных (муниципальных) медицинских учреждений, применяющих медико-экономические стандарты оказания медицинской помощи;

МУв – число государственных (муниципальных) учреждений.

Доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений, переведенных на оплату медицинской помощи по результатам деятельности (%).

Источник информации для органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, Росстат – формы № 30, 40, 47.

Показатель рассчитывается по формуле:

$$У3 = \frac{МУр\delta}{МУ\epsilon} \times 100\%,$$

где:

У3 – доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений, переведенных на оплату медицинской помощи по результатам деятельности (для амбулаторных учреждений – подушевое финансирование; для стационарных учреждений – оплата пролеченного больного на основе медико-экономических стандартов по клинико-статистическим группам);

МУрδ – число государственных (муниципальных) медицинских учреждений, переведенных на оплату медицинской помощи по результатам деятельности (для амбулаторных учреждений – подушевое финансирование; для стационарных учреждений – оплата пролеченного больного на основе медико-экономических стандартов по клинико-статистическим группам);

МУε – число государственных (муниципальных) медицинских учреждений субъекта Российской Федерации.

Доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений, переведенных на новую (отраслевую) систему оплаты труда, ориентированную на результат (%).

Источник информации для органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации, Росстат – формы № 30, 40, 47.

Показатель рассчитывается по формуле:

$$У4 = \frac{МУ\omicron\sigma}{МУ\upsilon} \times 100\%,$$

где:

У4 – доля государственных (муниципальных) медицинских учреждений, в которых локальными нормативными актами введена в соответствии с нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации и (или) муниципального образования новая (отраслевая) система оплаты труда, ориентированная на результат;

МУοσ – число государственных (муниципальных) медицинских учреждений, в которых локальными нормативными актами введена в соответствии с нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации и (или) муниципального образования новая (отраслевая) система оплаты труда, ориентированная на результат;

МУυ – число государственных (муниципальных) медицинских учреждений субъекта Российской Федерации.

Под новой (отраслевой) системой оплаты труда, ориентированной на результат, следует понимать утвержденную нормативными правовыми актами соответствующего субъекта Российской Федерации и (или) муниципального образования систему оплаты труда, основанную на контрактной форме с учетом объема и качества труда. Оплата труда руководителя учреждения здравоохранения зависит от средней оплаты труда работников учреждения и повышающего коэффициента, отражающего объем, качество и уровень медицинской помощи, оказываемой данным учреждением здравоохранения.

Показатель представляется по государственным и муниципальным учреждениям суммарно.

6. Выводы, предложения, рекомендации.

Проведенный комплексный анализ деятельности и эффективности работы учреждения здравоохранения завершается выводами, в которых последовательно отражаются основные положительные и негативные тенденции в деятельности учреждения.

На основании полученного комплекса показателей и проведенного анализа можно оценить состояние лечебно-профилактической работы как в целом, так и отдельных структурных подразделений учреждения.

Наиболее распространенный метод представления итогов деятельности учреждения здравоохранения – показать **уровни (ранги)**, которые занимает данное учреждение.

Представление итогов анализа деятельности учреждения здравоохранения с применением метода ранжирования возможно при условии сравнения полученных показателей с соответствующими показателями по другим учреждениям территории, со средне-областными показателями за тот же период времени.

Метод ранжирования можно применить и для оценки состояния здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения с целью получения объективной оценки функционирования отдельных звеньев, выявления «узких мест» и имеющихся резервов, оценки рациональности использования имеющихся ресурсов, составления обоснованного плана развития здравоохранения.

Полученные в результате проведенного анализа данные ориентируют руководителя учреждения здравоохранения в отношении состояния кадров и лечебно-профилактической деятельности и другой деятельности учреждения здравоохранения, указывают на имеющиеся достижения, вскрывают недостатки, тем самым содействуют определению путей дальнейшего развития здравоохранения.

Полученный анализ в том или ином его разрезе и объеме может быть представлен на медицинском совете.

Анализ деятельности учреждения здравоохранения должен дать возможность руководителю принять решение о реальных путях к улучшению результатов работы.

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.

Управление состоит, как минимум, из двух частей – выявление проблем и их устранение. При отсутствии любой из них процесс управления не может быть реализован. Внутри этих двух основных частей, для удобства практического применения, можно выделить более детальные

технологические этапы управленческого процесса. Представляется целесообразным выделить шесть таких этапов:

- выявление проблем;
- анализ проблем;
- разработка проектов решения;
- принятие решения;
- реализация решения;
- анализ эффективности решения.

На первом этапе должны быть выявлены, обоснованы и учтены все имеющиеся проблемы 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 неустраиваемые. Также определяется необходимость привлечения для устранения проблемы дополнительных ресурсов и других подсистем.

Следует постоянно помнить, что чем конкретнее определены причины и факторы возникновения проблемы, тем эффективнее впоследствии будут осуществляться последующие этапы управленческого процесса. Необходимо 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, принимается решение 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 выполнением 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 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.

Таким образом, данный раздел должен содержать конкретные предложения и рекомендации для всех служб и ответственных лиц, направленные на дальнейшее повышение качества лечебно-профилактического обслуживания населения.

Предложения и рекомендации, как правило, выносятся дифференцированно, с соблюдением иерархических принципов управления, то есть:

- уровень главных врачей, заместителей главного врача;
- предложения, касающиеся деятельности организационно-методических кабинетов;
- уровень отделений учреждения здравоохранения;
- предложения, касающиеся деятельности отдельных служб и т.д.

Принятие решений по результатам анализа остается за руководителем учреждения здравоохранения.

II. МЕТОДИКА РАСЧЕТА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЛЯ АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

1. Сеть лечебно-профилактических учреждений службы охраны материнства и детства

Для анализа деятельности службы субъекта используются данные годового отчета по форме 47. При анализе деятельности отдельных учреждений службы охраны материнства и детства сведения о сети учреждений – по данным годового отчета по форме 30.

1.1. ЛПУ, оказывающие медицинскую помощь детям

Виды учреждений, оказывающих медицинскую помощь детям	Отчетная ф. №, таблица, строка, графа	Уровень преимущественного применения		
		Федеральный	Субъекта РФ	Муниципальный
Детские областные, краевые, республиканские больницы	ф.№47 таб.0100 стр.2 гр.3		-	
Консультативно-диагностические центры для детей	ф.№47 таб.900 стр.9 гр.3		-	
Детские городские больницы	ф.№47 таб.0100 стр.4 гр.3			
Инфекционные больницы для детей	ф.№47 таб.0100 стр.9 гр.3			-
Туберкулезные больницы для детей	ф.№47 таб.0100 стр.11 гр.3			-
Детские поликлиники	ф.№47 таб.900 стр.5 гр.3			
Молочные кухни (в составе ЛПУ)	ф.№30 таб.1004 стр.2 гр.1			
ЛПУ, имеющие в своем составе детские поликлинические отделения (кабинеты)	ф.№30 таб.1001 стр.27 гр.3			
Учреждения, имеющие в	ф.№30 таб.1001 стр.39 гр.			-

своем составе подростковые наркологические отделения (кабинеты)	3			
Детские санатории	ф.№47 таб.3100 стр.5 гр.3			
Дома ребенка	ф.№41 таб.1000 стр.1 гр.1			

1.2. ЛПУ, оказывающие медицинскую помощь женщинам

Виды учреждений, оказывающих медицинскую помощь женщинам	Отчетная ф.№, таблица, строка, графа	Уровень преимущественного применения		
		Федеральный	Субъекта РФ	Муниципальный
Родильные дома	ф.№47 табл. 0100 стр.19 гр.3			
Женские консультации	ф.№47 таб.900 стр.12 гр.3			
Женские консультации, входящие в состав других ЛПУ	ф.№30 таб.1001 стр.22 гр.3			
Перинатальные центры	ф.№47 таб.0100 стр.28 гр.3			
Центры планирования семьи и репродукции (самостоятельные)	ф.№47 таб.900 стр.11 гр.3			
Центры планирования семьи и репродукции в составе ЛПУ	ф.№30 таб.1001 стр.25 гр.3			
ЛПУ, в составе которых функционируют акушерско-	ф.№30 таб.1001 стр.23 гр.3			

гинекологических отделения (кабинеты)				
Смотровые кабинеты	ф.№30 таб.1001 стр.24 гр.3			
Фельдшерско-акушерские пункты, функционирующие в составе ЛПУ	ф.№47 таб.1600 стр.1 гр.3			

1.3 Обеспеченность населения койками акушерско-гинекологического профиля (без учета коек дневного стационара)

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность населения койками для беременных и рожениц, включая койки патологии беременности (на 10 000 женщин фертильного возраста 15-49 лет)	=	Число коек для беременных и рожениц, включая койки патологии беременности	x10 000
		численность женщин фертильного возраста (15-49лет) на конец года ¹⁾	
	=	ф.№30 таб.3100 стр.(38+39) гр.3	x10 000
		численность женщин фертильного возраста (15-49лет) на конец года ¹⁾	

¹⁾ – по данным Росстата

Обеспеченность населения, обслуживаемого данным учреждением, койками всех профилей рассчитывается по данным отчета по форме 30, обеспеченность населения койками с уровня субъекта по сводному отчету по субъекту по форме 30 (или по форме 47).

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Доля коек для лечения патологии беременности в общем числе коек для беременных и рожениц и патологии беременных (в %)	=	число коек для лечения патологии беременности	x100
		общее число коек для беременных и рожениц, включая койки патологии беременности	
	=	ф.№30 таб.3100 стр.39 гр.3	x100
		ф.№30 таб.3100 стр.(38+39) гр.3	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность населения	=	число коек для беременных и рожениц	x10 000

койками для беременных и рожениц (на 10 000 женщин фертильного возраста - 15-49лет)	=	численность женщин фертильного возраста (15-49лет) на конец года	x10 000
		ф.№30 таб.3100 стр.38 гр.3	
		численность женщин фертильного возраста (15-49лет) на конец года	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность населения койками для лечения патологии беременности (на 10 000 женщин фертильного возраста - 15-49лет)	=	число коек для лечения патологии беременности	x10 000
		численность женщин фертильного возраста (15-49лет) на конец года	
		ф.№30 таб.3100 стр.39 гр.3	x10 000
		численность женщин фертильного возраста (15-49лет) на конец года	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность населения гинекологическими койками (на 10.000 женского населения)	=	число гинекологических коек	x10 000
		численность женщин на конец года	
		ф.№30 таб.3100 стр.40 гр.3	x10 000
		численность женщин на конец года	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность населения койками для производства абортов (на 10 000 женщин фертильного возраста - 15-49лет)	=	число коек для производства абортов	x10 000
		численность женщин фертильного возраста (15-49лет) на конец года	
		ф.№30 таб.3100 стр. 41 гр.3	x10 000
		численность женщин фертильного возраста (15-49лет) на конец года	

1.4. Работа акушерско-гинекологических коек (без учета коек дневного стационара)

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Средняя занятость койки для беременных и рожениц в году (дней)	=	Число койко-дней, проведенных в году женщинами на койках для беременных и рожениц	
		Число среднегодовых коек для беременных и рожениц	
		ф.№30 таб.3100 стр.38 гр.12	
		ф.№30 таб.3100 стр.38 гр.5	

Уровень преимущественного применения

Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Средняя занятость койки патологии беременности в году (дней)	=	Число койко-дней, проведенных в году женщинами на койках патологии беременности
		Число среднегодовых коек патологии беременности
	=	ф.№30 таб.3100 стр.39 гр.12
		ф.№30 таб.3100 стр.39 гр.5

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Средняя занятость гинекологической койки в году (дней)	=	Число койко-дней, проведенных в году женщинами на гинекологических койках
		Число среднегодовых гинекологических коек
	=	ф.№47 таб.1110 стр.40 гр.12
		ф.№47 таб.1110 стр.40 гр.5

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Средняя занятость в году коек для производства аборт (дней)	=	Число койко-дней, проведенных в году женщинами на койках для производства абортов
		Число среднегодовых коек для производства абортов
	=	ф.№30 таб.3100 стр.41 гр.12
		ф.№30 таб.3100 стр.41 гр.5

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Средняя длительность пребывания на койке для беременных и рожениц (дней)	=	Число койко-дней, проведенных в году женщинами на койке для беременных и рожениц (поступившие + выписанные + умершие)/2
		на койки для беременных и рожениц
	=	ф.№30 таб.3100 стр.38 гр.12
		ф.№30 таб.3100 стр.38 гр.(6+10+11)/2

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Средняя длительность пребывания на койке патологии беременности (дней)	=	Число койко-дней, проведенных в году женщинами на койке патологии беременности (поступившие + выписанные + умершие)/2
		на койки патологии беременности
	=	ф.№30 таб.3100 стр.39 гр.12
		ф.№30 таб.3100 стр.39 гр.(6+10+11)/2

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный

Средняя длительность пребывания на гинекологической койке (дней)	=	Число койко-дней, проведенных в году женщинами на гинекологической койке
		(поступившие + выписанные + умершие)/2 на гинекологической койке
	=	ф.№30 таб.3100 стр.40 гр.12
		ф.№30 таб.3100 стр.40 гр.(6+10+11)/2

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Средняя длительность пребывания на койке для производства аборт (дней)	=	Число койко-дней, проведенных в году женщинами на койке для производства аборт
		(поступившие + выписанные + умершие)/2 на койке для производства аборт
	=	ф.№30 таб.3100 стр.41 гр.12
		(ф.№30 таб.3100 стр.41 гр.(6+10+11))/2

1.5. Обеспеченность детского населения койками (без учета коек дневного стационара)

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Обеспеченность детского населения койками, включая специализированные (на 10 000 детей в возрасте 0-17 лет) ¹⁾	=	число коек для детей, включая специализированные койки ¹⁾
		Численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года
	=	ф.№30 таб.3100 стр.(4+6+8+10+12+14+16+18+20+22+24+28+31+33+35+37+45+48+50+54+56+58+60+65+67+69+70) гр.3
		Численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность детского населения педиатрическими койками (на 10000 детей в возрасте 0-17 лет)	=	абсолютное число педиатрических (соматических) коек	x10 000
		Численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года	
	=	ф.№30 таб.3100 стр.60 гр.3	Численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный

ый		(территориальный)	
Обеспеченность детского населения койками для недоношенных и новорожденных (на 10 000 детей в возрасте до 1 года)	=	Число коек для недоношенных и новорожденных	x10 000
		Численность детей в возрасте до 1 года на конец года	
	=	ф.№30 таб.3100 стр.61 гр.3	x10 000
		Численность детей в возрасте до 1 года на конец года	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность детского населения койками для грудных детей (на 10 000 детей в возрасте до 1 года)	=	Число коек для новорожденных	x10 000
		Численность детей в возрасте до 1 года на конец года	
	=	ф.№30 таб.3100 стр.62 гр.3	x10 000
		Численность детей в возрасте до 1 года на конец года	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность детского населения койками для новорожденных в акушерских стационарах (на 10 000 детей в возрасте до 1 года) ¹⁾	=	Число коек для новорожденных в акушерских стационарах	x10 000
		Численность детей в возрасте до 1 года на конец года	
	=	ф.№30 таб.3100 стр.62.1 гр.3	x10 000
		Численность детей в возрасте до 1 года на конец года	

¹⁾ – при расчете показателя учитываются сметные койки для новорожденных

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность детского населения специализированными койками (на 10 000 детей в возрасте 0-17 лет)	=	абсолютное число специализированных коек	x10 000
		Численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года	

	=	ф.№30 таб. 3100 стр. (4+6+8+10+ +12+16+18+20+22+24+28+31+33+ +35+37+45+48+50+54+56+58+ +65++67+69+76) гр.3	x10 000
		Численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года	

Целесообразно рассчитывать обеспеченность детского населения специализированными койками отдельных профилей.

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность детского населения инфекционными койками (на 10 000 детей в возрасте 0-17 лет)	=	число круглосуточных инфекционных коек	x10 000
		Численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года	
	=	ф.№30 таб.3100 стр.14 гр.3	x10 000
		численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года	

1.6. Работа коек для детей (без учета коек дневного стационара, показатели рассчитываются по общему числу коек, а также по койкам отдельных профилей)

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Госпитализация детей 0–17 лет, на 100 человек среднегодовой численности детского населения 0–17 лет	=	поступило больных детей (0–17 лет)	x100
		среднегодовая численность детского населения (0–17 лет)	
	=	ф.№30 таб.3100 стр.1 гр.7	x100
		среднегодовая численность детского населения (0–17 лет)	

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный

Средняя занятость детских коек (дней)	=	число койко-дней, проведенных больными детьми (0-17 лет) в стационаре
		среднегодовое число коек (фактически развернутых + свернутых на ремонт)
	=	ф.№30 таб.3100 стр.(06+08+10+12+14+16+18+20+22+24+28+31+33+35+37+45+48+50+54+56+58+60+65+67+69+76) гр.12
		ф.№30 таб.3100 стр.(06+08+10+12+14+16+18+20+22+24+28+31+33+35+37+45+48+50+54+56+58+60+65+67+69+76) гр.4

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Оборот койки ¹⁾	=	$\frac{1}{2}$ (поступивших+выписано+умерло)
		среднегодовое число коек
	=	ф.№30 таб.3100 [{гр.5 стр.14+16+18+20+22+24+28+31+33+35+37+45+48+50+54+56+58+60+65+67+69+76} стр.(06+08+10+12+14+16+18+20+22+24+28+31+33+35+37+45+48+50+54+56+58+60+65+67+69+76) гр.12
		ф.№30 таб. 3100 стр.(06+08+10+12+14+16+18+20+22+24+28+31+33+35+37+45+48+50+54+56+58+60+65+67+69+76) гр.4

¹⁾ - показатели следует рассчитывать по: отделениям разных профилей в учреждении; учреждениям одного профиля.

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Больничная летальность детей умерших в возрасте до 1 года	=	число умерших детей в возрасте до 1 года в стационаре	x100
		число выбывших (выписанные+умершие) из стационара детей до 1 года	
	=	ф.№14 таб.2000 стр.1 гр.11	x100
		ф.№14 таб.2000 стр.1 гр.(8 + 11)	

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
ый		

Больничная летальность детей 0-17 лет, %	=	число умерших детей в возрасте 0–17 лет в стационаре	x100
		число выбывших (выписанные+умершие) из стационара детей в возрасте 0–17 лет	
	=	ф.№14 таб.2000 стр.1 гр.10	x100
		ф.№14 таб.2000 стр.1 гр.(7 + 10)	

1.7. Обеспеченность медицинскими кадрами

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность населения врачами акушерами-гинекологами (на 10 000 соответствующего населения)	=	число врачей акушеров-гинекологов (физических лиц)	x10 000
		численность женщин на конец года ¹⁾	
	=	ф.№17 таб.1000 стр.44 гр.3	x10 000
		численность женщин на конец года ¹⁾	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность населения врачами педиатрами (на 10 000 соответствующего населения)	=	число врачей педиатров (физических лиц на)	x10 000
		численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года ¹⁾	
	=	ф.№17 таб.1000 стр.45 гр.3	x10 000
		численность детей в возрасте 0-17 лет на конец года ¹⁾	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность населения врачами неонатологами (на 10 000 соответствующего населения)	=	число врачей неонатологов (физических лиц)	x10 000
		число родившихся живыми в данном году ¹⁾	
	=	ф.№17 таб.1000 стр.46 гр.3	x10 000
		число родившихся живыми в данном году ¹⁾	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Обеспеченность населения акушерками (на 10 000 соответствующего населения)	=	число акушерок (физических лиц)	x10 000
		численность женщин на конец года ¹⁾	
	=	ф.№17 таб.1001 стр.99 гр.3	x10 000
		Численность женщин на конец года	

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Укомплектованность должностей врачей акушеров-гинекологов (в%) ²⁾	=	число занятых должностей акушерами-гинекологами x 100
		число штатных должностей акушеров-гинекологов
	=	ф.№30 таб.1100 стр.43 гр.4 x 100
		ф.№30 таб.1100 стр.43 гр.3

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Укомплектованность должностей врачей педиатров (в%) ²⁾	=	число занятых должностей врачами педиатрами x 100
		число штатных должностей врачей педиатров
	=	ф.№30 таб.1100 стр.45 гр.4 x 100
		ф.№30 таб.1100 стр.45 гр.3

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Укомплектованность должностей врачей неонатологов (в%) ²⁾	=	число занятых должностей врачами неонатологами x 100
		число штатных должностей врачей неонатологов
	=	ф.№30 таб.1100 стр.52 гр.4 x 100
		ф.№30 таб.1100 стр.52 гр.3

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Укомплектованность должностей терапевтов подростковых кабинетов (в%) ²⁾	=	число занятых должностей терапевтами подростковых кабинетов x 100
		число штатных должностей терапевтов подростковых кабинетов
	=	ф.№30 таб.1100 стр.07 гр.4 x 100
		ф.№30 таб.1100 стр.07 гр.3

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Укомплектованность должностей акушерок (в%) ²⁾	=	число занятых должностей акушерками x 100
		число штатных должностей акушерок
	=	ф.№30 таб.1100 стр.98 гр.4 x 100
		ф.№30 таб.1100 стр.98 гр.3

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Коэффициент совместительства акушеров-гинекологов ²⁾	=	число занятых должностей акушеров-гинекологов
		число акушеров-гинекологов (физических лиц на занятых должностях)
	=	ф.№30 таб.1100 стр.43 гр.7
		ф.№30 таб.1100 стр.43 гр.4

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Коэффициент совместительства врачей педиатров ²⁾	=	число занятых должностей врачами педиатрами
		число врачей педиатров (физических лиц на занятых должностях)
	=	ф.№30 таб.1100 стр.45 гр.7
		ф.№30 таб.1100 стр.45 гр.4

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Коэффициент совместительства врачей неонатологов ²⁾	=	число занятых должностей врачами неонатологами
		число врачей неонатологов (физических лиц на занятых должностях)
	=	ф.№30 таб.1100 стр.52 гр.7
		ф.№30 таб.1100 стр.52 гр.4

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Коэффициент совместительства терапевтов подростковых кабинетов ²⁾	=	число занятых должностей терапевтами подростковых кабинетов
		число терапевтов подростковых кабинетов (физических лиц на занятых должностях)
	=	ф.№30 таб.1100 стр.07 гр.7
		ф.№30 таб.1100 стр.07 гр.4

Уровень преимущественного применения		
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный
Коэффициент совместительства акушерок ²⁾	=	число занятых должностей акушерками
		число акушерок (физических лиц на занятых должностях)
	=	ф.№30 таб.1100 стр.97 гр.4
		ф.№30 таб.1100 стр.97 гр.7

²⁾ – показатель рекомендуется использовать непосредственно в учреждениях - для должностей отдельных специалистов

2. Профилактические осмотры

2.1. Беременные женщины, поступившие под наблюдение в женскую консультацию

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число беременных женщин, поступивших под наблюдение в женскую консультацию в срок до 12 недель беременности (%)	=	число беременных, поступивших под наблюдение со сроком до 12 недель беременности	x100
		число беременных, поступивших под наблюдение в женскую консультацию – всего	
	=	ф.№32 таб.2110 стр.1 гр.3	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.1 гр.2	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число родов у женщин, не наблюдавшихся в женской консультации, (в % от общего числа родов)	=	число родов у женщин, не состоявших под наблюдением в женской консультации	x100
		принято родов – всего	
	=	ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.2	x100
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

2.2. Профилактические осмотры детей в домах ребенка

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число детей в доме ребенка выявленных в возрасте от 0 до 12 месяцев с расстройствами питания (в %)	=	Число выявленных в доме ребенка детей в возрасте от 0 до 12 месяцев с расстройствами питания	x100
		Число детей с расстройствами питания в доме ребенка (0-14 лет) - всего	
	=	ф.№41 таб.2145 стр.01 гр.3	x100
		ф.№41 таб.2145 стр.(01+02+03) гр.3	

Уровень преимущественного применения

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число детей выявленных в возрасте от 1 до 3 лет с расстройствами питания (в %) в доме ребенка	=	Число выявленных в доме ребенка детей в возрасте от 1 до 3 лет с расстройствами питания	x100
		Число детей с расстройствами питания (0-14 лет) - всего	
	=	ф.№41 таб.2145 стр. 02 гр.3	x100
		ф.№41 таб.2145 стр.(01+02+03) гр.3	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число выявленных детей в возрасте 3 года и старше с расстройствами питания (в %) в доме ребенка	=	Число выявленных в доме ребенка детей в возрасте 3 года и старше с расстройствами питания	x100
		Число детей с расстройствами питания (0-14 лет) - всего	
	=	ф.№41 таб.2145 стр.03 гр.3	x100
		ф.№41 таб.2145 стр.(01+02+03) гр.3	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число выявленных детей с рахитом II-III степени в возрасте от 0 до12 месяцев (в %) в доме ребенка	=	Число выявленных в доме ребенка детей с рахитом II-III степени в возрасте от 0 до12 месяцев	x100
		Число детей с рахитом II-III степени (0-14 лет) - всего	
	=	ф.№41 таб.2145 стр.01 гр.4	x100
		ф.№41 таб.2145 стр.(01+02+03) гр.4	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число детей с рахитом II-III степени в возрасте от 1 до3 лет (в %) в доме ребенка	=	Число выявленных в доме ребенка детей с рахитом II-III степени в возрасте от 1 до3 лет	x100
		Число детей с рахитом II-III степени (0-14 лет) - всего	
	=	ф.№41 таб.2145 стр.02 гр.4	x100
		ф.№41 таб.2145 стр.(01+02+03) гр.4	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число детей с рахитом II-III степени в возрасте 3 года и старше (в %) в доме ребенка	=	Число детей в доме ребенка с рахитом II-III степени в возрасте 3 года и старше	x100
		Число детей с рахитом II-III степени (0-14 лет) - всего	
	=	ф.№41 таб.2145 стр.03 гр.4	x100
		ф.№41 таб.2145стр.(01+02+03)гр.4	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число детей с анемией в возрасте от 0 до 12 месяцев (в %) в доме ребенка	=	Число детей в доме ребенка с анемией в возрасте от 0 до 12 месяцев	x100
		Число детей (0-14 лет) с анемией	
	=	ф.№41 таб.2145 стр.01 гр.5	x100
		ф.№41 таб.2145 стр.(01+02+03) гр.5	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число детей с анемией в возрасте от 1 до 3 лет, (в %) в доме ребенка	=	Число детей в доме ребенка с анемией в возрасте от 1 до 3 лет	x100
		Число детей с анемией (0-14 лет) - всего	
	=	ф.№41 таб.2145 стр. 02 гр.5	x100
		ф.№41 таб.2145 стр.(01+02+03) гр.5	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число детей в возрасте 3 года и старше, у которых выявлена анемия (в %) в доме ребенка	=	Число детей в доме ребенка с анемией в возрасте 3 года и старше	x100
		Число детей с анемией (0-14 лет) - всего	
	=	ф.№41 таб.2145 стр.03 гр.5	x100
		ф.№41 таб.2145 стр.(01+02+03) гр.5	

2.3. Профилактические осмотры детей 0-17 лет

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число детей в возрасте 0-14 лет,	=	Число осмотренных детей в возрасте 0-14 лет	x100

прошедших профилактический осмотр (в %)		среднегодовая численность детей в возрасте 0-14 лет	x100
		= ф.№31 таб.2500 стр.02 гр.3	
	=	среднегодовая численность детей в возрасте 0-14 лет	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число детей (школьников и работающих) в возрасте 15-17 лет прошедших профилактический осмотр (в %)	=	Число детей в возрасте 15-17 лет (школьников и работающих) прошедших профилактический осмотр	x100
		среднегодовая численность детей в возрасте 15-17 лет (школьников и работающих)	
	=	ф.№30 таб.2510 стр.01 гр.4+ф.№31 таб.2500 стр.(01-02) гр3	x100
		среднегодовая численность детей в возрасте 15-17 лет (школьников и работающих)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число детей в возрасте 0-14 лет, осмотренных стоматологом (в %)	=	Число детей в возрасте 0-14 лет осмотренных стоматологом	x100
		среднегодовая численность детского населения в возрасте 0 - 14 лет	
	=	ф.№30 таб.2700 стр. 02 гр.10	x100
		среднегодовая численность детского населения в возрасте 0 - 14 лет	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число детей в возрасте 0-14 лет, нуждающихся в санации (в %)	=	Число детей в возрасте 0-14 лет, нуждающихся в санации	x100
		Число детей в возрасте 0-14 лет осмотренных профилактически стоматологом	
	=	ф.№30 таб.2700 стр. 02 гр.11	x100
		ф.№30 таб.2700 стр. 02 гр.10	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный

Число санированных детей в возрасте 0-14 лет (в %)	=	Число санированных детей в возрасте 0-14 лет	x100
		Число детей в возрасте 0-14 лет, нуждающихся в санации	
	=	ф.№30 таб.2700 стр. 02 гр.12	x100
		ф.№30 таб.2700 стр. 02 гр.11	

2.4. Профилактические осмотры детей 0-14 лет и детей-школьников 15-17 лет

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ	Муниципальный	
ый	(территориальный)		
Частота выявления на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет понижения остроты зрения (на 1000 осмотренных детей в возрасте 0-17 лет)	=	Число выявленных на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет случаев понижения остроты зрения	x1000
		Число осмотренных на профилактических осмотрах детей в возрасте 0-17 лет	
	=	ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.5	x1000
		ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.3	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ	Муниципальный	
ый	(территориальный)		
Частота выявления на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет понижения остроты слуха (на 1000 осмотренных детей в возрасте 0-17 лет)	=	Число выявленных на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет случаев понижения остроты слуха	x1000
		Число осмотренных детей в возрасте 0-17 лет	
	=	ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.4	x1000
		ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.3	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ	Муниципальный	
ый	(территориальный)		
Частота выявления на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет дефектов речи (на 1000 осмотренных детей в возрасте 0-17 лет)	=	Число выявленных на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет случаев дефектов речи	x1000
		Число осмотренных детей в возрасте 0-17 лет	
	=	ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.6	x1000

	ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.3	
--	----------------------------	--

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Частота выявления на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет нарушений осанки (на 1000 осмотренных детей в возрасте 0-17 лет)	=	Число выявленных на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет случаев нарушений осанки	x1000
		Число осмотренных детей в возрасте 0-17 лет	
	=	ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.8	x1000
		ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.3	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Частота выявления на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет сколиоза (на 1000 осмотренных детей в возрасте 0-17 лет)	=	Число выявленных на профилактических осмотрах у детей в возрасте 0-17 лет случаев сколиоза	x1000
		Число осмотренных детей в возрасте 0-17 лет	
	=	ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.7	x1000
		ф.№31 таб.2500 стр.01 гр.3	

2.5. Распределение детей учащихся в государственных (муниципальных) общеобразовательных учреждениях по группам здоровья

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число детей имеющих I группу здоровья (в %)	=	число детей имеющие I группу здоровья	x100
		число учащихся в государственных (муниципальных) образовательных учреждениях	
	=	ф. №31 таб. 2501 стр.1 гр.1	x100
		ф. №31 таб. 2100 стр.(1-3-4) гр.6	
Число детей имеющих II группу здоровья (в %)	=	число детей имеющие II группу здоровья	x100
		число учащихся в государственных (муниципальных) образовательных учреждениях	
	=	ф. №31 таб. 2501 стр.1 гр. 2	x100
		ф. №31 таб. 2100 стр.(1-3-4) гр. 6	
Число детей имеющих	=	число детей имеющие II группу здоровья	x100

III группу здоровья (в %)	=	число учащихся в государственных (муниципальных) образовательных учреждениях	x100
	=	ф. №31 таб. 2501 стр.1 гр. 3 ф. №31 таб. 2100 стр.(1-3-4) гр. 6	x100
Число детей имеющих IV группу здоровья (в %)	=	число детей имеющие IV группу здоровья число учащихся в государственных (муниципальных) образовательных учреждениях	x100
	=	ф. №31 таб. 2501 стр.1 гр. 4 ф. №31 таб. 2100 стр.(1-3-4) гр. 6	x100
Число детей имеющих V группу здоровья (в %)	=	число детей имеющие V группу здоровья число учащихся в государственных (муниципальных) образовательных учреждениях	x100
	=	ф. №31 таб. 2501 стр.1 гр. 5 ф. №31 таб. 2100 стр.(1-3-4) гр. 6	x100

2.6. Скрининг новорожденных

Число обследованных новорожденных с факторами риска по тугоухости (в %)	=	ф.№31 таб.2201 стр.1 гр.3	x100
	=	ф.№31 таб.2201 стр.1 гр.2	

Из числа обследованных выявлено новорожденных с нарушением слуха (в %)	=	ф.№31 таб.2201 стр.1 гр.4	x100
	=	ф.№31 таб.2201 стр.1 гр.3	

Из числа обследованных новорожденных, выявлено больных фенилкетонурей (в %)	=	ф.№31 таб.2202 стр.1 гр.7
	=	ф.№31 таб.2202 стр.1 гр.5

Из числа обследованных новорожденных, выявлено больных с врожденным гипотиреозом	=	ф.№31 таб.2201 стр.1 гр.8
	=	ф.№31 таб.2201 стр.1 гр.6

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ	Муниципальный	
ый	(территориальный)		
Число детей в возрасте от 3 до 6 мес., находящихся на грудном вскармливании (в % к числу детей, достигших возраста 1 год)	=	ф.№31 таб.2400 стр.1 гр.2	x100
		ф.№31 таб.2400 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ	Муниципальный	
ый	(территориальный)		
Число детей в возрасте от 6 мес. до 1 года, находящихся на грудном вскармливании (в % к числу)	=	ф.№31 таб.2400 стр.1 гр.3	x100

детей, достигших возраста 1 год)	ф.№31 таб.2400 стр.1 гр.1
----------------------------------	------------------------------

3. Здоровье женщин.

3.1. Частота распространения гинекологических заболеваний

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота расстройств менструаций у девочек	=	число расстройств менструаций у девочек	x100 000
		среднегодовая численность девочек в возрасте 10-14 лет	
	=	ф.№12 таб.1000 стр.15.4 гр.4	x100 000
		среднегодовая численность девочек в возрасте 10-14 лет	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота расстройств менструаций у девушек в возрасте 15-17 лет	=	число случаев расстройств менструаций у девушек в возрасте 15-17 лет	x100 000
		среднегодовая численность девушек в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№12 таб.2000 стр.15.5 гр.4	x100 000
		среднегодовая численность девушек в возрасте 15-17 лет	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота заболеваний сальпингитом и оофоритом девушек в возрасте 15-17 лет	=	число заболеваний сальпингитом и оофоритом девушек в возрасте 15-17 лет	x100 000
		среднегодовая численность девушек в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№12 таб.2000 стр.15.4 гр.4	x100 000
		среднегодовая численность девушек в возрасте 15-17 лет	

Уровень преимущественного применения			
--------------------------------------	--	--	--

Федеральн ый		Субъекта (территориальный)		РФ		Муниципальный	
Частота заболеваний сальпингитом и оофоритом женщин в возрасте 18 лет и старше	=	число заболеваний сальпингитом и оофоритом женщин в возрасте 18 лет и старше		x100 000			
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше					
	=	ф.№12 таб.3000 стр.15.7гр.4		x100 000			
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше					

Уровень преимущественного применения							
Федеральн ый		Субъекта (территориальный)		РФ		Муниципальный	
Частота заболеваний эндометриозом женщин в возрасте 18 лет и старше	=	число заболеваний эндометриозом женщин в возрасте 18 лет и старше		x100 000			
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше					
	=	ф.№12 таб.3000 стр.15.8 гр.4		x100 000			
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше					

Уровень преимущественного применения							
Федеральн ый		Субъекта (территориальный)		РФ		Муниципальный	
Частота случаев эрозий и эктропиона шейки матки у женщин в возрасте 18 лет и старше	=	число случаев эрозий и эктропиона шейки матки у женщин в возрасте 18 лет и старше		x100 000			
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше					
	=	ф.№12 таб.3000 стр.15.9 гр.4		x100 000			
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше					

Уровень преимущественного применения							
Федеральн ый		Субъекта (территориальный)		РФ		Муниципальный	
Частота расстройств менструации у женщин в возрасте 18 лет и старше	=	расстройства менструаций у женщин в возрасте 18 лет и старше		x100 000			
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше					
	=	ф.№12 таб.3000 стр.15.10 гр.4		x100 000			
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше					

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Частота нарушений менопаузы и других нарушений в около менопаузном периоде у женщин возрасте 18 лет и старше	=	число нарушений менопаузы и других нарушений в около менопаузном периоде у женщин возрасте 18 лет и старше	x100 000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше	
	=	ф.№12 таб.3000 стр.15.11 гр.4	x100 000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Частота бесплодия у женщин в возрасте 18 лет и старше	=	бесплодие у женщин в возрасте 18 лет и старше	x100 000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше	
	=	ф.№12 таб.3000 стр.15.12 гр.4	x100 000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 18 лет и старше	

3.2. Здоровье беременных женщин

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число беременных, страдающих отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами (в %)	=	число беременных с отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами	x100
		число женщин, закончивших беременность родами и абортами в сроки 22-27 недель	
	=	ф.№32 таб.2130 стр.02 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5+8)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		

Число беременных, страдающих преэклампсией, эклампсией (в %)	=	число беременных с преэклампсией, эклампсией	x100
		число женщин, закончивших беременность родами и абортами в сроки 22-27 недель	
	=	ф.№32 таб.2130 стр.03 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5+8)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число беременных, страдающих венозными осложнениями (в %)	=	число беременных с венозными осложнениями	x100
		число женщин, закончивших беременность родами и абортами	
	=	ф.№32 таб.2130 стр.04 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5+7)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число беременных с заболеваниями мочеполовой системы (в %)	=	число беременных с заболеваниями мочеполовой системы	x100
		число женщин, закончивших беременность родами и абортами	
	=	ф.№32 таб.2130 стр.05 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5+7)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число беременных с сахарным диабетом (в %)	=	число беременных с сахарным диабетом	x100
		число женщин, закончивших беременность родами и абортами	
	=	ф.№32 таб.2130 стр.06 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5+7)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число беременных, имеющих дородовые кровотечения в связи с нарушением свертываемости крови (в %)	=	число случаев дородового кровотечения в связи с нарушениями свертываемости крови	x100
		число женщин, закончивших беременность родами и абортами	
	=	ф.№32 таб.2130 стр.07 гр.4	x100

	ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5+7)	
--	--------------------------------	--

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число беременных с анемией (в %)	=	число беременных с анемией	x100
		число женщин, закончивших беременность родами и абортами	
	=	ф.№32 таб.2130 стр.08 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5+7)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число беременных с заболеваниями щитовидной железы (в %)	=	число беременных с заболеваниями щитовидной железы	x100
		число женщин, закончивших беременность родами и абортами	
	=	ф.№32 таб.2130 стр.09 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5+7)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число беременных с заболеваниями системы кровообращения (в %)	=	число беременных с заболеваниями системы кровообращения	x100
		число женщин, закончивших беременность родами и абортами	
	=	ф.№32 таб.2130 стр.10 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5+7)	

3.3. Исходы беременности (из числа беременных состоявших под диспансерным наблюдением)

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число родов, произошедших в срок (в %)	=	число родов, произошедших в срок	x100
		число всех родов	
	=	ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.(5-6)	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.5	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число преждевременных родов (в %)	=	число преждевременных родов	x100
		число всех родов	
	=	ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.6	x100
		ф.№32 таб.2110 стр.01 гр.5	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число нормальных родов, принятых в стационаре (в %)	=	число нормальных родов, принятых в стационаре	x100
		число родов принятых в стационаре	
	=	ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

3.4. Осложнения родов и послеродового периода, включая родившихся вне стационара. (на 1000 родов)

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота случаев отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств, осложнивших роды и послеродовой период (ранний токсикоз беременности)	=	число родов с отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами	x1000
		число принятых родов (всего) включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.02 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота преэклампсий, эклампсий, осложнивших роды и послеродовой период	=	число случаев с преэклампсией, эклампсией	x1000
		число принятых родов (всего), включая родивших вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.03 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн	Субъекта	РФ	Муниципальный

ый	(территориальный)		
Частота родов, осложненных сахарным диабетом	=	число родов у женщин с сахарным диабетом	x1000
		число принятых родов (всего), включая родивших вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.04 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота родов, осложнившихся кровотечением в связи с предлежанием плаценты	=	число родов, осложнившихся кровотечением в связи с предлежанием плаценты	x1000
		число принятых родов, включая родивших вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.05 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота родов, осложнившихся кровотечением, связанным с нарушениями свертываемости системы крови	=	число кровотечений, связанных с нарушением свертываемости крови	x1000
		число принятых родов в стационаре, включая вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.06 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота преждевременной плаценты	=	число случаев родов с преждевременной отслойкой плаценты	x1000
		число принятых родов	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.07 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота родов с нарушениями родовой деятельности	=	число случаев нарушения родовой деятельности	x1000
		число принятых родов	

	=	ф.№32 таб.2211 стр.08 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота возникновения перитонита после операции кесарева сечения	=	число случаев перитонита после операции кесарева сечения	x1000 оперированных
		число операций кесарево сечения	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.15 гр.4	x1000 оперированных
		ф.№14 таб.4000 стр.14. 3гр.3	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота родов у женщин с болезнями мочеполовой системы	=	число родов у женщин с болезнями мочеполовой системы	x1000
		число принятых родов, включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.16 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота венозных осложнений в родах и послеродовом периоде	=	число случаев венозных осложнений	x1000
		число принятых родов, включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.17 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота родов у женщин с болезни щитовидной железы	=	число случаев болезни щитовидной железы	x1000
		число принятых родов, включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.18 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Частота возникновения анемии	=	число случаев заболевания анемией	x1000
		число принятых родов, включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.19 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Частота родов у женщин с болезнями системы кровообращения	=	число случаев заболеваний системы кровообращения	x1000
		число принятых родов, включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.20 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
	(территориальный)		
Частота затрудненных родов	=	число случаев затрудненных родов	x1000
		число принятых родов (всего)	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.09 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Частота разрывов промежности III и IV степени	=	число случаев разрыва промежности III и IV степени	x1000
		число принятых родов, включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.10 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота разрыва матки	=	число случаев разрыва матки – всего	x1000
		число принятых родов, включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.11 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число разрывов матки вне стационара (в % от общего числа разрывов матки)	=	число разрывов матки вне стационара	x100
		число разрывов матки - всего	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.12 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2210 стр.11 гр.4	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота кровотечений в последовом и послеродовом периоде	=	число случаев кровотечений в последовом и послеродовом периоде	x1000
		число принятых родов, включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.13 гр.4	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота родового сепсиса, разлитой послеродовой инфекции	=	число случаев родового сепсиса, разлитой послеродовой инфекции	x1000
		число принятых родов, включая поступивших после родов вне стационара	
	=	ф.№32 таб.2211 стр.14 гр.4	x1000

	ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.(1+3)	
--	-------------------------------	--

3.5. Объем и структура оперативных вмешательств в акушерских стационарах

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота наложения щипцов	=	число проведенных операций – наложения щипцов	x1000
		число принятых родов в стационаре	
	=	ф.№14 таб.4000 стр.14.1 гр.3	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральны й	Субъекта РФ (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число проведенных вакуум-экстракции	=	число вакуум-экстракций	x1000
		число принятых родов в стационаре	
	=	ф.№14 таб.4000 стр.14.2 гр.3	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число проведенных операций кесарево сечение	=	число проведенных кесарских сечений	x1000
		число принятых родов в стационаре	
	=	ф.№14 таб.4000 стр.14.3 гр.3	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	РФ	Муниципальный
Число плодоразрушающих операций	=	число плодоразрушающих операций	x1000
		число принятых родов в стационаре	
	=	ф.№14 таб.4000 стр.14.4 гр.3	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число проведенных акушерских операций - без аборта и экстирпации матки ¹⁾	=	число проведенных акушерских операций (без аборта и экстирпации матки)	x1000
		число принятых родов в стационаре	
	=	ф.№14 таб.4000 стр.14.1+14.2+14.3+ 14.5 гр.3	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

¹⁾ – Показатель рекомендуется использовать при анализе службы в субъекте, районе (муниципальном образовании).

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Число проведенных экстирпаций матки в родах или после них	=	число проведенных экстирпаций матки (в родах или после)	x1000
		число принятых родов в стационаре	
	=	ф.№14 таб.4000 стр.14.6 гр.3	x1000
		ф.№32 таб.2210 стр.1 гр.1	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ	РФ	Муниципальный
ый	(территориальный)		
Послеоперационная летальность при внематочной беременности - всего (%)	=	число умерших после операции по поводу внематочной беременности	x100
		общее число оперированных больных при внематочной беременности	
	=	ф. №30 таб. 3600 стр. 15 гр.7	x100
		ф. №30 таб. 3600 стр. 15 гр.6	
Послеоперационная летальность при внематочной беременности среди доставленных позже 24 часов (%)	=	число умерших оперированных больных при внематочной беременности доставленных в стационар позже 24 часов	x100
		общее число оперированных больных при внематочной беременности доставленных в стационар позже 24 часов	
	=	ф. №30 таб. 3600 стр. 16 гр.7	x100
		ф. №30 таб. 3600 стр. 16 гр.6	

3.6. Аборты и их профилактика

Уровень преимущественного применения			
Федеральн ый	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота использования женщинами в целях контрацепции внутриматочной спирали (на 1000 женщин фертильного (15-49 лет) возраста)	=	число женщин использующих в целях контрацепции внутриматочную спираль	x1000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет	
	=	ф.№30 таб.2610 стр.1 гр.1	x1000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота использования женщинами гормональной контрацепции (на 1000 женщин фертильного (15-49 лет) возраста)	=	число женщин использующих гормональную контрацепцию	x1000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет	
	=	ф.№30 таб.2610 стр.1 гр.2	x1000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота абортс у женщин фертильного возраста (на 1000 среднегодовой численности женщин фертильного возраста)	=	число абортс – всего	x1000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.4	x1000
		среднегодовая численность женщин в возрасте 15-49 лет	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	РФ	Муниципальный
Частота абортс у женщин (на 100 родившихся живыми и мертвыми)	=	число абортс – всего	x100
		число родившихся живыми и мертвыми	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.4	x100
		ф.№32 таб.2245 стр.(01+04) гр.(5+6+7+8+9+10+11)	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	РФ	Муниципальный
Доля абортс у девочек в возрасте до 14 лет в общем числе абортс (в %)	=	число абортс у девочек в возрасте до 14 лет	x100
		число абортс - всего	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.5	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.4	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Частота абортсв у девочек в возрасте до 14 лет (на 1000 населения соответствующего возраста)	=	число абортсв у девочек в возрасте до 14 лет включительно	x1000
		среднегодовая численность девочек в возрасте 10- 14 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.5	x1000
		среднегодовая численность девочек в возрасте 10- 14 лет	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число абортсв по медицинским показаниям у девочек в возрасте до 14 лет (в % к общему числу абортсв у девочек до 14 лет)	=	число абортсв по медицинским показаниям у девочек в возрасте до 14 лет	x100
		общее число абортсв у девочек в возрасте до 14 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.04 гр.5	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.5	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число абортсв в сроки до 12 недель у девочек в возрасте до 14 лет (в % от общего числа абортсв у девочек до 14 лет)	=	число абортсв в сроки до 12 недель у девочек в возрасте до 14 лет	x100
		общее число абортсв у девочек в возрасте до 14 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.09 гр.5	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.5	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число абортсв в сроки 22-27 недель у девочек в возрасте до 14 лет (в % от общего числа абортсв у девочек до в возрасте 14 лет)	=	число абортсв в сроке 22-27 недель у девочек в возрасте до 14 лет	x100
		общее число абортсв у девочек в возрасте до 14 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.10 гр.5	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.5	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число абортсв у первобеременных девочек в возрасте до 14 лет (в % от общего числа абортсв у девочек соответствующего возраста)	=	число абортсв у первобеременных в возрасте до 14 лет	x100
		общее число абортсв у девочек в возрасте до 14 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.15 гр.5	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.5	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Частота абортoв у девушек в возрасте 15-17 лет (на 1000 населения соответствующего возраста)	=	число абортoв у девушек в возрасте 15-17 лет	x1000
		среднегодовая численность женского населения в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	x1000
		среднегодовая численность женского населения в возрасте 15-17 лет	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число абортoв у девушек в возрасте 15-17 лет (в % от общего числа абортoв)	=	число абортoв у девушек в возрасте 15-17 лет	x100
		общее число абортoв у женщин всех возрастных групп	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.4	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число самопроизвольных абортoв у девушек (в общем числе абортoв в возрасте 15-17 лет в %)	=	число самопроизвольных абортoв у девушек в возрасте 15-17 лет	x100
		общее число абортoв у девушек в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.02 гр.7	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число неуточненных абортoв у девушек (в % в общем числе абортoв в возрасте 15-17 лет)	=	число неуточненных абортoв у девушек в возрасте 15-17 лет	x100
		общее число абортoв у девушек в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.06 гр.7	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число криминальных абортoв у девушек (в % от общего числа абортoв в возрасте 15-17 лет)	=	число криминальных абортoв у девушек в возрасте 15-17 лет	x100
		общее число абортoв у девушек 15-17 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.05 гр.7	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число аборт ов по медицинским показаниям у девушек в возрасте 15-17 лет (в % к общему числу аборт ов в возрасте 15-17 лет)	=	число аборт ов по медицинским показаниям у девушек в возрасте 15-17 лет	x100
		общее число аборт ов у девушек в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.04 гр.7	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число аборт ов по социальным показаниям у девушек в возрасте 15-17 лет (в % к общему числу аборт ов в возрасте 15-17 лет)	=	число аборт ов по социальным показаниям у девушек в возрасте 15-17 лет	x100
		общее число аборт ов у девушек в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.07 гр.7	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число аборт ов в сроки до 12 недель у девушек в возрасте 15-17 лет (в % к общему числу аборт ов в возрасте 15-17 лет)	=	число аборт ов в сроки до 12 недель у девушек в возрасте 15-17 лет	x100
		общее число аборт ов у девушек в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.09 гр.7	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число аборт ов в сроки 22-27 недель у девушек в возрасте 15-17 лет (в общем числе аборт ов в возрасте 15-17 лет в %)	=	число аборт ов в сроки 22-27 недель у девушек в возрасте 15-17 лет	x100
		общее число аборт ов у девушек в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.10 гр.7	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	

Уровень преимущественного применения			
Федеральный	Субъекта РФ (территориальный)	Муниципальный	
Число аборт ов у первобеременных девушек в возрасте 15-17 лет (в общем числе аборт ов в возрасте 15-17 лет в %)	=	число аборт ов у первобеременных девушек в возрасте 15-17 лет	x100
		общее число аборт ов у девушек в возрасте 15-17 лет	
	=	ф.№13 таб.1000 стр.08 гр.7	x100
		ф.№13 таб.1000 стр.01 гр.7	

Опубликовано 2 марта 2007г. Вступает в силу: 13 марта 2007г.

Зарегистрирован в Минюсте РФ 14 февраля 2007г. Регистрационный N 8943

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации

ПРИКАЗ

от 19 января 2007г. N 50

г. Москва

О порядке и условиях расходования средств, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии - медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни

В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2006г. N 869 "О порядке финансирования в 2007 году расходов, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии - медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни" ("Российская газета" от 10 января 2007г. N 1) **приказываю:**

1. Утвердить:

Порядок и условия расходования средств, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии - медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни, согласно приложению N 1;

Критерии качества медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, согласно приложению N 2.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра В.И. Стародубова.

Министр

М. Зурабов

Порядок и условия расходования средств, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии - медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни

1. Настоящий Порядок регулирует условия и порядок расходования средств, связанных с оплатой государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения (а при их отсутствии - медицинским организациям, в которых в установленном законодательством Российской Федерации порядке размещен государственный и (или) муниципальный заказ) (далее - учреждения здравоохранения) услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни.

2. Расходование средств, перечисленных региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации на оплату услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, а также по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни (далее - средства на оплату услуг), осуществляется учреждениями здравоохранения (их структурными подразделениями), оказывающими амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности, стационарную помощь женщинам в период родов и в послеродовой период, а также осуществляющими диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни.

3. Средства на оплату услуг за оказанную амбулаторно-поликлиническую помощь женщинам в период беременности направляются учреждениями здравоохранения на:

оплату труда медицинского персонала в размере 35-45 процентов от суммы перечисленных средств;

обеспечение медикаментами женщин в период беременности в размере 20% - 33% от суммы перечисленных средств;

оснащение медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения.

4. Средства на оплату услуг за оказанную стационарную помощь женщинам в период родов и послеродовой период направляются учреждениями здравоохранения на:

оплату труда медицинского персонала в размере 40 - 55 процентов от суммы перечисленных средств;

оснащение медицинским оборудованием, инструментарием и мягким инвентарем;
обеспечение медикаментами и изделиями медицинского назначения, дополнительным питанием беременных и кормящих женщин.

5. Средства на оплату услуг за осуществление диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни направляются учреждениями здравоохранения на оплату труда медицинского персонала, за исключением врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей), медицинских сестер участковых врачей-педиатров участковых

и медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей).

6. Распределение средств на оплату услуг осуществляется руководителем учреждения здравоохранения на основании приказа по учреждению здравоохранения.

7. Средства на оплату услуг, направляемые на оплату труда, распределяются между медицинским персоналом, непосредственно оказывающим амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, в зависимости от качества оказанной медицинской помощи, оцениваемого по критериям в соответствии с приложением N 2, а также осуществляющим диспансерное наблюдение за ребенком в течение первого года жизни, в соответствии с положением об оплате труда.

8. Расходование средств на оплату услуг, направляемых на обеспечение медикаментами (фолиевая кислота, калий йодид, поливитамин, поливитамин+мультиминерал, железа (III) гидроксид полимальтозат, железа фумарат+фолиевая кислота, витамин Е, кальция карбонат) женщин в период беременности, осуществляется учреждениями здравоохранения на основании договора, заключенного с аптечными организациями за фактически полученные женщинами медикаменты.

Обеспечение медикаментами (фолиевая кислота, калий йодид, поливитамин, поливитамин+мультиминерал, железа (III) гидроксид полимальтозат, железа фумарат+фолиевая кислота, витамин Е, кальция карбонат) женщин в период беременности осуществляется в соответствии с перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных средств, утверждаемым распоряжением Правительства Российской Федерации по рецептам врача.

Оплата стоимости медикаментов (фолиевая кислота, калий йодид, поливитамин, поливитамин+мультиминерал, железа (III) гидроксид полимальтозат, железа фумарат+фолиевая кислота, витамин Е, кальция карбонат) по договорам с аптечными организациями производится учреждением здравоохранения по ценам, не превышающим цен, зарегистрированных в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 9 ноября 2001г. N 782 "О государственном регулировании цен на лекарственные средства" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, N 47, ст. 4448; 2005, N 43, ст. 4400), с учетом предельной торговой надбавки к ценам на лекарственные средства.

9. Расходование средств на оплату услуг, направляемых учреждениями здравоохранения, оказывающими амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период на обеспечение медицинским оборудованием, инструментарием, мягким инвентарем и изделиями медицинского назначения, медикаментами (за исключением медикаментов, обеспечение которыми осуществляется при оказании амбулаторно-поликлинической помощи) и дополнительным питанием беременных и кормящих женщин, осуществляется в зависимости от их потребности.

**Критерии качества медицинской помощи,
оказанной женщинам в период беременности, в период родов
и послеродовой период**

1. Настоящие Критерии используются в целях определения размера средств, направляемых на оплату труда медицинского персонала за оказанную женщинам амбулаторно-поликлиническую помощь в период беременности и стационарную помощь в период родов и в послеродовой период.

2. Распределение средств, направляемых на оплату труда медицинского персонала, непосредственно оказывающего амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь женщинам в период беременности, в период родов и послеродовой период, осуществляется руководителем учреждения здравоохранения в зависимости от качества оказанной медицинской помощи.

3. При оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:

- антенатальная гибель плода;
- врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности;
- разрыв матки до госпитализации;
- несвоевременная госпитализация при гестозе средней степени тяжести;
- несвоевременная госпитализация при переношенной беременности.

При отсутствии указанных критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере 45 процентов от суммы перечисленных средств.

При наличии одного или более критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере от 35 до 44 процентов от суммы перечисленных средств.

4. При оказании стационарной помощи женщинам в период родов и послеродовой период качество медицинской помощи оценивается отсутствием следующих критериев:

- эклампсия в родах и послеродовом периоде;
- случаи родового травматизма новорожденного;
- разрывы промежности III-IV степени, разрывы шейки матки III степени, расхождение лонного сочленения;
- разрывы матки;
- гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде;
- поздняя неонатальная смерть новорожденного (7-27 день);
- осложнения послеродового периода, обусловленные задержкой частей плаценты;
- экстирпация матки при осложненных родах.

При отсутствии указанных критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере 55 процентов от суммы перечисленных средств.

При наличии одного или более критериев на оплату труда медицинского персонала направляются средства в размере от 40 до 54 процентов от суммы перечисленных средств.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

19 апреля 2007г.

N 283

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ
ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО**

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080), и в целях дальнейшего совершенствования организации медико-санитарной помощи детям, приказываю:

1. Утвердить Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового согласно приложению.
2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и местного самоуправления руководствоваться настоящим приказом при организации работы врачей-педиатров участковых.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра В.И.Стародубова.

Министр
М.ЗУРАБОВ

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 19 апреля 2007г. N 283

**КРИТЕРИИ
ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ВРАЧА-ПЕДИАТРА УЧАСТКОВОГО**

1. Основной целью введения критериев оценки эффективности работы врача-педиатра участкового является оперативный анализ внутри лечебно-профилактического учреждения диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы на педиатрическом участке для улучшения качества оказания медицинской помощи прикрепленному контингенту и мониторинга состояния здоровья детей.
2. Основными учетными медицинскими документами при оценке эффективности работы врача-педиатра участкового являются:
 - история развития ребенка (учетная форма N 112/у);
 - паспорт врачебного участка (педиатрического) (учетная форма N 030/у-пед);
 - ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому (учетная форма N 039/у-02).
3. По результатам проверки эффективности работы врачей-педиатров участковых составляется акт с выводами и конкретными предложениями по совершенствованию лечебно-диагностической и профилактической работы на педиатрическом участке и план работы по устранению выявленных в ходе проверки недостатков.

4. Рекомендуется использовать следующие критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового:

4.1. Оценка профилактической работы врачей-педиатров участковых по следующим показателям:

а) охват родовыми патронажами беременных.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных родовых патронажей беременных на 100 и деления на количество подлежащих родовым патронажам беременных;

б) охват патронажем детей первого года жизни.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных врачебных патронажей детей первого года жизни на 100 и деления на количество плановых врачебных патронажей детей первого года жизни;

в) полнота охвата профилактическими осмотрами детей.

Данный показатель рассчитывается путем умножения числа осмотренных детей во время профилактических осмотров на 100 и деления на число детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам.

Полнота охвата детей профилактическими осмотрами должна составлять не менее 95% от общего числа детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам, в том числе на первом году жизни ребенка - 100% (в 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев жизни ребенка);

г) полнота охвата профилактическими прививками детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Полнота охвата профилактическими прививками детей должна составлять не менее 95% от общего числа детей подлежащих прививкам;

д) удельный вес числа детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании.

Удельный вес детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании, должен составлять в возрасте:

- 3 месяцев - не менее 80%;
- 6 месяцев - не менее 50%;
- 9 месяцев - не менее 30%.

4.2. Оценка качества медицинской помощи детям на врачебном (педиатрическом) участке по следующим показателям:

а) качество диспансерного наблюдения детей:

- удельный вес детей, состоящих под диспансерным наблюдением в общем числе детей, прикрепленных к педиатрическому участку;

- полнота охвата диспансерным наблюдением по нозологическим формам (должна составлять не менее 90% от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением);

- удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, должен составлять не менее 10% от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

- удельный вес детей с улучшением состояния здоровья должен составлять не менее 10% от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

- динамика численности детей-инвалидов;

б) полнота охвата лечебно-профилактической помощью детей, состоящих под диспансерным наблюдением:

- удельный вес детей, госпитализированных в плановом порядке, от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановой госпитализации;

- удельный вес детей, направленных в плановом порядке в санаторно-курортные учреждения, от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановом санаторно-курортном лечении;

- удельный вес детей, получивших противорецидивное лечение, от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в противорецидивном лечении;

в) удельный вес количества выполненных индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов от общего числа детей-инвалидов;

г) обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение правил выписки рецептов пациентам, в том числе имеющим право на получение набора социальных услуг.

4.3. Оценка динамики заболеваемости детей:

а) динамика показателя первичной заболеваемости у детей.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества установленных впервые в отчетном периоде случаев первичной заболеваемости у детей на 100 и деления на число детей, прикрепленных к врачебному участку (педиатрическому);

б) динамика показателя общей заболеваемости (распространенность) у детей.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества установленных в отчетном периоде случаев общей заболеваемости (распространенности) у детей на 100 и деления на число детей, прикрепленных к врачебному участку (педиатрическому).

Анализ в динамике уровней первичной и общей заболеваемости у детей по нозологическим формам заболеваний позволяет выявить дефекты в оказании медицинской помощи, негативно влияющие на диагностику, профилактику и лечение, и в дальнейшем планировать мероприятия по их устранению.

4.4. Анализ случаев смерти детей на дому, в том числе детей первого года жизни.

4.5. Анализ случаев досуточной летальности детей в стационаре, в том числе детей первого года жизни.

5. При необходимости в учреждениях здравоохранения могут использоваться иные дополнительные критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

11 мая 2007г.

№ 325

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
(СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)**

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004г. № 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, № 28, ст. 2898; 2005, № 2, ст. 162; 2006, № 19, ст. 2080), и в целях дальнейшего совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению, приказываю:

1. Утвердить критерии оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача) согласно приложению.
2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации руководствоваться настоящим приказом при организации работы врачей общей практики (семейных врачей).
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра В.И.Стародубова.

Вр.и.о. Министра
В.СТАРОДУБОВ

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 11 мая 2007г. № 325

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
(СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)**

1. Основной целью введения критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача) является проведение анализа диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы участка врача общей практики (семейного врача) лечебно-профилактического учреждения для улучшения качества оказания первичной медико-санитарной помощи и мониторинга состояния здоровья прикрепленного населения.
2. Основными учетными медицинскими документами при оценке эффективности работы врача общей практики (семейного врача) являются:
 - медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у-04);
 - история развития ребенка (учетная форма № 112/у);
 - паспорт врачебного участка общей (семейной) врачебной практики (учетная форма № 030/у-ВОП);
 - ведомость учета врачебных посещений в амбулаторно-поликлинических учреждениях, на дому (учетная форма № 039/у-02);

контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма N 030/у-04);
талон амбулаторного пациента (учетная форма N 025-12/у);
карта гражданина, имеющего право на получение набора социальных услуг, по учету отпуска лекарственных средств (учетная форма N 030-Л/у).

3. При оценке эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача) рекомендуется использовать следующие критерии его деятельности:

- 3.1. при оказании амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению:
 - 3.1.1. стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;
 - 3.1.2. снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;
 - 3.1.3. увеличение числа посещений прикрепленного населения лечебно-профилактического учреждения с профилактической целью;
 - 3.1.4. полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;
 - 3.1.5. полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения:
против дифтерии - не менее 90% лиц в каждой возрастной группе;
против гепатита В - не менее 90% лиц в возрасте до 35 лет;
против краснухи - не менее 90% женщин в возрасте до 25 лет;
выполнение плана профилактических прививок против гриппа;
 - 3.1.6. стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому:
при сердечно-сосудистых заболеваниях;
при туберкулезе;
при сахарном диабете;
 - 3.1.7. снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни;
 - 3.1.8. стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:
 - 3.1.8.1. туберкулез:
число вновь выявленных больных;
полнота охвата флюорографическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию;
полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию;
отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;
отсутствие запущенных случаев заболевания туберкулезом;
 - 3.1.8.2. артериальная гипертония:
число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;
снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца;
снижение числа инвалидов в результате инфаркта миокарда и инсульта;
снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов;
 - 3.1.8.3. сахарный диабет:
число вновь выявленных больных сахарным диабетом;
число больных сахарным диабетом с компенсированным статусом - более 50% лиц, стоящих на учете;
снижение числа осложнений заболевания сахарным диабетом;
 - 3.1.8.4. онкологические заболевания:
отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3-4 клинических стадиях;
 - 3.1.9. полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора

социальных услуг, в том числе лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения;

3.1.10. обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение правил выписки рецептов пациентам, имеющим право на получение набора социальных услуг;

3.2. при оказании амбулаторно-поликлинической помощи детям:

3.2.1. профилактическая деятельность врача общей практики (семейного врача) среди детского населения:

полнота охвата дородовыми патронажами беременных женщин.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных дородовых патронажей беременных на 100 и деления на количество подлежащих дородовым патронажам беременных;

полнота охвата патронажем детей первого года жизни.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных врачебных патронажей детей первого года жизни на 100 и деления на количество плановых врачебных патронажей детей первого года жизни;

полнота охвата профилактическими осмотрами детей.

Данный показатель рассчитывается путем умножения числа осмотренных детей во время профилактических осмотров на 100 и деления на число детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам.

Полнота охвата профилактическими осмотрами детей составляет не менее 95% от общего числа детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам, в том числе на первом году жизни - не менее 100% (в 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев). Рекомендуются осмотр врачом - педиатром детей первого года жизни при проведении профилактических осмотров;

полнота охвата профилактическими прививками детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Полнота охвата профилактическими прививками детей составляет не менее 95% от общего числа детей, подлежащих прививкам;

удельный вес числа детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании.

Удельный вес детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании составляет: в возрасте 3 месяца - не менее 80%, 6 месяцев - не менее 50%, 9 месяцев - не менее 30%;

3.2.2. лечебно-диагностическая деятельность врачей общей практики (семейных врачей) среди детского населения:

3.2.2.1. диспансерное наблюдение детей:

удельный вес детей, состоящих под диспансерным наблюдением, в общем числе детей, прикрепленных к участку врача общей практики (семейного врача);

полнота охвата диспансерным наблюдением по нозологическим формам.

Полнота охвата диспансерным наблюдением по нозологическим формам составляет не менее 90% от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению.

Удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению, составляет не менее 10% от общего числа детей, состоящих под диспансерным наблюдением;

динамика численности детей-инвалидов;

3.2.2.2. лечебно-профилактическая помощь детям, состоящим под диспансерным наблюдением:

удельный вес детей, госпитализированных в плановом порядке, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановой госпитализации;

удельный вес детей, направленных в плановом порядке в санаторно-курортные учреждения, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановом санаторно-курортном лечении;

удельный вес детей, получивших противорецидивное лечение, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в противорецидивном лечении;

удельный вес количества выполненных индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов в общем числе детей-инвалидов;

обоснованность назначения лекарственных средств и соблюдение правил выписки рецептов пациентам, в том числе имеющим право на получение набора социальных услуг;

3.2.2.3. динамика заболеваемости детей:

динамика показателя первичной заболеваемости у детей.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества установленных впервые в отчетном периоде случаев первичной заболеваемости у детей на 100 и деления на число детей, прикрепленных к участку врача общей практики (семейного врача);

динамика показателя общей заболеваемости (распространенности) у детей.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества установленных в отчетном периоде случаев общей заболеваемости (распространенности) у детей на 100 и деления на число детей, прикрепленных к участку врача общей практики (семейного врача).

Анализ в динамике уровней первичной и общей заболеваемости у детей по нозологическим формам заболеваний позволяет выявить дефекты в оказании медицинской помощи, негативно влияющие на диагностику, профилактику и лечение, и в дальнейшем планировать мероприятия по их устранению;

3.2.3. отсутствие случаев смерти детей на дому, в том числе детей первого года жизни;

3.2.4. отсутствие случаев досуточной летальности детей в стационаре, в том числе детей первого года жизни.

4. Эффективность деятельности врача общей практики (семейного врача) при оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам в период беременности оценивается отсутствием следующих критериев:

антенатальная гибель плода;

врожденные аномалии развития, не выявленные во время беременности;

разрыв матки до госпитализации;

несвоевременная госпитализация при гестозе средней степени тяжести;

несвоевременная госпитализация при переносимой беременности.

5. Конкретные критерии оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача) определяются руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей.

6. При необходимости по решению руководителя лечебно-профилактического учреждения здравоохранения могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача).

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

11 мая 2007г.

N 326

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ
(СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)**

В соответствии с Положением о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162; 2006, N 19, ст. 2080), и в целях дальнейшего совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи населению приказываю:

1. Утвердить критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) согласно приложению.
2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации руководствоваться настоящим приказом при организации работы медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей).
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра В.И.Стародубова.

Вр.и.о. Министра
В.СТАРОДУБОВ

Приложение
к приказу Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 11 мая 2007г. N 326

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА)**

1. Основной целью введения критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) является проведение анализа диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы участка врача общей практики (семейного врача) лечебно-профилактического учреждения для улучшения качества оказания первичной медико-санитарной помощи.

2. Основными учетными медицинскими документами при оценке эффективности работы медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) являются:

карта учета работы медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) (учетная форма N 039-1/у-ВОП);

медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма N 025/у-04);

история развития ребенка (учетная форма N 112/у);

паспорт врачебного участка общей (семейной) врачебной практики (учетная форма N 030/у-ВОП);

контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма N 030/у-04).

3. При оценке эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача), в пределах компетенции, рекомендуется использовать следующие критерии ее деятельности:

3.1. при оказании амбулаторно-поликлинической помощи взрослому населению:

3.1.1. стабилизация или снижение уровня госпитализации прикрепленного населения;

3.1.2. снижение частоты вызовов скорой медицинской помощи к прикрепленному населению;

3.1.3. увеличение числа посещений прикрепленного населения лечебно-профилактического учреждения с профилактической целью;

3.1.4. полнота охвата лечебно-профилактической помощью лиц, состоящих под диспансерным наблюдением;

3.1.5. полнота охвата профилактическими прививками прикрепленного населения:

против дифтерии - не менее 90% лиц в каждой возрастной группе взрослых;

против гепатита В - не менее 90% лиц в возрасте от 18 до 35 лет;

против краснухи - не менее 90% женщин в возрасте до 25 лет;

выполнение плана профилактических прививок против гриппа;

3.1.6. стабилизация или снижение показателя смертности населения на дому:

при сердечно-сосудистых заболеваниях;

при туберкулезе;

при сахарном диабете;

3.1.7. снижение числа лиц, умерших на дому от болезней системы кровообращения в возрасте до 60 лет и не наблюдавшихся в течение последнего года жизни;

3.1.8. стабилизация уровня заболеваемости болезнями социального характера:

3.1.8.1. туберкулез:

число вновь выявленных больных;

полнота охвата флюорографическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию;

полнота охвата бактериоскопическим обследованием лиц - более 90% от числа подлежащих обследованию;

отсутствие повторных случаев заболевания у контактных лиц в очагах активного туберкулеза;

отсутствие запущенных случаев заболевания туберкулезом;

3.1.8.2. артериальная гипертония:

число вновь выявленных больных артериальной гипертонией;

снижение уровня первичной заболеваемости ишемической болезнью сердца;

снижение инвалидизации в результате инфаркта миокарда и инсульта;

снижение смертности прикрепленного населения от инфарктов миокарда и инсультов;

3.1.8.3. сахарный диабет:

число вновь выявленных больных сахарным диабетом;

число больных сахарным диабетом с компенсированным статусом - более 50% лиц, стоящих на учете;

снижение числа осложнений заболевания сахарным диабетом;

3.1.8.4. онкологические заболевания:

отсутствие случаев онкологических заболеваний видимых локализаций, выявленных в 3-4 клинических стадиях;

3.1.9. полнота охвата мероприятиями по динамическому медицинскому наблюдению за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение набора

социальных услуг, в том числе лекарственного обеспечения, санаторно-курортного и восстановительного лечения;

3.1.10. выполнение плана мероприятий по гигиеническому воспитанию и образованию населения;

3.1.11. выполнение плана мероприятий по обучению уходу за больными и самоуходу, связанному с конкретными заболеваниями;

3.1.12. выполнение плана мероприятий по обучению населения принципам здорового образа жизни;

3.1.13. выполнение плана занятий в "школах здоровья" с больными, имеющими заболевания:

сахарный диабет;

бронхиальная астма;

болезни сердца и сосудов;

3.2. при оказании амбулаторно-поликлинической помощи детям:

3.2.1. деятельность медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей) среди детского населения в пределах компетенции по следующим критериям:

полнота охвата родовыми патронажами беременных женщин.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных родовых патронажей беременных на 100 и деления на количество подлежащих родовым патронажам беременных;

полнота охвата патронажем детей первого года жизни.

Данный показатель рассчитывается путем умножения количества проведенных медицинской сестрой врача общей практики (семейного врача) патронажей детей первого года жизни на 100 и деления на количество плановых патронажей детей первого года жизни;

полнота охвата профилактическими осмотрами детей.

Полнота охвата детей профилактическими осмотрами составляет не менее 95% от общего числа детей соответствующего возраста, подлежащих профилактическим осмотрам, в том числе на первом году жизни - не менее 100% (раздельно по срокам после выписки из родильного дома: 1 месяц, 3 месяца, 6 месяцев, 9 месяцев, 12 месяцев);

полнота охвата профилактическими прививками детей в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Полнота охвата профилактическими прививками детей составляет не менее 95% от общего числа детей подлежащих прививкам;

удельный вес числа детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании.

Удельный вес детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании, составляет: в возрасте: 3 месяцев - не менее 80%, 6 месяцев - не менее 50%, 9 месяцев - не менее 30%;

полнота охвата диспансерным наблюдением детей, состоящих на диспансерном наблюдении по нозологическим формам.

Полнота охвата диспансерным наблюдением детей составляет не менее 90% от числа детей, подлежащих диспансерному наблюдению по каждой нозологической форме;

удельный вес детей, снятых с диспансерного наблюдения по выздоровлению;

динамика численности детей-инвалидов;

удельный вес детей, госпитализированных в плановом порядке, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановой госпитализации;

удельный вес детей, направленных в плановом порядке в санаторно-курортные учреждения, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в плановом санаторно-курортном лечении;

удельный вес детей, получивших противорецидивное лечение, в общем числе детей, состоящих под диспансерным наблюдением и нуждающихся в противорецидивном лечении;

удельный вес количества выполненных индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов в общем числе детей-инвалидов;

динамика показателя первичной заболеваемости у детей;

динамика показателя общей заболеваемости (распространенности) у детей.

4. Эффективность деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) при оказании амбулаторно-поликлинической помощи женщинам рекомендуется оценивать по следующим критериям:

полнота охвата диспансерным наблюдением беременных, в т.ч. выделение женщин "групп риска", в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

выполнение плана мероприятий по физической и психопрофилактической подготовке беременных к родам, в том числе по подготовке семьи к рождению ребенка;

выполнение плана мероприятий по обучению населения принципам охраны репродуктивного здоровья и профилактики аборт.

5. Конкретные критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача) определяются руководителем лечебно-профилактического учреждения с учетом численности, плотности, возрастно-полового состава населения, уровня заболеваемости, географических и иных особенностей территории.

6. При необходимости по решению руководителя лечебно-профилактического учреждения здравоохранения могут использоваться дополнительные критерии оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача).

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ

24 сентября 2007 г.

N 623

**О МЕРАХ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

В соответствии с пунктом 5.2.11. Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898) и в целях совершенствования оказания акушерско-гинекологической помощи населению:

1. Утвердить:

Положение об организации деятельности женской консультации согласно приложению N 1;

Порядок осуществления деятельности врача-акушера-гинеколога женской консультации согласно приложению N 2;

Примерный табель оснащения женской консультации согласно приложению N 3.

2. Контроль за исполнением настоящего Приказа возложить на заместителя Министра В.И.Стародубова.

И.о. Министра
М.Ю.ЗУРАБОВ

Приложение N 1
к Приказу Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 24 сентября 2007 г. N 623

**ПОЛОЖЕНИЕ
ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ**

1. Женская консультация создается органом местного самоуправления (или руководителем лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа)) как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа) или как структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа) для оказания по территориальному принципу первичной медико-санитарной (амбулаторной) акушерско-гинекологической помощи женщинам.

2. Деятельность женской консультации осуществляется в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, нормативными правовыми актами Минздравсоцразвития России, настоящим Положением и учредительными документами.

3. Руководство женской консультацией, созданной как самостоятельное лечебно-профилактическое учреждение муниципального района (городского округа), осуществляет главный врач, который назначается на должность и освобождается от должности органом управления здравоохранением муниципального образования.

Руководство женской консультацией, созданной в структуре лечебно-профилактического учреждения, осуществляет заведующий отделением, который назначается на должность и освобождается от должности руководителем лечебно-профилактического учреждения.

4. Структура и штатная численность медицинского и иного персонала женской консультации утверждается руководителем лечебно-профилактического учреждения в зависимости от объема проводимой работы.

5. Женская консультация может использоваться в качестве клинической базы научных, высших и средних медицинских образовательных учреждений и учреждений дополнительного медицинского образования.

6. В целях оказания квалифицированной первичной медико-санитарной акушерско-гинекологической помощи женщинам, услуг по охране репродуктивного здоровья, профилактике абортот, а также по профилактике, диагностике и лечению гинекологических заболеваний женская консультация осуществляет следующие функции:

диспансерное наблюдение беременных, в т.ч. выделение женщин "групп риска" в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

выявление, установление медицинских показаний и направление беременных женщин, родильниц, женщин с гинекологическими заболеваниями на стационарное лечение в учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждения государственной системы здравоохранения для получения специализированных (дорогостоящих) видов медицинской помощи;

проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных к родам, в том числе подготовка семьи к рождению ребенка;

проведение патронажа беременных и родильниц;

консультирование и оказание услуг по вопросам охраны репродуктивного здоровья, применение современных методов профилактики абортот согласно установленным стандартам и подготовки к беременности и родам;

организация и проведение профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез;

обследование и лечение беременных и гинекологических больных с использованием современных медицинских технологий, в том числе в условиях дневного стационара и на дому (стационар на дому);

диспансеризация гинекологических больных в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи, включая реабилитацию;

установление медицинских показаний и направление на санаторно-курортное лечение беременных женщин и женщин с гинекологическими заболеваниями;

осуществление прерывания беременности в ранние сроки (при задержке менструации не более 20 дней), а также выполнение малых гинекологических операций с использованием современных медицинских технологий (гистероскопия, лазеро-, криотерапия и т.д.);

обеспечение взаимодействия в обследовании и лечении беременных, родильниц, гинекологических больных между женской консультацией и другими лечебно-профилактическими учреждениями (кожно-венерологическим, онкологическим, психоневрологическим, наркологическим, противотуберкулезным диспансерами и т.д.), территориальным фондом обязательного медицинского страхования, страховыми компаниями, региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации;

проведение клинико-экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;

проведение экспертизы временной нетрудоспособности по беременности, родам, в связи с гинекологическими заболеваниями, выдачу листов нетрудоспособности женщинам по беременности, родам и гинекологическими заболеваниями в установленном порядке, определение необходимости и сроков временного или постоянного перевода работника по состоянию здоровья на другую работу, направление в установленном порядке на медико-социальную экспертизу женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности;

оказание правовой, психологической и медико-социальной помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;

проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности;

социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;

медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно в части формирования репродуктивного поведения;

повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации;

внедрение в практику современных диагностических и лечебных технологий, новых организационных форм работы, средств профилактики и реабилитации больных;

выполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий для обеспечения безопасности пациентов и персонала, предотвращения распространения инфекций;

проведение мероприятий в области информирования и повышения санитарной культуры населения по различным аспектам здорового образа жизни, сохранения репродуктивного здоровья женщин, профилактики аборт, а также инфекций, передаваемых половым путем, в т.ч. ВИЧ-инфекции;

проведение анализа показателей работы женской консультации, эффективности и качества медицинской помощи, разработка предложений по улучшению качества акушерско-гинекологической помощи.

7. Рекомендуемая структура женской консультации:

а) регистратура;

б) кабинет врача-акушера-гинеколога;

в) кабинеты специализированных приемов:

невнашивания беременности;

гинекологической эндокринологии;

патологии шейки матки;

сохранения и восстановления репродуктивной функции;

гинекологии детского и подросткового возраста;

функциональной и пренатальной диагностики;

г) кабинеты специалистов:

терапевта;

стоматолога (зубного врача);

психотерапевта (медицинского психолога);

юриста;

социального работника;

лечебной физкультуры;

физиотерапевтических методов лечения;

психопрофилактической подготовки беременных к родам;

маммолога;

д) другие подразделения:

малая операционная;

клинико-диагностическая лаборатория;

дневной стационар;

стационар на дому;

процедурный кабинет;

стерилизационная;

рентгеновский (маммографический) кабинет.

Приложение N 2
к Приказу Министерства
здравоохранения и
социального развития
Российской Федерации
от 24 сентября 2007 г. N 623

ПОРЯДОК ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

1. Настоящий Порядок регулирует деятельность врача-акушера-гинеколога женской консультации.

2. На должность врача-акушера-гинеколога женской консультации назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование по специальности "лечебное дело" и "педиатрия", прошедшие последипломную подготовку по специальности "акушерство и гинекология" и имеющие сертификат специалиста по специальности "акушерство и гинекология".

3. Врач-акушер-гинеколог в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти в области

здравоохранения, соответствующих органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органа местного самоуправления, а также настоящим Порядком.

4. Врач-акушер-гинеколог осуществляет свою деятельность в женской консультации, являющейся юридическим лицом либо структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения муниципального района (городского округа), оказывающих акушерско-гинекологическую помощь населению.

5. Врач-акушер-гинеколог подчиняется руководителю лечебно-профилактического учреждения или его заместителю.

6. Врач-акушер-гинеколог оказывает акушерско-гинекологическую помощь женскому населению в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи и нормативными правовыми актами федерального органа исполнительной власти в области здравоохранения, соответствующих органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации и органа местного самоуправления.

7. Врач-акушер-гинеколог:

осуществляет диспансерное наблюдение за беременными (в т.ч. патронаж беременных и родильниц), формирует группы "высокого акушерского и перинатального риска" в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;

проводит физическую и психопрофилактическую подготовку беременных к родам, в том числе подготовку семьи к рождению ребенка;

организует и проводит профилактические мероприятия по выявлению, предупреждению и снижению гинекологических и онкологических заболеваний, патологии молочных желез, инфекций, передаваемых половым путем, ВИЧ-инфекции, в том числе передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку;

проводит комплекс мероприятий по диспансеризации женского населения участка в соответствии с перечнем нозологических форм, подлежащих диспансерному наблюдению, анализ эффективности и качества диспансеризации;

организует экстренную медицинскую помощь беременным, родильницам и гинекологическим больным независимо от их места жительства в случае их непосредственного обращения в женскую консультацию при возникновении острых состояний;

организует в случаях необходимости консультирование беременных женщин и гинекологических больных главным врачом (заведующим женской консультацией), врачами других специальностей женской консультации и других лечебно-профилактических учреждений;

определяет медицинские показания и направляет на своевременную госпитализацию беременных, родильниц и гинекологических больных в лечебно-профилактические учреждения, в том числе в учреждения здравоохранения субъектов Российской Федерации и в государственные учреждения здравоохранения для получения специализированных и высокотехнологичных видов медицинской помощи;

осуществляет наблюдение за пациенткой на всех этапах оказания медицинской помощи;

дает заключение по медицинским показаниям о необходимости направления беременных, женщин с гинекологическими заболеваниями на санаторно-курортное лечение;

проводит клинико-экспертную оценку качества оказания медицинской помощи женщинам вне-, в период беременности, в послеродовом периоде и эффективности лечебных и диагностических мероприятий;

осуществляет санитарно-гигиеническое образование среди прикрепленного женского населения по вопросам охраны репродуктивного здоровья, профилактики абортов;

организует и проводит мероприятия по соблюдению санитарно-противоэпидемического режима, руководствуясь санитарными нормами и правилами;

взаимодействует с государственными учреждениями здравоохранения, учреждениями здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальными учреждениями здравоохранения, страховыми медицинскими компаниями, иными организациями и региональными отделениями Фонда социального страхования Российской Федерации;

содействует обеспечению правовой помощи беременным, родильницам и гинекологическим больным;

организует совместно с органами социальной защиты медико-социальную помощь для социально незащищенных групп населения: беременных и кормящих матерей;

организует деятельность среднего и младшего медицинского персонала женской консультации;

ведет учетно-отчетную статистическую документацию своей деятельности и представляет отчетность в соответствии с установленным порядком.

ПРИМЕРНЫЙ ТАБЕЛЬ
ОСНАЩЕНИЯ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Кабинет врача-акушера-гинеколога

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
1.	Кресло гинекологическое с осветительной лампой	1
2.	Светильник медицинский передвижной	1
3.	Кольпоскоп	1
4.	Фотоприставка к кольпоскопу	1
5.	Инструментарий для гинекологического осмотра (преимущественно одноразовый)	25 комплектов в смену
6.	Анализатор доплеровский сердечно-сосудистой деятельности матери и плода малогабаритный	1
7.	Стетоскоп акушерский	1
8.	Весы медицинские	1
9.	Ростомер	1
10.	Тазомер	1
11.	Измеритель артериального давления	1
12.	Стетофонендоскоп	1
13.	Контейнеры для хранения стерильных инструментов и материала (биксы)	10
14.	Облучатель бактерицидный (лампа)	1

Терапевтический кабинет

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
1.	Электрокардиограф	1
2.	Аппарат для холтеровского мониторирования артериального давления и электрокардиограммы с компьютером	1
3.	Измеритель артериального давления	1
4.	Стетофонендоскоп	1

Кабинет стоматолога

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
1.	Рабочее место стоматолога	1
2.	Стерилизационный шкаф (сухожаровой) 20 л - 30 л	1
3.	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и/или потолочный	1

Процедурный кабинет

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
-------	----------------------------------	-----------------------------------

1.	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и/или потолочный	1
2.	Контейнеры для хранения стерильного материала (биксы)	6
3.	Комплект для оказания помощи при анафилактическом шоке	1
4.	Аспиратор (насос отсасывающий) (помпа) хирургический	1
5.	Аппарат дыхательный ручной, искусственного дыхания (респиратор)	1
6.	Светильник медицинский передвижной	1
7.	Измеритель артериального давления	1
8.	Стетофонендоскоп	1
9.	Насос инфузионный	1

Кабинет функциональной диагностики

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
1.	Аппарат УЗИ с цветным доплером и тремя датчиками (трансабдоминальный, трансвагинальный и линейный для исследования молочной и щитовидной желез)	1
2.	Кардиомонитор фетальный с компьютерным анализом	1
3.	Динамоутерограф	1
4.	Электрокардиограф с синдромальным заключением	1
5.	Измеритель артериального давления	1
6.	Стетофонендоскоп	1
7.	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и (или) потолочный	1

Рентгеновский (маммологический) кабинет

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
1.	Маммограф	1
2.	Негатоскоп	1
3.	Средства индивидуальной защиты от рентгеновского излучения (комплект)	1
4.	Стол для хранения рентгеновских принадлежностей	1
5.	Фонарь неактиничный (фотолабораторный)	1

Операционная

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
1.	Кресло гинекологическое операционное (с гидравлическим подъемником)	1
2.	Светильник бестеневой медицинский	1
3.	Кольпоскоп	1
4.	Фиброгистероскоп (гистероскоп)	1
5.	Кимопертубатор	1
6.	Аппарат для высокочастотной электрохирургии гинекологический	1
7.	Аппарат для криохирургии гинекологический	1

8.	Аппарат лазерный хирургический	1
9.	Аспиратор (насос отсасывающий) (помпа) хирургический	2
10.	Вакуум-аспиратор мануальный	в необходимом количестве
11.	Насос инфузионный	1
12.	Ларингоскоп с набором клинков	1
13.	Аппарат для ингаляционного наркоза переносной	1
14.	Инструментарий для гинекологического осмотра (преимущественно одноразовый)	в необходимом количестве
15.	Набор для введения внутриматочной спирали	в необходимом количестве
16.	Источник кислорода (центральная разводка или концентратор кислорода)	1
17.	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и (или) потолочный	каждого по 1 в операционную и предоперац.

Физиотерапевтический кабинет

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
1.	Релаксатор матки	1
2.	Аппарат для гальванизации и проведения лекарственного электрофореза	1
3.	Аппарат низкочастотный физиотерапии	1
4.	Аппарат для терапии электросном	1
5.	Аппарат ультразвуковой терапевтический	1
6.	Аппарат лазерный терапевтический	1
7.	Молокоотсос стационарный типа "Лактопульс"	1

Клинико-диагностическая лаборатория

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
1.	Микроскоп бинокулярный	2
2.	Центрифуги от 1500 до 3000 оборотов в 1 минуту на 10 гнезд	3
3.	Термостат до +52 град. С	1
4.	Клинический анализатор определения гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов	1
5.	Биохимический анализатор	1
6.	Анализатор иммуноферментный	1
7.	Фотоэлектроколориметр (ФЭК)	1
8.	Коагулограф	1
9.	Счетчик лейкоцитарный формулы крови	1
10.	Глюкометр	1
11.	Планшет для определения группы крови	3
12.	Приспособление для фиксации и окраски мазков	1
13.	Анализатор мочи	1
14.	Контейнеры для первичной стерилизации (емкости для дезинфекции) от 1 до 5 литров	минимально необходимое количество
15.	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и (или) потолочный	каждого по 1

Стерилизационная

N п/п	Наименование медицинской техники	Минимально необходимое количество
1.	Паровой стерилизатор 100 л	2
2.	Сухожаровой шкаф 80 л	2
3.	Облучатель бактерицидный (лампа) настенный и (или) потолочный	каждого по 1
4.	Аквадистиллятор	1
5.	Ванна моечная для дезинфекции и предстерилизационной обработки инструментов	1

Дневной стационар (5-10 коек)

Перечень оснащения процедурной и операционной дневного стационара аналогичен перечню оснащения процедурного кабинета и малой операционной женской консультации.

Приложение 6.

Перечень форм первичной медицинской документации, применяемых в службе материнства и детства

№ формы	Название формы	Введена документом
ф. № 001/у	Журнал приема и отказов в госпитализации	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 002/у	Журнал приема больных, рожениц и родильниц	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 003/у	Медицинская карта стационарного больного	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 003–1/у	Медицинская карта прерывания беременности	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 006/у	Журнал сбора ретроплацентарной крови	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 007/у–02	Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении	Приказ МЗ РФ №413 от 30 декабря 2002г.
ф. № 008/у	Журнал записи оперативных вмешательств в стационаре	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 009/у	Журнал регистрации переливания трансфузионных сред	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 010/у	Журнал записи родов в стационаре	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
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	Приказ МЗ РФ №413 от 30 декабря 2002г.
ф. № 025–11/у–98	Извещение на ребенка с врожденными пороками развития	Приказ МЗ РФ №268 от 10 сентября 1998г.
ф. № 030/у–04	Контрольная карта диспансерного наблюдения	Приказ МЗ и СР РФ №255 от 22 ноября 2004г.
ф. № 030–Д/у	Карта диспансеризации ребенка	Приказ МЗ и СР РФ №310 от 09 декабря 2004г.
ф. № 031/у	Книга вызова врача на дом	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 032/у	Журнал записи родовспоможений на дому	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 035/у–02	Журнал учета клинико–экспертной работы лечебно–профилактического учреждения	Приказ МЗ РФ №154 от 21 мая 2002г.
ф. № 036/у	Книга регистрации листков	Приказ МЗ СССР №1030 от 04

	нетрудоспособности	октября 1980г.
ф. № 058/у	Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 059/у	Журнал регистрации посещений изолятора детской поликлиники, отделения поликлиники	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 060/у	Журнал учета инфекционных заболеваний	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 063/у	Карта профилактических прививок	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 064/у	Журнал профилактических прививок	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
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	Приказ МЗ РФ №413 от 30 декабря 2002г.
ф. № 076/у–04	Санаторно–курортная карта для детей	Приказ МЗ и СР РФ №256 от 22 ноября 2004г.
ф. № 086/у	Медицинская справка (врачебное профессионально-консультативное заключение) заполняется на абитуриентов, поступающих в высшие учебные заведения, техникумы, средние специальные учебные заведения, профессионально – технические, технические училища; на подростков, поступающих на работу	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 095/у	Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально–технического училища, о болезни, карантине и прочих причинах отсутствия ребенка, посещающего школу, детское дошкольное учреждение	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 096/у	История родов	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 097/у	История развития новорожденного	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 097–1/у–95	Карта первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале	Приказ МЗ РФ №372 от 28 декабря 1995г.
ф. № 102/у	Журнал отделения (палаты) новорожденных	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.

ф. № 103/у–08	Медицинское свидетельство о рождении	Приказ МЗСР РФ №782н от 26 декабря 2008г.
ф. № 106/у–08	Медицинское свидетельство о смерти	Приказ МЗСР РФ №782н от 26 декабря 2008г.
ф. № 106/2у–08	Медицинское свидетельство о перинатальной смерти	Приказ МЗСР РФ №782н от 26 декабря 2008г.
ф. № 111/у	Индивидуальная карта беременной и родильницы	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 112/у	История развития ребенка	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 112–1/у–00	Медицинская карта ребенка, воспитывающегося в доме ребенка	Приказ МЗ РФ №286 от 28 июля 2000г.
ф. № 113/у	Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 116/у	Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки)	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 121/у	Журнал учета приема детей в дом ребенка	Приказ МЗ СССР №1030 от 04 октября 1980г.
ф. № 309/у	Извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ–инфицированной матерью	Приказ МЗ РФ №442 от 16 сентября 2003г.
ф. № 310/у	Донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного ВИЧ–инфицированной матерью	Приказ МЗ РФ №442 от 16 сентября 2003г.
ф. № 311/у	Донесение о подтверждении диагноза у ребенка, рожденного ВИЧ–инфицированной матерью	Приказ МЗ РФ №442 от 16 сентября 2003г.

Приложение 7.

Перечень основных форм федеративного статистического наблюдения, используемых при анализе деятельности службы охраны материнства и детства

№ формы	Название формы	Введена документом
12	Отчет о числе заболеваний зарегистрированных в районе обслуживания лечебного учреждения	Приказ Росстата РФ от 28.01.09 №12
13	Сведения о прерывании беременности	Приказ Росстата РФ от 28.01.09 №12
14	Отчет о деятельности стационара	Приказ Росстата РФ от 28.01.09 №12
16–ВН	Сведения о причинах временной нетрудоспособности	Постановление Госкомстата РФ от 29.06.1999 №49
17	Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах	Постановление Госкомстата РФ от 04.09.2000 №76
19	Сведения о детях–инвалидах	Постановление Госкомстата РФ от 29.06.1999 №49
30	Сведения о лечебно–профилактическом учреждении	Приказ Росстата РФ от 28.01.09 №12
31	Сведения о медицинской помощи детям и подросткам–школьникам	Постановление Госкомстата РФ от 04.09.2000 №76
32	Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам	Постановление Госкомстата РФ от 29.06.1999 №49
41	Сведения о доме ребенка	Постановление Госкомстата РФ от 29.06.1999 №49
47	Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения	Приказ Росстата РФ от 28.01.09 №12
1-дети (здрав)	Сведения о численности беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, помещенных в лечебно–профилактические учреждения	Постановление Росстата от 01.04. 2005 №25

Источники получения сведений о заболеваемости

Виды заболеваемости	Основной статистический документ учета
<p>I. Заболеваемость по данным обращаемости в т.ч. а) общая заболеваемость</p>	<p>Ф. 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» Ф. 025-12/у -04 «Талон амбулаторного пациента»</p>
<p>б) инфекционная заболеваемость</p>	<p>Ф. 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» Ф. 060/у «Журнал учета инфекционных заболеваний»</p>
<p>в) заболеваемость важнейшими социально значимыми болезнями и (туберкулез, заболевания передающиеся половым путем, злокачественные новообразования и т.п.)</p>	<p>Ф. 089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза» Ф. 089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки» Ф. 090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования»</p>
<p>г) заболеваемость с временной утратой трудоспособности</p>	<p>Ф. 025-12/у-04 «Талон амбулаторного пациента»</p>
<p>д) «госпитализированная заболеваемость»</p>	<p>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»</p>
<p>II. Заболеваемость по данным профилактических врачебных осмотров и диспансерного наблюдения</p>	<p>Ф. 025/у-04 «Медицинская карта амбулаторного больного» Ф. 030/у-04 «Контрольная карта диспансерного наблюдения»</p>
<p>III. Заболеваемость по данным о причинах смерти</p>	<p>Ф. 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» Ф. 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»</p>

Родовые сертификаты

Сведения о реестрах талонов родовых сертификатов на уровне субъекта РФ²⁴

№	Регион	Подготовлено реестров									
		всего	С талоном №1	С талоном №2	С талоном №3-1	С талоном №3-2	Талонов в них				
							всего	№1	№2	№3-1	№3-2

Сведения о реестрах талонов родовых сертификатов на уровне ЛПУ

Наименование сведений	Реестр	Период	Талон №	Строка	Графа №
Сведения о числе женщин в период беременности, получавшие услуги в женской консультации	Приложение №1 к приказу МЗиСР от 16 января 2008г. N 11н	Выбирается реестр за необходимый месяц	Талон N 1 родового сертификата	Итог	4
Сведения о числе женщин в период беременности, получавшие услуги в период родов и в послеродовой период в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах	Приложение №1 к приказу МЗиСР от 16 января 2008г. N 11н	Выбирается реестр за необходимый месяц	Талон N 2 родового сертификата	Итог	4
Сведения о числе детей в первые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения детей в поликлинике, услуги которых оплачены по родовым сертификатам	Приложение №1 к приказу МЗиСР от 16 января 2008г. N 11н	Выбирается реестр за необходимый месяц	Талон N 3-1 родового сертификата	Итог	9
Сведения о числе детей во вторые шесть месяцев диспансерного (профилактического) наблюдения детей в поликлинике, услуги которых оплачены по родовым сертификатам	Приложение №1 к приказу МЗиСР от 16 января 2008г. N 11н	Выбирается реестр за необходимый месяц	Талон N 3-2 родового сертификата	Итог	9

²⁴ (по данным Интернет портала «Поисково-мониторинговая система Фонда социального страхования Российской Федерации», <http://fz122.fss.ru/index.php?service=55§ion=f.fh&dtFrom=01.05.2008&dtTo=27.06.2008&split=1&id=%20%20%20%20%201>)