

## 16. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

---

### 16.1. Методологические положения по статистике охраны здоровья населения

#### 1. Общие положения

**Статистика охраны здоровья населения** – подотрасль статистики социальной сферы. Статистика охраны здоровья населения включает в себя статистику здравоохранения, статистику заболеваемости населения, статистику инвалидности и статистику производственного травматизма.

Статистика здравоохранения и заболеваемости представляемая по системе Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и медицинским учреждениям, находящимся в ведении других министерств и ведомств, разрабатывается ГВЦ Нацстаткома Кыргызской Республики.

Сводные данные по статистике инвалидности представляются в адрес Нацстаткома Министерством социальной защиты населения Кыргызской Республики и Главным управлением медико-социальной экспертизы при министерстве.

Статистические данные по производственному травматизму собираются органами статистики на местах непосредственно от предприятий и разрабатываются ГВЦ Нацстаткома Кыргызской Республики.

#### 1.1. Предмет статистики охраны здоровья населения

**Статистика здравоохранения** изучает количественные характеристики развития системы здравоохранения: сеть учреждений здравоохранения, кадровый состав врачей и среднего медицинского персонала (распределение по специальностям, полу).

**Статистика заболеваемости** изучает распространенность, структуру и частоту заболеваемости населения в целом и его отдельных групп.

**Статистика инвалидности** изучает количественные и качественные характеристики стойкой утраты трудоспособности населения (инвалидности).

**Статистика производственного травматизма** изучает количественные характеристики производственного травматизма: число пострадавших при несчастных случаях на производстве, в том числе со смертельным исходом, число дней нетрудоспособности у пострадавших на производстве.

#### 1.2. Цели и задачи

Подготовкой настоящих положений преследуется **цель** получения достоверных данных, разъяснение и облегчение понимания основных моментов, положений и расчетных показателей, существующих в статистике охраны здоровья населения. Это позволит обеспечить анализ и публикацию данных по единой методологии на международном, республиканском и на областном уровнях.

### 1.3. Нормативно-правовая база

Статистика здравоохранения и ее составляющие компоненты базируются на основе действующих законодательных и нормативных актов:

- Закон Кыргызской Республики от 26 марта 2007 года №40 «О государственной статистике»;
- Закон Кыргызской Республики от 9 января 2005 года №6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»;
- Закон Кыргызской Республики от 26 июня 2001 года №60 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
- Закон Кыргызской Республики от 2 июля 2007 года №96 «О донорской крови и ее компонентов в Кыргызской Республике»;
- Закон Кыргызской Республики от 13 августа 2005 года №149 «О профилактике СПИДа в Кыргызской Республике»;
- Закон Кыргызской Республики от 30 апреля 2003 года №91 «О лекарственных средствах»;
- Закон Кыргызской Республики от 3 марта 1997 года №12 «О лицензировании»;
- Закон Кыргызской Республики от 18 мая 1998 года №65 «О защите населения от туберкулеза»;
- Закон Кыргызской Республики от 22 мая 1998 года №66 «О наркотических средствах, психотропных веществах и прекурсорах»;
- Закон Кыргызской Республики от 22 мая 1998 года №66 «О питьевой воде»;
- Закон Кыргызской Республики от 1 августа 2003 года №168 «О радиационной безопасности населения в Кыргызской Республики»;
- Закон Кыргызской Республики от 20 марта 2002 года №41 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;
- Закон Кыргызской Республики от 21 апреля 2003 года №85 «О медицинском страховании граждан в Кыргызской Республике»;
- Закон Кыргызской Республики от 3 апреля 2008 года №38 «О правах и гарантиях лиц с ограниченными возможностями здоровья»;
- Закон Кыргызской Республики от 1 августа 2003 года №167 «Об охране труда»;
- Кодекс Кыргызской Республики от 4 августа 2004 года №106 «Трудовой кодекс Кыргызской Республики»;
- Кодекс Кыргызской Республики от 5 января 1998 года №1 «Гражданский кодекс Кыргызской Республики».

### 1.4. Система классификации и кодирования

По заболеваемости населения применяется «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; Десятый пересмотр (МКБ-Х)», обеспечивающая сравнимость сведений о заболеваемости и смертности. Целью МКБ является создание условий для систематизированной регистрации, анализа, интерпретации и сравнения данных о смертности и заболеваемости, полученных в разных регионах республики и в разное время, а также для международных сопоставлений.

Для разработки статистических данных по статистике производственного травматизма используются следующие виды классификаторов:

- Государственный классификатор Кыргызской Республики «Виды экономической деятельности» (ГКЭД);
- Общий идентификационный код предприятий. Организаций и индивидуальных предпринимателей (ОКПО);
- Государственный классификатор Система обозначений административно-территориальных и территориальных единиц Кыргызской Республики (СОАТЕ);
- Государственный классификатор Кыргызской Республики органов управления (ГКОУ);
- Государственный классификатор Кыргызской Республики форм собственности (ГКФС).

## 1.5. Основные понятия

### 1.5.1. Статистика здравоохранения

**Больничные организации** – это лечебные организации, осуществляющие медицинское обслуживание госпитализированных больных. В их число включаются больницы, медсанчасти, диспансеры со стационарами и прочие организации, имеющие больничные койки. В больничных организациях учету подлежат койки на конец отчетного периода, оборудованные необходимым инвентарем и готовые принять больных, независимо от того, заняты они больными или нет.

По специализации койки подразделяются на:

- *койки терапевтического профиля*, в которые также включаются терапевтические, кардиологические, кардиоревматологические, нефрологические, аллергологические, гастроэнтерологические, восстановительного лечения, эндокринологические, гематологические, ревматологические, пульманологические;
- *койки хирургического профиля*, включены нейрохирургические, торакальной хирургии, кардиохирургические, сосудистой хирургии, травматологические, ожоговые, ортопедические, урологические, стоматологические, проктологические, гнойной хирургии;
- *койки онкологического профиля*, включены онкологические, радиологические и рентгенологические;
- *койки гинекологического профиля*, включая койки для производства абортов;
- *туберкулезные*;
- *инфекционные*;
- *офтальмологические*;
- *отоларингологические*;
- *дермато-венерологические*;
- *койки для психически больных*, включая психосоматические;
- *наркологические*;
- *неврологические*;
- *для беременных и рожениц*, включая койки патологии беременности;
- *педиатрические*;
- *общие*;
- *прочие*, включают койки токсикологические, анестезиологические, койки приемного покоя, койки дневного стационара.

**Койко-день** – день, проведенный больным в стационаре (день поступления – день выбытия: 1 койко/день).

В число **врачебных организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь населению**, включаются все медицинские организации, которые ведут врачебно-амбулаторный прием (поликлиники, диспансеры, поликлинические отделения больничных организаций, группы семейных врачей (ГСВ), центры семейной медицины (ЦСМ), центры общеврачебной практики (ЦОВП), врачебные здравпункты и др.).

В качестве главного показателя, характеризующего развитие сети врачебных организаций, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, принята **мощность** (пропускная способность) организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, измеряемая **числом посещений в смену**, обеспеченных соответствующим помещением, оборудованием, персоналом, медикаментами, автотранспортом.

**Первичная медико-санитарная помощь** – это одна из форм медико-санитарной помощи, существенно необходимая и доступная как для каждого человека в отдельности, так и для всего населения, и предоставляемая на приемлемой для него основе, при его активном участии и при затратах, соответствующих возможностям населения и страны.

**Центр семейной медицины (ЦСМ)** – государственное медицинское учреждение, оказывающее медико-санитарную помощь населению на амбулаторном уровне, осуществляющее координацию деятельности Групп семейных врачей и служб по оказанию первичной специализированной медико-санитарной помощи. (Типовое положение «О Центре семейной медицины» от 30 января 2002 года №34.

**Группы семейных врачей (ГСВ)** – это структурное подразделение амбулаторного учреждения (АУ), работающее в системе Министерства здравоохранения, объединившее семейных врачей, терапевтов, педиатров, акушер-гинекологов, сестринский и младший медицинский персонал, менеджеров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь семье и всем ее членам.

В **общую численность врачей** включаются все врачи с высшим медицинским образованием, занятые на конец года, в лечебных, санитарных организациях, учреждениях социального обеспечения, медицинских научно-исследовательских институтах, а также организациях по подготовке кадров, в аппарате органов здравоохранения и в других министерствах и ведомствах. В число врачей включаются физические лица, а не число занимаемых врачами должностей.

Для учета врачей по специальностям рекомендуется следующая укрупненная классификация:

- *врачи терапевтического профиля*, включены терапевты, врачи семейной практики, пульмонологи, кардиологи, ревматологи, гастроэнтерологи, нефрологи, диabetологи, эндокринологи, аллергологи, иммунологи, гематологи, диетологи, физиотерапевты, профпатологи, терапевты по функциональной и ультразвуковой диагностике, врачи скорой помощи, генетики, лаборанты-генетики, инфекционисты;
- *врачи хирургического профиля*, включая также сердечно-сосудистых, торакальных, нейрохирургов, анестезиологов-реаниматологов, травматологов, ортопедов, урологов, эндоскопистов, проктологов, онкологов;
- *фтизиатры*;
- *невропатологи*;
- *психиатры*, включая психотерапевтов, сексопатологов, наркологов;
- *педиатры*, включая неонатологов;
- *акушеры-гинекологи*;

- дермато-венерологи;
- врачи по лечебной физкультуре и спорту;
- стоматологи, включая также стоматологов-терапевтов, ортопедов, ортодонтотв и челюстно-лицевых хирургов;
- врачи санитарно-противоэпидемической группы, включая также токсикологов, бактериологов и вирусологов, эпидемиологов, дезинфекционистов, паразитологов, санитарных врачей;
- прочие, включая социал-гигиенистов, патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов, лаборантов, врачей общей практики (семейных), интернов.

В общую численность среднего медицинского персонала включаются все лица со средним медицинским образованием, числящиеся на конец отчетного периода в организациях системы здравоохранения, других министерств и ведомств, в дошкольных учреждениях, школах, домах ребенка и др. (фельдшера, акушеры, медицинские сестры и пр.). В этом показателе учитываются зубные врачи (дантисты) имеющие среднее специальное образование.

### 1.5.2. Статистика заболеваемости

**Заболевание** – случай болезни у отдельного человека.

**Заболеваемость** – показатель статистики, характеризующий распространенность болезни среди населения впервые выявленных в отчетном году. Исчисляется отношением числа больных с впервые установленным диагнозом данного заболевания к среднегодовой численности постоянного населения.

**Болезненность** – это показатель, характеризующий частоту распространения болезней среди населения впервые выявленных в отчетном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больные вновь обратились в отчетном году (контингенты больных). Контингенты больных исчисляются отношением числа больных болезнью, состоящих на учете лечебных организаций на конец отчетного года, к численности населения на конец этого года.

**Число больных с впервые установленным диагнозом** – это впервые зарегистрированные в отчетном году случаи заболеваний.

### 1.5.3. Статистика инвалидности

В совокупности показателей, используемых для оценки здоровья населения, определенное место занимают показатели *статистики инвалидности* – стойкой нетрудоспособности.

Устанавливают факт инвалидности, причины и группы инвалидности государственные органы Медико-социальной экспертной комиссии. Медико-социальная экспертиза осуществляется Медико-социальной экспертной комиссией (МСЭК), входящей в систему Министерства социальной защиты населения Кыргызской Республики. Медицинские услуги при оформлении граждан для освидетельствования в органах Медико-социальной экспертной комиссии, а также реабилитационные мероприятия по заключению экспертизы финансируются из республиканского бюджета.

Медико-социальная экспертная комиссия определяет в установленном порядке потребности освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Медико-социальная экспертная комиссия определяет, исходя из комплексной оценки, состояние организма на основе анализа клинико-функциональных,

социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица с использованием классификаций и критериев, разрабатываемых и утверждаемых Правительством Кыргызской Республики.

**Инвалидность** – нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

**Ограничение жизнедеятельности** – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам до 16 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

При статистическом наблюдении различают:

- первичную инвалидность в отчетном году;
- общую инвалидность, характеризующую контингенты инвалидов, состоящих на учете в отделах социальной защиты, независимо от времени признания их инвалидами.

В законодательном порядке от степени потери трудоспособности предусмотрены три группы инвалидности:

- к I группе относят лиц с полной потерей трудоспособности, нуждающихся в постоянном уходе;
- ко II группе – лиц со значительной утратой трудоспособности, но не нуждающихся в постоянном уходе;
- к III группе – лиц с ограничением трудовых функций.

В каждом случае установления инвалидности обязательно указывается причина ее возникновения. Законодательно определены следующие формулировки причин инвалидности:

- общее заболевание;
- профессиональное заболевание;
- трудовое увечье (производственная травма);
- инвалидность с детства;
- инвалидность лиц из числа военнослужащих;
- инвалидность вследствие ликвидации аварии на ЧАЭС.

Инвалидность I группы устанавливается на два года, II и III групп – на один год. По истечении указанных сроков инвалиды подлежат переосвидетельствованию. Группа «бессрочно» устанавливается инвалидам в следующих случаях: по специальному перечню показаний (анатомические дефекты и приравненные к ним состояния); лицам пенсионного возраста; лицам, срок переосвидетельствования которых выпадает на начало пенсионного возраста; лицам со стойкой утратой трудоспособности после наблюдения во МСЭК в течение 8 лет.

#### **1.5.4. Статистика производственного травматизма**

Учет числа пострадавших при несчастных случаях на производстве, распределение их по причинам и травмирующим факторам, учет числа человеко-дней нетрудоспособности у пострадавших на производстве, учет сведений о затратах на мероприятия по охране труда, а

также о материальных последствиях несчастных случаев и ряд других показателей ведет *статистика производственного травматизма*.

Производственный травматизм характеризуется **числом лиц**, пострадавших при несчастных случаях на производстве, с утратой трудоспособности на один рабочий день и более, и со смертельным исходом при выполнении ими трудовых обязанностей на территории предприятия, организации, а также при следовании на работу или с работы на предоставленном предприятием транспорте, при выполнении работ в сверхурочное время, выходные и праздничные дни, при следовании к месту командировки и обратно и т.д. Результаты расследования несчастного случая оформляются актом соответствующей формы.

**Условия труда** – совокупность факторов производственной среды, оказывающих влияние на здоровье и работоспособность человека в процессе труда.

**Опасный производственный фактор** – производственный фактор, воздействие которого на работника может привести к травме.

**Вредный производственный фактор** – производственный фактор, воздействие которого на работника может привести к заболеванию.

**Средства индивидуальной и коллективной защиты работников** – средства, используемые для предотвращения или уменьшения воздействия на работника опасных или вредных производственных факторов, а также от загрязнения.

**Профессиональное заболевание** – хроническое или острое заболевание, вызванное воздействием на работника вредных и опасных производственных факторов.

**Несчастный случай на производстве** – травма (в том числе полученная в результате нанесения телесных повреждений другим лицом), острое профессиональное заболевание (отравление), тепловой удар, ожог, обморожение, утопление, поражение электрическим током или молнией, повреждение вследствие аварии, пожара, стихийного бедствия (землетрясения, оползня, наводнения, урагана и т.д.), контакта с животными, насекомыми, ядовитыми растениями и другими представителями флоры и фауны.

**Моральный вред** – нравственные и физические страдания причиненные работнику (членам семьи и иждивенцам умершего) вследствие воздействия на него опасных или вредных производственных факторов, что привело к лишению или ухудшению возможностей реализации своих привычек, желаний, уклада жизни, отношения с людьми и окружающей среды, другими негативными последствиями морального характера.

**Возмещением вреда** является выплата денежных сумм работнику или, в случае его смерти, членам семьи и иждивенцам:

- утраченного заработка (дохода), который он имел либо определенно мог иметь;
- единовременного пособия;
- возмещение морального вреда (в денежной или иной материальной форме);
- дополнительных расходов, связанных с повреждением здоровья, в том числе на лечение, дополнительное питание, приобретение лекарств, протезирование, посторонний уход, санаторно-курортное лечение, приобретение специальных транспортных средств, подготовку к другой профессии по заключению службы медико-санитарной экспертизы.

## 1.6. Охват данных

### 1.6.1. Объект статистического наблюдения

**Объектом статистического наблюдения являются:**

- в *статистике здравоохранения* – больничные организации, научные и национальные центры, организации, оказывающие медико-санитарную помощь, диспансеры, организации санэпидслужбы, судебно-медицинской экспертизы, патологоанатомической службы и другие;
- в *статистике заболеваемости* – лица, обратившиеся в медицинские организации;
- в *статистике инвалидности* – лица, обратившиеся в службу МСЭК для признания их инвалидности первично либо повторно, для определения инвалидности по степени тяжести или бессрочно;
- в *статистике производственного травматизма* – все хозяйствующие субъекты.

### 1.6.2. Единица статистического наблюдения

**Единицей статистического наблюдения являются:**

- для *статистики здравоохранения* – медицинские организации и медицинские кадры;
- для *статистики заболеваемости* – каждый случай болезни;
- для *статистики инвалидности* – лица, обратившиеся для освидетельствования инвалидности;
- для *статистики производственного травматизма* – пострадавший при несчастном случае.

## 2. Основное содержание методологических положений

### 2.1. Методы статистического наблюдения

Статистика охраны здоровья населения основывается на методе сплошного наблюдения, а также на выборочных тематических обследованиях.

Формой статистического наблюдения является месячная, годовая статистическая отчетность, которая разрабатывается как в целом по республике, так и по территории, по формам собственности. Перечень форм государственной статистической отчетности по здравоохранению приводится в п.2.4.

### 2.2. Методологические основы статистического наблюдения

Анализ показателей **статистики здравоохранения, статистики заболеваемости и инвалидности населения** проводится по полу, возрасту и в территориальном разрезе.

Данные статистики заболеваемости используются для планирования профилактических мероприятий, определения потребности в медицинских кадрах, а также для оценки эффективности проводимых мероприятий по охране здоровья населения.

Состояние здоровья населения изучается на основании данных демографической статистики, статистики заболеваемости и инвалидности, при этом статистика заболеваемости является составной частью характеристики состояния здоровья населения.



К показателям, характеризующим качественную сторону деятельности стационарных организаций, можно отнести следующие: состав больных по заболеваниям, сроки и исходы лечения, количество произведенных операций.

При анализе поло-возрастной структуры заболеваемости используется численность соответствующего населения (мужчин или женщин, взрослых, подростков или детей).

При расчете относительных показателей в статистике заболеваемости и статистике здравоохранения используется численность постоянного населения:

а) *на конец года* – при использовании в числителе данных, учтенных на конец года (число больничных коек, мощность учреждений, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, численность медицинских кадров, число больных, состоящих на учете на конец года и др.);

б) *среднегодовая* – при использовании в числителе данных, учитываемых в течение года накопительным итогом (численность больных, выявленных или взятых на учет, поступивших в стационары, оперированные в течение года и др.).

К основным видам **статистики заболеваемости** относятся следующие: статистика инфекционных заболеваний, статистика важнейших неэпидемических заболеваний, статистика госпитализированных больных.

**Учет инфекционных заболеваний** является повсеместным и обязательным. Единицей учета является каждый случай инфекционного заболевания. Первичными учетными документами являются: экстренное извещение об инфекционном заболевании (ф.№058/у), журнал учета инфекционных заболеваний (ф.№060/у) и карта учета амбулаторных посещений (ф.№039/у), заполняемая на больного. Экстренное извещение составляется на каждый случай инфекционного заболевания или при подозрении на него и в течение 12 часов посылается в санитарно-эпидемиологическую станцию по месту регистрации заболевания. В группу острых кишечных инфекций входят: *бактериальная дизентерия, энтериты, колиты, гастроэнтериты, вызванные установленными возбудителями, и острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными возбудителями и неточно обозначенные.*

К важнейшим **неэпидемическим заболеваниям**, подлежащим специальному учету, относят туберкулез, злокачественные новообразования, кожно-венерические заболевания, психические заболевания, болезни системы кровообращения и др. Врачи любых лечебных организаций, выявившие эти заболевания, заполняют карту учета амбулаторных посещений (ф.№039/у), учетную форму №089/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, психического заболевания» и ф.№090/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» и в трехдневный срок отсылают в соответствующий диспансер по месту жительства больного. На основании полученных извещений заполняют соответствующие формы: «Отчет о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем и микозами» (ф.№9), «Отчет о заболеваниях активным туберкулезом» (ф.№8), «Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями» (ф.№7). На основании формы №039/у заполняется «Отчет о заболеваемости и профилактической работы (Центры семейной медицины, диспансеры)» (ф.№12).

Единицей наблюдения **учета госпитализированных больных** является каждый случай госпитализации больного по поводу заболевания. Учетным документом служит «Клинико-статистическая форма выбывшего из стационара» (ф.№066/у), на основании которой все больничные организации заполняют соответствующую отчетность лечебно-профилактической организации (ф.№14).

При анализе данных **статистики заболеваемости** (болезненности) населения используются как абсолютные, так и относительные показатели. Для характеристики изменения заболеваемости за определенный период времени необходимо исчислить процент по относительным показателям заболеваемости, а не по абсолютным данным, так как на величину процента оказывает влияние не только изменение числа вновь заболевших, но и изменение численности населения.

Для **статистики инвалидности** основанием для составления отчета МСЭК являются книги протоколов заседаний МСЭК, статистические талоны освидетельствования во МСЭК, в которых отражены сведения о результатах экспертизы больных и инвалидов (первичных и вторичных), акты посещения предприятий и другие материалы. При анализе показателей статистики инвалидности используется численность первично признанных инвалидами по формам болезней, возрасту, причинам инвалидности. Наряду с абсолютными данными следует приводить относительные показатели.

Обработка данных по **производственному травматизму** производится в территориальном разрезе и по видам экономической деятельности. При анализе сведений о причинах производственного травматизма используются абсолютные данные и относительные показатели (в расчете на 1000 работающих) численности пострадавших при несчастных случаях, связанных с производством, с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более и смертельным исходом, а также о расходах связанных с повреждением здоровья и их возмещения.

### 2.3. Методы расчета отдельных показателей

Показатели, характеризующие развитие медицинской помощи населению, рассчитываются по следующим формулам:

$$O_k = \frac{K * Ч}{H}$$

где  $O_k$  – обеспеченность населения больничными койками;

$K$  – число больничных коек

$H$  – численность постоянного населения на конец года

$Ч$  – 10 000 населения.

$$O_m = \frac{M * Ч}{H}$$

где  $O_m$  – обеспеченность населения медицинскими кадрами;

$M$  – численность врачей или среднего персонала;

$H$  – численность постоянного населения на конец года;

$Ч$  – 10 000 населения.

Для характеристики деятельности стационара используются следующие показатели:

**Среднее число дней работы (занятости, использования) больничной койки (Р)** рассчитывается по формуле:

$$P = \frac{B}{K}$$

где  $B$  – число койко-дней, проведенных больными;

$K$  – среднегодовое число коек.

**Средняя длительность (число дней) пребывания больного на койке (Сп)** рассчитывается по формуле:

$$C_n = \frac{B}{Чпб}$$

где  $B$  – число койко-дней, проведенных больными;  
 $Чпб$  – число использованных больными.

**Численность использованных больных (Чпб)** рассчитывается по формуле:

$$Чпб = \frac{Пб + Вб + Уб}{3}$$

где  $Пб$  – численность поступивших больных;  
 $Вб$  – численность выписанных больных;  
 $Уб$  – численность умерших больных.

При анализе заболеваемости населения используются показатели:

**Заболеваемости населения (Зн)** рассчитывается по формуле:

$$Зн = \frac{З * Ч}{Н_1}$$

где  $З$  – число впервые выявленных случаев заболеваний, зарегистрированных в течение отчетного года;  
 $Н_1$  – среднегодовая численность постоянного населения;  
 $Ч$  – 100 000 населения.

**Контингент больных (Кб)** рассчитывается по формуле:

$$Кб = \frac{Д * Ч}{Н}$$

где  $Д$  – число больных состоящих на диспансерном учете на конец года;  
 $Н$  – численность постоянного населения на конец года;  
 $Ч$  – 100 000 населения.

**Болезненность (Бз)** рассчитывается по формуле:

$$Бз = \frac{З_1 * Ч}{Н_1}$$

где  $З_1$  – все случаи заболеваний, зарегистрированных в данном году;  
 $Н_1$  – среднегодовая численность постоянного населения;  
 $Ч$  – 100 000 населения.

В статистике инвалидности применяются показатели инвалидизации на определенную численность населения – промилле (коэффициент инвалидности, показатель первичной инвалидности):

$$I = \frac{C_1 * 1000}{H_1}$$

где  $I$  – уровень инвалидизации;  
 $C_1$  – численность лиц, впервые признанных инвалидами;  
 $H_1$  – среднегодовая численность постоянного населения.

$$Kn = \frac{Cn * 1000}{H_1}$$

где  $Kn$  – уровень инвалидизации по причинам;  
 $Cn$  – численность лиц, впервые признанных инвалидами по причинам;  
 $H_1$  – среднегодовая численность постоянного населения.

Для характеристики **травматизма на производстве** используются следующие показатели:

$$U_{tr} = \frac{П * 1000}{Ч_p}$$

где  $U_{tr}$  – уровень травматизма на производстве;  
 $П$  – численность пострадавших при несчастных случаях на производстве с потерей трудоспособности на один рабочий день и более, включая пострадавших со смертельным исходом;  
 $Ч_p$  – среднесписочная численность работающих.

$$U_c = \frac{П_c * 1000}{Ч_p}$$

где  $U_c$  – уровень травматизма на производстве со смертельным исходом;  
 $П_c$  – численность пострадавших при несчастных случаях на производстве со смертельным исходом;  
 $Ч_p$  – среднесписочная численность работающих.

$$Д = \frac{Ч_{дн} * 1000}{П}$$

где  $Д$  – число человеко-дней нетрудоспособности в расчете на одного пострадавшего;  
 $Ч_{дн}$  – число человеко-дней нетрудоспособности у пострадавших при несчастных случаях на производстве с утратой трудоспособности на один рабочий день и более, включая смертельный исход;  
 $П$  – численность пострадавших при несчастных случаях на производстве.

$$M_p = \frac{M}{\Pi}$$

где  $M_p$  – материальные последствия несчастных случаев на производстве

в расчете на одного пострадавшего;

$M$  – материальные последствия несчастных случаев на производстве;

$\Pi$  – численность пострадавших при несчастных случаях на производстве.

$$P_c = \frac{P}{\text{Ч}_p}$$

где  $P_c$  – расходы средств на охрану в расчете на одного работающего;

$P$  – израсходовано средств на мероприятия по охране труда;

$\text{Ч}_p$  – среднесписочная численность работающих.

## 2.4. Перечень форм государственной и ведомственной статистической отчетности

№ п/п	№ форм	Наименование формы	Периодичность
1	2	3	4
<b>Здравоохранение</b>			
1.	форма № 1	Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях	ежемесячная
2.	Форма №5	Отчет о состоянии прививочной работы	ежегодная
3.	форма № 6	Отчет о контингентах детей и подростков, привитых против инфекционных заболеваний	ежегодная
4.	форма № 7	Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями	ежегодная
5.	форма № 8	Отчет о заболеваниях активным туберкулезом	ежегодная
6.	форма № 9	Отчет о заболеваниях инфекциями, передаваемыми половым путем, микозами и чесоткой	ежегодная
7.	форма № 10	Отчет о заболеваниях психическими расстройствами	ежегодная
8.	форма № 11	Отчет о заболеваниях наркологическими расстройствами	ежегодная
9.	форма № 12	Отчет о деятельности учреждений здравоохранения	ежегодная
10.	форма № 13	Отчет об абортах	ежегодная
11.	форма № 14	Отчет о деятельности стационара	ежегодная
12.	Форма №15-здрав	Отчет о числе заболеваний и причинах смерти лиц, пострадавших от радиации и включенных в Кыргызский государственный медико-дозиметрический регистр	ежегодная
13.	форма № 17	Отчет о медицинских кадрах	ежегодная
14.	форма №18	Отчет о работе центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора	ежегодная
15.	форма № 20	Отчет дома ребенка	ежегодная
16.	форма № 1-здрав	Отчет о сети, кадрах и деятельности лечебно-профилактических учреждений	ежегодная
17.	форма № 2-здрав	Отчет о распределении больничных коек	ежегодная
18.	форма №22	Отчет о деятельности учреждений и лиц, занимающихся частной практикой	ежегодная
19.	форма №4-А	Отчет о ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом	ежегодная

## 16. ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

(продолжение)

№ п/п	№ форм	Наименование формы	Периодичность
1	2	3	4
20.	форма №3-здрав	Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в лечебно-профилактических учреждениях системы Минздрава	годовая
<b>Производственный травматизм</b>			
21.	форма № 7-ТВН	Отчет о травматизме на производстве, профессиональных заболеваниях и материальных затратах, связанных с ними	годовая
<b>Инвалидность</b>			
18.	форма № 7-А (МСЭ)	Отчет о деятельности МСЭ	годовая
19.	форма № 7 (инвалидность)	Отчет о причинах инвалидности взрослого населения	годовая
20.	ф.№-7- (детская инвалидность)	Отчет о детской инвалидности	годовая