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

# Общие положения

**Статистика охраны здоровья населения** – под отрасль 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 труда и социального развития Кыргызской Республики (МТСР) и Главным управлением медико-социальной экспертизы при МТСР.

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

## 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.

## 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.

## Нормативно-правовая база

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

* Закон Кыргызской Республики «Об официальной статистике» от 8 июля 2019года №82;
* Закон Кыргызской Республики от 9 января 2005 года №6 «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике»;
* Закон Кыргызской Республики от 30 апреля 2003 года №91 «О лекарственных средствах»;
* 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 25 марта 1999 года № 33 «О питьевой воде»;
* Закон Кыргызской Республики от 17 июня 1999 года № 58 «О радиационной безопасности населения в Кыргызской Республики»;
* Закон Кыргызской Республики от 17 июня 1999 года № 60 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»;

• Закон Кыргызской Республики от 18 октября 1999 года № 112 «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 5 января 1998 года №2 «Гражданский кодекс Кыргызской Республики».

## Система классификации и кодирования

По заболеваемости населения применяется «Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; Десятый пересмотр (МКБ-10)», 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).

## Основные понятия

### 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 высшими 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, диабетологи, 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, ортодонтов 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.

### 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, характеризирующий 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.

### 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 Медикосоциальной 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.

### 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 медикосанитарной экспертизы.

## Охват данных

### 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* **–** медицинскиеорганизациии медицинские кадры;
* для *статистики заболеваемости* – каждый случай болезни;
* для *статистики инвалидности* – лица, обратившиеся для освидетельствования инвалидности;
* для *статистики производственного травматизма* – пострадавший при несчастном случае.

# Основное содержание методологических положений

## 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 официальной статистической отчетности по здравоохранению приводится в п.2.4.

## 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 половозрастной 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 медикосанитарную помощь, численность медицинских кадров, число больных, состоящих на учете на конец года и др.);

б) *среднегодова*я – 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 лечебнопрофилактической 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 посещений 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.

## Методы расчета отдельных показателей

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Ок*  | *=*  | *К \* Ч*  |
|  | *Н*  |

где *Ок* –обеспеченность населения больничными койками; *К* – число больничных коек

*Н –* численность постоянного населения на конец года *Ч* –10 000 населения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Ом*  | *=*  |  | *М \* Ч*  |
|  | *Н*  |

где *Ом* – обеспеченность населения медицинскими кадрами; *М –* численность врачей или среднего персонала; *Н –* 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:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Р*   | *=*  | *Б*  |
|  | *К*  |

где *Б* – число койко-дней, проведенных больными; *К –* среднегодовое число коек.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Сп*  | *=*  | *Б*  |
|  | *Чпб*  |

где *Б* – число койко-дней, проведенных больными; *Чпб –* число пользованных больных.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Чпб*  | *=*  | *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*   | *=*  | *З \* Ч*   |
|  | *Н1*  |

где *З –* число впервые выявленных случаев заболеваний, зарегистрированных в течение отчетного года;

*Н1 –* среднегодовая численность постоянного населения; *Ч –* 100 000 населения.

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Кб*  | *=*  |  | *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*  | *=*  | *З1 \* Ч*  |
|  | *Н1*  |

где *З1* – все случаи заболеваний, зарегистрированных в данном году; *Н1 –* среднегодовая численность постоянного населения; *Ч -* 100 000 населения.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *И*   | *=*  | *Ч1 \* 1000*  |
|  | *Н1*  |

где *И –* уровень инвалидизации;

*Ч1* – численность лиц, впервые признанных инвалидами; *Н1* – среднегодовая численность постоянного населения.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Кп*  | *=*  | *Чп \* 1000*  |
|  | *Н1*  |

где *Кп –* уровень инвалидизации по причинам;

*Чп –* численность лиц, впервые признанных инвалидами по причинам; *Н1 –* среднегодовая численность постоянного населения.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Утр*   | *=*  | *П \* 1000*  |
|  | *Чр*  |

где *Утр* – 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; *Чр* – среднесписочная численность работающих.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Ус*   | *=*  | *Пс \* 1000*  |
|  | *Чр*  |

где *Ус* – уровень травматизма на производстве со смертельным исходом; *Пс* – численность пострадавших при несчастных случаях на производстве со смертельным исходом; *Чр* – среднесписочная численность работающих.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Д*   | *=*  | *Чдп \* 1000*  |
|  | *П*  |

где *Д* – число человеко-дней нетрудоспособности в расчете на одного

пострадавшего;

*Чдп* – 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Мр*   | *=*  | *М*  |
|  | *П*  |

где Мр – материальные последствия несчастных случаев на производстве в расчете на одного пострадавшего;

*М* – материальные последствия несчастных случаев на производстве; *П* – численность пострадавших при несчастных случаях на производстве.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Рс*   | *=*  | *Р*  |
|  | *Чр*  |

где *Рс –* расходы средств на охрану в расчете на одного работающего;

*Р* – израсходовано средств на мероприятия по охране труда; *Чр* – среднесписочная численность работающих.

## Перечень форм официальной и ведомственной статистической отчетности

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | № форм | Наименование формы | Периодичность |
|  |  | ***Здравоохранение*** |  |
| 1. | форма № 1 | Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях | месячная |
| 2. | Форма №5 | Отчет о состоянии прививочной работы  | годовая |
| 3. | форма № 6 | Отчет о контингентах детей и подростков, привитых против инфекционных заболеваний | годовая |
| 4. | форма № 7 | Отчет о заболеваниях злокачественными новообразованиями | годовая |
| 5. | форма № 8 | Отчет о заболеваниях активным туберкулезом | годовая |
| 6. | форма № 9 | Отчет о заболеваниях инфекциями, передаваемых половым путем, микозами и чесоткой | годовая |
| 7. | форма № 10 | Отчет о заболеваниях психическими расстройствами | годовая |
| 8. | форма № 11 | Отчет о заболеваниях наркологическими расстройствами  | годовая |
| 9. | форма № 12 | Отчет о деятельности учреждений здравоохранения | годовая |
| 10. | форма № 13 | Отчет об абортах | годовая |
| 11 | форма № 14 | Отчет о деятельности стационара | годовая |
| 12. | Форма №15-здрав | Отчет о числе заболеваний и причинах смерти лиц, пострадавших от радиации и включенных в Кыргызский государственный медико-дозиметрический регистр  | годовая |
| 13. | форма № 17 | Отчет о медицинских кадрах | годовая |
| 14. | форма №18 | Отчет о работе центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора | годовая |
| 15. | форма №19 | Отчет о лицах, подвергшихся насилию (включая пытки), обратившихся в организацию здравоохранения за медицинской помощью  | годовая |
| 16. | форма № 20 | Отчет дома ребенка | годовая |
| 17. | форма № 1-здрав | Отчет о сети, кадрах и деятельности лечебно-профилактических учреждений  | годовая |
| 18. | форма № 2-здрав | Отчет о распределении больничных коек | годовая |
| 19. | форма №22  | Отчет о деятельности учреждений и лиц, занимающихся частной практикой | годовая |
| 20. | форма №4-А | Отчет о ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом | годовая |
| 21.  | форма №3-здрав  | Отчет о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам в лечебно-профилактических учреждениях системы Минздрава  | годовая  |
|  |  | **Инвалидность**  |  |
| 1.  | форма № 7-А (МСЭ)  | Отчет о деятельности МСЭ  | годовая  |
| 2.  | форма № 7 (инвалидность)  | Отчет о причинах инвалидности взрослого населения  | годовая  |
| 3.  | ф.№-7- (детская инвалидность)  | Отчет о детской инвалидности  | годовая  |