МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА И ОРГМЕТОДРАБОТА В УЧРЕЖДЕНИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

16+

Учредитель:
ООО “ЦЕНТР ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНО–ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ”

№2 (февраль)
2016 г.

СОДЕРЖАНИЕ

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА

Законодательные основы статистического учета в системе здравоохранения 3

ЗАЩИТА ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Ответы на вопросы в сфере защиты прав субъектов персональных данных 7

ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ

Как правильно заполнить учетную форму N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" 10

ОФИЦИАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА

Вниманию медицинских статистиков и специалистов в области общественного здоровья и управления здравоохранением 13

Статистические данные по состоянию здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения 21

Статистические данные по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на начало 2015 года 53

ДЕМОГРАФИЯ

В 2015 году выросли рождаемость и ожидаемая продолжительность жизни 55

СТАТИСТИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Эпидемиологическая ситуация по педикулезу в Российской Федерации 56

РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ

Опыт организации проведения сверок с органами ЗАГС и государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти в Челябинской области 58

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Возможности применения индекса DALY для оценки состояния здоровья населения Российской Федерации 62

Полнота учета в медицинских свидетельствах о смерти состояний, приведших к смерти 67

Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг 71

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКАЯ РАБОТА

Особенности рассмотрения обращений граждан, страдающих психическими расстройствами 75

Какую информацию обязаны размещать на своих сайтах медицинские организации для проведения независимой оценки качества оказываемых ими услуг? 77

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Татарников М.А.
Центр изучения проблем здравоохранения и образования

В современных условиях все большую роль в управлении здравоохранением играет медицинская статистика. Ее особенностью является изучение не единичных, а массовых явлений. С помощью количественных методов исследования и учета влияния конкретных социально-экономических и экологических факторов медицинская статистика выявляет основные тенденции и закономерности формирования общественного здоровья и развития системы здравоохранения. Учитывая значение статистической информации и серьезную ответственность за нарушение правил обработки данных, необходимо неукоснительное выполнение законодательных актов в этой сфере.

Законодательное регулирование статистического учета в системе здравоохранения в основном осуществляется четырьмя Федеральными законами. Это законы "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации (РФ)", "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", "О персональных данных", "Об информации, информационных технологиях и о защите информации", а также другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ.

Медицинская статистика является составной частью государственной статистики и, естественно, регулируется Федеральным законом "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ". Указанный закон служит законодательной основой для разработки и принятия ведомственных нормативно-правовых актов, в т.ч. в области здравоохранения. Его целью является создание правовых основ для реализации единой государственной политики в сфере официального статистического учета, направленной на обеспечение информационных потребностей государства и общества в полной, достоверной, научно обоснованной и своевременно предоставляемой официальной статистической информации о социальных, экономических, демографических, экологических и других общественных процессах в РФ. Свое место в системе официального статистического учета занимает медицинская статистика, реализующая функцию обратной связи в системе отраслевого управления.

Предметом регулирования Федерального закона "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ" являются общественные отношения, возникающие при осуществлении официального статистического учета. Для единообразного понимания основных статистических понятий и терминов закон содержит соответствующий глоссарий (табл. 1).

Таблица 1

Основные статистические понятия и термины, содержащиеся в законе «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ»

N	Термин или определение	Расшифровка термина или определения
1.	Официальный статистический учет	Деятельность, направленная на проведение в соответствии с официальной статистической методологией федеральных статистических наблюдений и обработку данных, полученных в результате этих наблюдений, и осуществляемая в целях формирования официальной статистической информации.

2.	Система государственной статистики	Государственная федеральная информационная статистическая система, представляющая собой совокупность позволяющих осуществлять официальный статистический учет первичных статистических данных и административных данных, формируемой на их основе в соответствии с официальной статистической методологией официальной статистической информации и обеспечивающих формирование такой информации информационных технологий и технических средств.
3.	Официальная статистическая информация	Сводная агрегированная документированная информация о количественной стороне социальных, экономических, демографических, экологических и других общественных процессов в РФ, формируемая субъектами официального статистического учета в соответствии с официальной статистической методологией.
4.	Субъекты официального статистического учета	Федеральные органы государственной власти, иные федеральные государственные органы, осуществляющие формирование официальной статистической информации в установленной сфере деятельности в соответствии с законодательством РФ.
5.	Федеральное статистическое наблюдение	Сбор первичных статистических данных и административных данных субъектами официального статистического учета.
6.	Административные данные	Используемая при формировании официальной статистической информации документированная информация, получаемая федеральными органами государственной власти, иными федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов РФ, иными государственными органами субъектов РФ, органами местного самоуправления, государственными организациями в связи с осуществлением ими разрешительных, регистрационных, контрольно-надзорных и других административных функций, а также иными организациями, на которые осуществление указанных функций возложено законодательством РФ.
7.	Первичные статистические данные	Документированная информация по формам федерального статистического наблюдения, получаемая от респондентов, или информация, документируемая непосредственно в ходе федерального статистического наблюдения.
8.	Пользователи официальной статистической информацией	Государственные органы, органы местного самоуправления, юридические и физические лица, обращающиеся к системе государственной статистики или субъектам официального статистического учета за получением необходимой им статистической информации и (или) пользующиеся такой информацией.

Правовое регулирование официального статистического учета и системы государственной статистики основывается на Конституции РФ, международных договорах РФ, законом "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ", другими федеральными законами, принимаемыми в соответствии с ними нормативными правовыми актами Президента РФ и Правительства РФ, а также нормативными правовыми актами федеральных органов государственной власти.

Правовое регулирование отношений, которые связаны с поиском, обработкой, предоставлением и распространением официальной статистической информации, обеспечением ее защиты, применением информационных технологий и другими вопросами создания и эксплуатации системы государственной статистики и которые не урегу-

лированы законом "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ", осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации", а также другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ.

В соответствии со статьей 4 Федерального закона "Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ" принципами официального статистического учета и системы государственной статистики являются:

1) полнота, достоверность, научная обоснованность, своевременность предоставления и общедоступность официальной статистической информации (за исключением информации, доступ к которой ограничен федеральными законами);

2) применение научно обоснованной официальной статистической методологии, соответствующей международным стандартам и принципам официальной статистики, а также законодательству РФ, открытость и доступность такой методологии;

3) рациональный выбор источников в целях формирования официальной статистической информации для обеспечения ее полноты, достоверности и своевременности предоставления, а также в целях снижения нагрузки на респондентов;

4) обеспечение возможности формирования официальной статистической информации по РФ в целом, по субъектам РФ, по муниципальным образованиям;

5) обеспечение конфиденциальности первичных статистических данных при осуществлении официального статистического учета и их использование в целях формирования официальной статистической информации;

6) согласованность действий субъектов официального статистического учета;

7) применение единых стандартов при использовании информационных технологий и общероссийских классификаторов технико-экономической и социальной информации для создания и эксплуатации системы государственной статистики в целях ее совместимости с другими государственными информационными системами;

8) обеспечение сохранности и безопасности официальной статистической информации, первичных статистических данных и административных данных.

В системе государственной статистики используются следующие виды документированной информации:

1) официальная статистическая информация;

2) первичные статистические данные;

3) административные данные.[1]

Официальный статистический учет осуществляется в соответствии с федеральным планом статистических работ, который разрабатывается уполномоченным Правительством РФ федеральным органом исполнительной власти (в настоящее время Росстатом) совместно с субъектами официального статистического учета и утверждается Правительством РФ. Решение об актуализации (о корректировке) федерального плана статистических работ принимается Правительством РФ по представлению Росстата.

Федеральный план статистических работ содержит перечни субъектов официального статистического учета и выполняемых ими работ по формированию официальной статистической информации с указанием периодичности выполнения каждой работы, уровня агрегирования официальной статистической информации (по РФ в целом, по субъектам РФ, по муниципальным образованиям), группировки этой информации согласно классификационным признакам и сроков ее предоставления пользователям официальной статистической информацией или распространения.

Разработка федерального плана статистических работ осуществляется на основе рационального выбора источников в целях формирования официальной статистической информации для обеспечения ее полноты, достоверности, научной обоснованности, своевременности предоставления, учета интересов пользователей официальной статистической информацией, а также в целях снижения нагрузки на респондентов и исключения дублирования в работе субъектов официального статистического учета.

Координация деятельности в сфере официального статистического учета осуществляется Росстатом при разработке федерального плана статистических работ, подготовке предложений по его актуализации и утверждении форм федерального статистического наблюдения и указаний по их заполнению.

Субъекты официального статистического учета в целях формирования официальной статистической информации получают от респондентов первичные статистические данные и административные данные, в том числе содержащие сведения, отнесенные к государственной тайне, сведения, отнесенные к коммерческой тайне, сведения о налогоплательщиках, о персональных данных физических лиц при условии их обязательного обезличивания и другую информацию, доступ к которой ограничен федеральными законами, и

[1] *Расшифровка вышеуказанных видов статистической информации представлена в табл. 1.*

обеспечивают ее защиту в соответствии с законодательством РФ об этих категориях информации ограниченного доступа.

Официальная статистическая информация является общедоступной, за исключением информации, доступ к которой ограничен федеральными законами. Обеспечение доступа заинтересованных пользователей официальной статистической информацией к общедоступной официальной статистической информации осуществляется путем ее предоставления или распространения.

Распространение официальной статистической информации субъектами официального статистического учета осуществляется путем ее опубликования в официальных изданиях субъектов официального статистического учета, средствах массовой информации и размещения для всеобщего доступа в информационно-телекоммуникационных сетях, в том числе для бесплатного доступа на официальных сайтах субъектов официального статистического учета в сети "Интернет".

При формировании официальной статистической информации применение официальной статистической методологии является обязательным. Последняя включает в себя методы сбора, контроля, редактирования, сводки и группировки первичных статистических данных и административных данных, оценки точности официальной статистической информации и ее систематизации. Официальная статистическая методология формируется субъектами официального статистического учета и утверждается ими по согласованию с федеральными органами исполнительной власти, уполномоченными Правительством РФ.

Первичные статистические данные, содержащиеся в формах федерального статистического наблюдения, являются информацией ограниченного доступа, за исключением информации, недопустимость ограничения доступа к которой установлена федеральными законами. Субъекты официального статистического учета обязаны обеспечить конфиденциальность информации ограниченного доступа. Первичные статистические данные, являющиеся информацией ограниченного доступа, не подлежат разглашению или распространению и используются только в целях формирования официальной статистической информации. Обработка таких данных осуществляется в условиях, гарантирующих в соответствии с законодательством РФ защиту таких данных от несанкционированного доступа, предотвращение их хищения, утраты, подделки или искажения. В случае, если должностные лица, а также лица, которые в силу своего служебного положения или рода осуществляемой деятельности имели доступ к содержащимся в формах федерального статистического наблюдения первичным статистическим данным, допустили их утрату, незаконное разглашение или распространение либо фальсифицировали эти данные или содействовали их фальсификации, указанные лица несут дисциплинарную, гражданско-правовую, административную или уголовную ответственность в соответствии с законодательством РФ.

В соответствии со статьей 97 Федерального закона "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" под медицинской статистикой понимают отрасль статистики, включающая в себя статистические данные о медицине, гигиене, здоровье населения, об использовании ресурсов здравоохранения, о деятельности медицинских организаций. Другими словами, в медицинской статистике как научно-практической дисциплины можно выделить три основных взаимосвязанных составных части:

1) статистику общественного здоровья;

2) статистику системы здравоохранения;

3) теоретические и методологические основы медицинской статистики.

Статистическое наблюдение в сфере здравоохранения осуществляется Росстатом и Минздравом РФ. Порядок осуществления статистического наблюдения в сфере здравоохранения, формы статистического учета и отчетности в сфере здравоохранения, порядок их заполнения и сроки представления устанавливаются Росстатом и Минздравом РФ. Официальная статистическая информация в сфере здравоохранения является общедоступной и размещается Росстатом и Минздравом РФ в средствах массовой информации, в том числе в сети "Интернет".

Целью Федерального закона "О персональных данных" является обеспечение защиты прав и свобод человека и гражданина при обработке его персональных данных, в том числе защиты прав на неприкосновенность частной жизни, личную и семейную тайну. Указанным законом регулируются отношения, связанные с обработкой персональных данных, осуществляемой федеральными, региональными и муниципальными органами власти, юридическими и физическими лицами, и устанавливается ответственность нарушителей. Игнорирование требований данного законодательного акта чревато серьезными наказаниями. То же относится к невыполнению положений Федерального закона "Об информации, информационных технологиях и о защите информации".

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Вопрос: Ведение медицинской статистики часто связано с обработкой персональных данных. Распространяется ли на медицинскую статистику положения Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных"?

Ответ: Положения Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" и соответствующих подзаконных нормативно-правовых актов в полной мере распространяются на обработку персональных данных в медицинских организациях.

Вопрос: Что такое Уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных и на кого возложена реализация этих функций?

Ответ: Уполномоченный орган - федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции контроля и надзора в сфере информационных технологий и связи. В настоящее время, в соответствии с постановлением Правительства от 16 марта 2009 г. N 228 "О Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций" данная функция возложена на Роскомнадзор.

Вопрос: Кто может являться оператором персональных данных?

Ответ: В соответствии с п. 2 ст. 3 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор - государственный орган, муниципальный орган, юридическое или физическое лицо, организующие и (или) осуществляющие обработку персональных данных, а также определяющие цели и содержание обработки персональных данных.

При этом операторами указанные органы и лица являются независимо от включения в реестр операторов, осуществляющих обработку персональных данных, который ведет Роскомнадзор.

Вопрос: В каких случаях операторами не должна обеспечиваться конфиденциальность персональных данных?

Ответ: В соответствии с ч. 2 ст. 7 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" обеспечения конфиденциальности персональных данных не требуется:

1) в случае обезличивания персональных данных;

2) в отношении общедоступных персональных данных.

Вопрос: В каких случаях для обработки персональных данных не требуется согласия субъекта персональных данных?

Ответ: Согласно ч. 2 ст. 6 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" согласия субъекта персональных данных не требуется в следующих случаях:

1) обработка персональных данных осуществляется на основании федерального закона, устанавливающего ее цель, условия получения персональных данных и круг субъектов, персональные данные которых подлежат обработке, а также определяющего полномочия оператора;

2) обработка персональных данных осуществляется в целях исполнения договора, одной из сторон которого является субъект персональных данных;

3) обработка персональных данных осуществляется для статистических или иных научных целей при условии обязательного обезличивания персональных данных;

4) обработка персональных данных необходима для защиты жизни, здоровья или иных жизненно важных интересов субъекта персональных данных, если получение согласия субъекта персональных данных невозможно;

5) обработка персональных данных необходима для доставки почтовых отправлений организациями почтовой связи, для осуществления операторами электросвязи расчетов с пользователями услуг связи за оказанные услуги связи, а также для рассмотрения претензий пользователей услугами связи;

6) обработка персональных данных осуществляется в целях профессиональной деятельности журналиста либо в целях научной, литературной или иной творческой деятельности при условии, что при этом не нарушаются права и свободы субъекта персональных данных;

7) осуществляется обработка персональных данных, подлежащих опубликованию в соответствии с федеральными законами, в том числе персональных данных лиц, замещающих государственные должности, должности государственной гражданской службы, персональных данных кандидатов на выборные государственные или муниципальные должности.

Вопрос: Кто должен запрашивать согласие работников предприятия на обработку персональных данных при их передаче для обработки другому оператору?

Ответ: Получить согласие работника на передачу его персональных данных для обработки другому оператору должна администрация организации, в которой работает субъект персональных данных.

Вопрос: В каких случаях оператор вправе осуществлять обработку персональных данных без уведомления уполномоченного органа по защите прав субъектов персональных данных?

Ответ: В соответствии с ч. 1 ст. 22 Федерального закона от 27.07.2006 N 152-ФЗ "О персональных данных" оператор до начала обработки персональных данных обязан уведомить уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных (Роскомнадзор) о своем намерении осуществлять обработку персональных данных.

Исключение составляют случаи, предусмотренные ч. 2 комментируемой статьи, при обработке персональных данных:

1) относящихся к субъектам персональных данных, которых связывают с оператором трудовые отношения;

2) полученных оператором в связи с заключением договора, стороной которого является субъект персональных данных, если персональные данные не распространяются, а также не предоставляются третьим лицам без согласия субъекта персональных данных и используются оператором исключительно для исполнения указанного договора и заключения договоров с субъектом персональных данных;

3) относящихся к членам (участникам) общественного объединения или религиозной организации и обрабатываемых соответствующими общественным объединением или религиозной организацией, действующими в соответствии с законодательством Российской Федерации, для достижения законных целей, предусмотренных их учредительными документами, при условии, что персональные данные не будут распространяться без согласия в письменной форме субъектов персональных данных;

4) являющихся общедоступными персональными данными;

5) включающих в себя только фамилии, имена и отчества субъектов персональных данных;

6) необходимых в целях однократного пропуска субъекта персональных данных на территорию, на которой находится оператор, или в иных аналогичных целях;

7) включенных в информационные системы персональных данных, имеющие в соответствии с федеральными законами статус федеральных автоматизированных информационных систем, а также в государственные информационные системы персональных данных, созданные в целях защиты безопасности государства и общественного порядка;

8) обрабатываемых без использования средств автоматизации в соответствии с федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, устанавливающими требования к обеспечению безопасности персональных данных при их обработке и к соблюдению прав субъектов персональных данных.

Уведомление должно быть направлено в письменной форме и подписано должностным лицом или направлено в электронной форме и подписано электронной цифровой подписью в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Образец формы уведомления об обработке персональных данных и методические рекомендации по его заполнению размещены на официальном сайте Роскомнадзора www.rsoc.ru в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

Кроме того, на портале Персональные данные реализована функция по заполнению уведомлений об обработке персональных данных в электронной форме.

Вопрос: Вправе ли физическое лицо представлять персональные данные своих близких родственников?

Ответ: Предоставление физическим лицом оператору персональных данных близких родственников возможно только при наличии письменного согласия указанных лиц либо в случаях, установленных федеральными законами.

Вопрос: Если при обработке персональных данных организацией нарушаются мои права, куда я могу обратиться за защитой?

Ответ: Вы вправе обратиться в ближайшее территориальное управление Роскомнадзора. Адреса и контактные телефоны указаны на официальном сайте Роскомнадзора www.rsoc.ru в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

Вопрос: Какая ответственность предусмотрена за нарушения оператором требований Федерального закона "О персональных данных"?

Ответ: Ст. 24 Федерального закона "О персональных данных" определяет ответственность за нарушение данного Федерального закона, которая выражается в виде уголовной, административной, дисциплинарной и иной предусмотренной законодательством Российской Федерации ответственности.

Административная ответственность за нарушение настоящего Федерального закона наступает за:

- неправомерный отказ в предоставлении гражданину собранных в установленном порядке документов, материалов, либо несвоевременное предоставление таких документов и материалов, непредставление иной информации в случаях, предусмотренных законом, либо предоставление гражданину неполной или заведомо недостоверной информации (ст. 5.39 КоАП РФ);

- нарушение установленного законом порядка сбора, хранения, использования или распространения информации о гражданах (персональных данных) (ст. 13.11 КоАП РФ);

- разглашение информации, доступ к которой ограничен федеральным законом (за исключением случаев, если разглашение такой информации влечет уголовную ответственность) (ст. 13.14 КоАП);

- непредставление или несвоевременное представление в государственный орган (должностному лицу) сведений (информации), представление которых предусмотрено законом и необходимо для осуществления этим органом (должностным лицом) его законной деятельности, а равно представление в государственный орган (должностному лицу) таких сведений (информации) в неполном объеме или в искаженном виде (ст. 19.7 КоАП РФ).

Кроме того, за незаконное собирание или распространение сведений о частной жизни лица, составляющих его личную или семейную тайну, и неправомерный доступ к охраняемой законом компьютерной информации российским законодательством предусмотрена уголовная ответственность, предусмотренная ст. 137, 272 УК РФ.

Вопрос: Распространяются ли требования Федерального закона "О персональных данных" на юридическое лицо иностранного государства?

Ответ: Требования Федерального закона "О персональных данных" распространяются на представительства юридических лиц иностранных государств, осуществляющих деятельность по обработке персональных данных на территории Российской Федерации.

Вопрос: Является ли веб-сайт информационной системой обработки персональных данных?

Ответ: Согласно пункту 9 статьи 3 Федерального закона "О персональных данных" информационная система персональных данных - информационная система, представляющая собой совокупность персональных данных, содержащихся в базе данных, а также информационных технологий и технических средств, позволяющих осуществлять обработку таких персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

В случае соответствия веб-сайта указанным требованиям он является информационной системой.

Вопрос: Как документально оформить факт уничтожения персональных данных субъекта?

Ответ: Порядок документальной фиксации уничтожения персональных данных субъекта определяется оператором персональных данных самостоятельно. Уничтожение персональных данных субъекта осуществляется комиссией либо иным должностным лицом, созданной (уполномоченным) на основании приказа Оператора. Наиболее распространенными способами документальной фиксации уничтожения персональных данных субъекта является оформление соответствующего акта о прекращении обработки персональных данных либо регистрация факта уничтожения персональных данных в специальном журнале. Типовая форма акта и журнала утверждаются самим Оператором.

Вопрос: Существуют ли стандарты или рекомендации по исполнению Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных" операторами?

Ответ: Да, такие документы, разработанные отдельными представителями операторского сообщества, существуют. Ознакомиться с ними можно в разделе "Стандарты, рекомендации и концепции" Портала "Персональные данные":

- концепция защиты персональных данных в информационных системах персональных данных оператора связи - http://minkomsvjaz.ru/3495/8317/8319/8322/;

- методические рекомендации для организации защиты информации при обработке персональных данных в учреждениях здравоохранения, социальной сферы, труда и занятости - http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/5, http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/informatics/4.

КАК ПРАВИЛЬНО ЗАПОЛНИТЬ УЧЕТНУЮ ФОРМУ N 025/у "МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА ПАЦИЕНТА, ПОЛУЧАЮЩЕГО МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ"

Порядок заполнения учетной формы N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" утвержден приказом Минздрава России от 15.12.2014 N 834н (см. приложение N 2 к приказу).

1. Учетная форма N 025/у "Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях" (далее - Карта) является основным учетным медицинским документом медицинской организации (иной организации), оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях взрослому населению (далее - медицинская организация).

2. Карта заполняется на каждого впервые обратившегося за медицинской помощью в амбулаторных условиях пациента(ку). На каждого пациента(ку) в медицинской организации или его структурном подразделении, оказывающем медицинскую помощь в амбулаторных условиях, заполняется одна Карта, независимо от того, сколькими врачами проводится лечение.

3. Карты не ведутся на пациентов(ок), обращающихся за медицинской помощью в амбулаторных условиях в специализированные медицинские организации или их структурные подразделения по профилям онкология, фтизиатрия, психиатрия, психиатрия-наркология, дерматология, стоматология и ортодонтия, которые заполняют свои учетные формы.

4. Карта заполняется врачами, медицинские работники со средним профессиональным образованием, ведущие самостоятельный прием, заполняют журнал учета пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

5. Карты в регистратуре медицинской организации группируются по участковому принципу, Карты граждан, имеющих право на получение набора социальных услуг, маркируются литерой "Л" (рядом с номером Карты).

6. Титульный лист Карты заполняется в регистратуре медицинской организации при первом обращении пациента за медицинской помощью.

7. На титульном листе Карты проставляется полное наименование медицинской организации в соответствии с ее учредительными документами, код ОГРН, указывается номер Карты - индивидуальный номер учета Карт, установленный медицинской организацией.

8. В Карте отражается характер течения заболевания (травмы, отравления), а также все диагностические и лечебные мероприятия, проводимые лечащим врачом, записанные в их последовательности.

9. Карта заполняется на каждое посещение пациента(ки). Ведется Карта путем заполнения соответствующих разделов.

10. Записи производятся на русском языке, аккуратно, без сокращений, все необходимые в Карте исправления осуществляются незамедлительно, подтверждаются подписью врача, заполняющего Карту. Допускается запись наименований лекарственных препаратов на латинском языке.

11. При заполнении Карты:

11.1. В пункте 1 проставляют дату первичного заполнения Карты.

Пункты 2 - 6 Карты заполняются на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки).

Примечание:

Основным документом, удостоверяющим личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации, является паспорт[1].

Документом, удостоверяющим личность лица, трудящегося по найму, занятого или работающего в любом качестве на борту морского судна (за исключением военного корабля), морского судна рыбопромыслового флота, а также судна смешанного (река - море) плавания, используемых для целей торгового мореплавания, является удостоверение личности моряка[2].

---

[1] *Указ Президента Российской Федерации от 13.03.1997 N 232 "Об основном документе, удостоверяющем личность гражданина Российской Федерации на территории Российской Федерации".*

[2] *Постановление Правительства РФ от 18.08.2008 N 628 "О Положении об удостоверении личности моряка, Положении о мореходной книжке, образце и описании бланка мореходной книжки".*

Документом, удостоверяющим личность военнослужащего Российской Федерации, является удостоверение личности военнослужащего Российской Федерации[1].

Документами, удостоверяющими личность иностранного гражданина в Российской Федерации, являются паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина.

Документом, удостоверяющим личность лица, ходатайствующего о признании беженцем, является свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, а документом, удостоверяющим личность лица, признанного беженцем, является удостоверение беженца[2].

Документами, удостоверяющими личность лица без гражданства в Российской Федерации, являются:

документ, выданный иностранным государством и признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

разрешение на временное проживание;

вид на жительство;

иные документы, предусмотренные федеральным законом или признаваемые в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документов, удостоверяющих личность лица без гражданства[3].

11.2. Пункт 7 включает серию и номер страхового полиса обязательного медицинского страхования, пункт 8 - страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС), пункт 9 - название страховой медицинской организации.

11.3. В пункте 10 указывается код категории льготы в соответствии с категориями граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг[4]:

"1" - инвалиды войны;

"2" - участники Великой Отечественной войны;

"3" - ветераны боевых действий из числа лиц, указанных в подпунктах 1 - 4 пункта 1 статьи 3 Федерального закона от 12.01.1995 N 5-ФЗ "О ветеранах";

"4" - военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;

"5" - лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";

"6" - лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;

"7" - члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;

"8" - инвалиды;

"9" - дети-инвалиды.

11.4. В пункте 11 указывается документ, удостоверяющий личность пациента(ки).

11.5. В пункте 12 указываются заболевания (травмы), по поводу которых осуществляется диспансерное наблюдение за пациентом(кой), и их код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (далее - МКБ-10).

В случае, если пациент(ка) состоит под диспансерным наблюдением по поводу одного и того же заболевания у нескольких врачей-

---

[1]Постановление Правительства РФ от 12.02.2003 N 91 "Об удостоверении личности военнослужащего Российской Федерации".
[2]Федеральный закон от 19.02.1993 N 4528-1 "О беженцах".
[3]Статья 10 Федерального закона от 25.07.2002 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации".
[4]Статья 6.1 Федерального закона от 17.07.1999 N 178-ФЗ "О государственной социальной помощи".

специалистов (например, по поводу язвенной болезни у врача-терапевта и врача-хирурга), каждое такое заболевание указывается один раз врачом-специалистом, первым установившим диспансерное наблюдение. Если пациент(ка) наблюдается по поводу нескольких этиологически не связанных заболеваний у одного или нескольких врачей-специалистов, то каждое из заболеваний отмечается в пункте 12.

11.6. В пункте 13 "Семейное положение" делается запись о том, состоит пациент(ка) в зарегистрированном браке или не состоит в браке, на основании сведений, содержащихся в документе, удостоверяющем личность пациента(ки). При отсутствии сведений указывается "неизвестно".

11.7. Пункт 14 "Образование" заполняется со слов пациента(ки):

в позиции "профессиональное" указывается "высшее", "среднее";

в позиции "общее" указывается "среднее", "основное", "начальное".

11.8. Пункт 15 "Занятость" заполняется со слов пациента(ки) или родственников:

В позиции "проходит военную службу или приравненную к ней службу" указывают лиц, проходящих военную службу[1] или приравненную к ней службу;

В позиции "пенсионер(ка)" указывают неработающих лиц, получающих трудовую (по старости, по инвалидности, по случаю потери кормильца) или социальную пенсию;

В позиции "студент(ка)" указываются обучающиеся в образовательных организациях;

В позиции "не работает" указываются трудоспособные граждане, которые не имеют работы и заработка, зарегистрированы в органах службы занятости в целях поиска подходящей работы, ищут работу и готовы приступить к ней[2];

В позиции "прочие" указываются лица, которые заняты домашним хозяйством, и лица без определенного места жительства.

11.9. При наличии у пациента(ки) инвалидности в пункте 16 указывают "впервые" или "повторно", группу инвалидности и дату ее установления.

11.10. В пункте 17 со слов пациента(ки) указывается место работы или должность.

11.11. В случае изменения места работы и (или) места жительства в пунктах 18 и 19 указываются соответствующие изменения.

11.12. В пункте 20 указываются все впервые или повторно установленные заключительные (уточненные) диагнозы и Ф.И.О. врача.

11.13. В пунктах 21 и 22 отмечают группу крови и резус-фактор, а в пункте 23 - аллергические реакции, которые у пациента(ки) были ранее.

11.14. В пункте 24 производятся записи врачей-специалистов путем заполнения соответствующих строк.

11.15. Пункт 25 служит для записей о состоянии пациента(ки) при наблюдении в динамике.

11.16. Пункт 26 содержит этапный эпикриз, пункт 27 - сведения о консультации заведующего отделением медицинской организации, пункт 28 - заключение врачебной комиссии[3].

11.17. Данные о пациенте(ке), в отношении которого осуществляется диспансерное наблюдение[4], записываются в пункте 29.

11.18. В пункте 30 указываются сведения о проведенных госпитализациях, в пункте 31 - сведения о проведенных оперативных вмешательствах, в пункте 32 - сведения о полученных дозах облучения при рентгенологических исследованиях.

11.19. На страницах, соответствующих пунктам 33 и 34, подклеиваются результаты функциональных и лабораторных исследований.

11.20. Пункт 35 служит для записи эпикриза. Эпикриз оформляется в случае выбытия из района обслуживания медицинской организации или в случае смерти (посмертный эпикриз).

В случае выбытия эпикриз направляется в медицинскую организацию по месту медицинского наблюдения пациента(ки) или выдается на руки пациенту(ке).

В случае смерти пациента(ки) оформляется посмертный эпикриз, в котором отражаются все перенесенные заболевания, травмы, операции, выставляется посмертный заключительный рубрифицированный (разбитый на разделы) диагноз; указывается серия, номер и дата выдачи учетной формы "Медицинское свидетельство о смерти", а также указываются все записанные в нем причины смерти.

---

[1]Статья 2 Федерального закона от 28.03.1998 N 53-ФЗ "О воинской обязанности и военной службе".

[2]Статья 3 Закона Российской Федерации от 19.04.1991 N 1032-1 "О занятости населения в Российской Федерации".

[3]Приказ Минздравсоцразвития России от 05.05.2012 N 502н "Об утверждении порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации".

[4]Приказ Минздрава России от 21.12.2012 N 1344н "Об утверждении Порядка проведения диспансерного наблюдения".

ВНИМАНИЮ МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИКОВ И СПЕЦИАЛИСТОВ В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

В декабре прошлого года вышел в свет статистический электронный сборник "Здравоохранение в России - 2015", подготовленный Федеральной службой государственной статистики. В нем представлены основные показатели, характеризующие развитие здравоохранения в нашей стране. Сборник представлен в свободном доступе на официальном сайте Росстата (http://www.gks.ru) и предназначен, в первую очередь, для руководителей здравоохранения, медицинских статистиков, научных работников и профессорско-преподавательского состава медицинских вузов, а также всех, интересующихся вопросами общественного здоровья и управления здравоохранением.

Статистический сборник содержит статистическую информацию о состоянии здравоохранения и здоровья населения в Российской Федерации в 2014 году в сравнении с рядом предшествующих лет. При его подготовке использованы данные, полученные органами государственной статистики путем проведения федерального статистического наблюдения, выборочных обследований и других форм статистического наблюдения, данные министерств и ведомств Российской Федерации.

Сборник предназначен для высшего управленческого персонала органов управления здравоохранением и медицинских организаций, медицинских статистиков, научных работников, профессорско-преподавательского состава, аспирантов и студентов медицинских вузов, других заинтересованных пользователей. В нем содержатся сведения о медико-демографических аспектах здоровья населения и его отдельных социально-демографических групп, организации лечебно-профилактической помощи и санаторно-курортного лечения населения, а также о состоянии рынка труда в здравоохранении, производстве товаров медицинского назначения, потребительском рынке товаров и услуг здравоохранения. Приведена информация о состоянии окружающей среды и санитарно-эпидемиологическом контроле. Методологические пояснения помещены в начале каждого раздела.

Руководителям органов управления и учреждений здравоохранения и медицинским статистикам часто приходиться проводить сравнительный статистический анализ деятельности подведомственных учреждений и состояния здоровья населения на прикрепленной территории, и здесь такие структурированные статистические данные просто незаменимы.

Содержание статистического сборника "Здравоохранение в России - 2015" представлено в таблице 1, позволяющей быстро найти необходимые для управления здравоохранением и научных исследований статистические данные (в первом столбике содержатся номера таблиц справочника, во втором - их содержание).

Статистическая информация о состоянии здравоохранения по Российской Федерации в целом и по субъектам Российской Федерации представлена в основном за 2005, 2010-2014 годы. Информация за другие годы была размещена в сборниках, изданных в 2001, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013 годах, которые также представлены в свободном доступе на официальном сайте Росстата (http://www.gks.ru).

Статистическая информация в разрезе субъектов Российской Федерации выделена в отдельное электронное приложение.

Сборник издается начиная с 2001 года с периодичностью один раз в два года. С 2015 г. статистический сборник "Здравоохранение в России" публикуется только в электронном виде в подразделе "Публикации" раздела "Официальная статистика" на официальном Интернет-портале Росстата (http://www.gks.ru).

Таблица 1

Содержание статистического сборника «Здравоохранение в России - 2015»

N таблиц	Содержание статистических таблиц
	1. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ
1.1.	Показатели демографической ситуации
1.2.	Родившиеся, умершие и естественный прирост населения
1.3.	Ожидаемая продолжительность жизни для лиц, достигших определенного возраста
1.4.	Возрастные коэффициенты рождаемости
1.5.	Возрастные коэффициенты смертности
1.6.	Умершие по основным классам причин смерти
1.7.	Коэффициенты смертности населения в трудоспособном возрасте по полу и основным классам причин смерти
1.8.	Умершие в трудоспособном возрасте по полу и основным классам причин смерти в 2014 г. (диаграмма)
1.9.	Смертность детей в возрасте 0 - 14 лет
1.10.	Младенческая смертность
1.11.	Младенческая смертность по основным классам причин смерти
1.12.	Материнская смертность по причинам смерти
1.13.	Перинатальная смертность
	2. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ
	Заболеваемость населения
2.1.	Заболеваемость населения по основным классам, группам и отдельным болезням
2.2.	Причины временной нетрудоспособности в 2012-2014 гг.
2.3.	Структура общей заболеваемости населения (диаграмма)
2.4.	Заболеваемость населения отдельными инфекционными и паразитарными болезнями Структура общей заболеваемости населения (диаграмма)
2.5.	Заболеваемость населения активным туберкулезом
2.6.	Заболеваемость населения активным туберкулезом по полу и возрастным группам
2.7.	Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями
2.8.	Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями по полу и возрастным группам
2.9.	Заболеваемость населения злокачественными новообразованиями по полу и отдельным локализациям
2.10.	Заболеваемость населения болезнями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми, кожными болезнями и чесоткой
2.11.	Заболеваемость населения сифилисом и гонококковой инфекцией (график)
2.12.	Заболеваемость населения болезнями, передаваемыми преимущественно половым путем, по полу и возрастным группам
2.13.	Распространенность вируса иммунодефицита человека
2.14.	Заболеваемость населения психическими расстройствами и расстройствами поведения
2.15.	Контингенты пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения
2.16.	Заболеваемость населения психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ

2.17.	Контингенты пациентов с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ
2.18.	Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами (диаграмма)
2.19.	Заболеваемость населения наркоманией (график)
2.20.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин
2.21.	Пищевые отравления
2.22.	Структура травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в 2014 г. (диаграмма)
	Состояние здоровья городского и сельского населения
2.23.	Заболеваемость городских и сельских жителей активным туберкулезом
2.24.	Заболеваемость городских и сельских жителей злокачественными новообразованиями
2.25.	Заболеваемость городских и сельских жителей болезнями, передаваемыми преимущественно половым путем
2.26.	Контингенты пациентов с синдромами зависимости от психоактивных веществ среди городских и сельских жителей в 2014 г.
2.27.	Заболеваемость городских и сельских жителей отдельными инфекционными болезнями
	Материалы Комплексного наблюдения условий жизни населения в 2014 г.
2.28.	Оценка состояния своего здоровья лицами в возрасте 15 лет и более по возрастным группам в 2014 г.
2.29.	Оценка состояния своего здоровья лицами в возрасте 15 лет и более по типу населенных пунктов в 2014 г.
	Состояние здоровья женщин
2.30.	Заболеваемость женщин отдельными болезнями
2.31.	Состояние здоровья беременных, рожениц и родильниц
2.32.	Прерывание беременности (аборты)
2.33.	Число прерываний беременности (абортов) и численность родившихся живыми (диаграмма)
2.34.	Прерывание беременности (аборты) по возрастным группам
2.35.	Использование средств контрацепции
2.36.	Оперативное вмешательство при родах
	Состояние здоровья детей в возрасте 0-14 лет
2.37.	Состояние здоровья новорожденных
2.38.	Грудное вскармливание детей первого года жизни
2.39.	Сведения о новорожденных по массе тела при рождении
2.40.	Заболеваемость детей первого года жизни по основным классами группам болезней
2.41.	Результаты профилактических осмотров детей в возрасте 0-14 лет
2.42.	Охват детей в декретированном возрасте профилактическими прививками
2.43.	Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по основным классам и группам болезней
2.44.	Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет отдельными инфекционными болезнями
2.45.	Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет активным туберкулезом
2.46.	Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет злокачественными новообразованиями
2.47.	Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет болезнями, передаваемыми преимущественно половым путем

2.48.	Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения
2.49.	Контингенты детей в возрасте 0-14 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения
2.50.	Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ
2.51.	Контингенты детей в возрасте 0-14 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ
2.52.	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин у детей в возрасте 0-14 лет
	Материалы Комплексного наблюдения условий жизни населения в 2014 г.
2.53.	Оценка родителями состояния здоровья детей в возрасте 0-14 лет по типу населенных пунктов в 2014 г.
2.54.	Оценка родителями состояния здоровья детей в возрасте 0-14 лет по возрастным группам в 2014 г.
	Состояние здоровья детей в возрасте 15-17 лет
2.55.	Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет по основным классам, группам и отдельным болезням
2.56.	Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет активным туберкулезом
2.57.	Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет болезнями, передаваемыми преимущественно половым путем
2.58.	Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения
2.59.	Контингенты детей в возрасте 15-17 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения
2.60.	Заболеваемость детей в возрасте 15-17 лет психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ
2.61.	Контингенты детей в возрасте 15-17 лет с психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ
	Инвалидность населения
2.62.	Основные показатели работы бюро медико-социальной экспертизы
2.63.	Численность лиц в возрасте 18 лет и более, впервые признанных инвалидами
2.64.	Распределение численности лиц в возрасте 18 лет и более, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности
2.65.	Распределение численности детей-инвалидов в возрасте 0-17 лет по заболеваниям, обусловившим возникновение инвалидности
2.66.	Численность инвалидов, состоящих на учете в системе Пенсионного фонда Российской Федерации
2.67.	Численность инвалидов (диаграмма)
2.68.	Обеспечение инвалидов техническими средствами в 2014 г.
2.69.	Медицинское обслуживание населения, подвергшегося воздействию радиации в связи с аварией на Чернобыльской АЭС и подлежащего включению в российский государственный медико-дозиметрический регистр
2.70.	Заболеваемость участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС и их детей по основным классам болезней
2.71.	Стационарные учреждения социального обслуживания для граждан пожилого возраста и инвалидов (взрослых и детей)
2.72.	Медицинское обслуживание участников и инвалидов Великой Отечественной войны и воинов-интернационалистов

	3. РЕСУРСЫ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
	Сеть и материально-техническая база лечебно-профилактических учреждений
3.1.	Больничные организации
3.2.	Число больничных коек по специализации
3.3.	Диспансеры
3.4.	Дома ребенка
3.5.	Скорая медицинская помощь
3.6.	Госпитали и отделения для ветеранов войн
3.7.	Амбулаторно-поликлинические организации
3.8.	Амбулаторно-поликлинические организации по формам собственности
3.9.	Стоматологические поликлиники (отделения, кабинеты)
3.10.	Техническое состояние и благоустройство зданий лечебно-профилактических организаций здравоохранения
	Оказание лечебно-профилактической помощи населению
3.11.	Профилактические осмотры населения, подлежащего периодическим осмотрам
3.12.	Использование коечного фонда в больничных организациях
3.13.	Исходы лечения пациентов в стационаре
3.14.	Хирургическая помощь в лечебно-профилактических организациях
3.15.	Состав пациентов в стационаре
3.16.	Экстренная хирургическая помощь в стационаре
3.17.	Стоматологическая помощь населению
3.18.	Амбулаторно-поликлиническая помощь населению
	Материалы Комплексного наблюдения условий жизни населения в 2014 г.
3.19.	Причины неполучения лицами в возрасте 15 лет и более амбулаторно-поликлинической помощи в 2014 г.
3.20.	Получение детьми в возрасте 3-14 лет амбулаторно-поликлинической помощи
3.21.	Причины необращения лицами в возрасте 15 лет и более за медицинской помощью при наличии потребности в медицинской помощи в 2014 г.
3.22.	Потребности детей в возрасте 3-14 лет в медицинской помощи
	Санаторно-курортное лечение
3.23.	Санаторно-курортные организации
3.24.	Численность лечившихся и отдыхавших в санаторно-курортных организациях
3.25.	Распределение численности лечившихся и отдыхавших в санаторно-курортных организациях по типам организаций
	4. ЗАНЯТОСТЬ И ОПЛАТА ТРУДА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ, ПОДГОТОВКА КАДРОВ
	Занятость и оплата труда
4.1.	Среднегодовая численность занятых в здравоохранении
4.2.	Среднесписочная численность работников организаций, занятых в здравоохранении, производстве фармацевтической продукции и медицинских изделий
4.3.	Среднесписочная численность работников здравоохранения в организациях по формам собственности
4.4.	Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций, занятых в здравоохранении, производстве фармацевтической продукции и медицинских изделий

4.5.	Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников организаций, занятых в здравоохранении, по формам собственности
4.6.	Распределение численности занятых в здравоохранении по возрастным группам
4.7.	Распределение численности занятых в здравоохранении по уровню образования
4.8.	Распределение численности занятых в здравоохранении по фактическому количеству рабочих часов в неделю на основной работе
4.9.	Распределение численности врачей по отдельным специальностям
4.10.	Распределение численности врачей по квалификационным категориям
4.11.	Распределение численности среднего медицинского персонала по отдельным специальностям
	Подготовка кадров
4.12.	Подготовка специалистов со средним профессиональным образованием для сферы «Здравоохранение»
4.13.	Подготовка бакалавров, специалистов, магистров для сферы «Здравоохранение»
4.14.	Направление на работу выпускников государственных и муниципальных профессиональных образовательных организаций, осуществляющих подготовку специалистов среднего звена, обучавшихся на бюджетной основе по очной форме обучения по специальностям, входящим в группу «здравоохранение»
4.15.	Направление на работу выпускников государственных и муниципальных образовательных организаций высшего образования, обучавшихся на бюджетной основе по очной форме обучения по специальностям, входящим в группу «здравоохранение»
4.16.	Некоторые показатели развития системы здравоохранения по странам мира
	5. ОТДЫХ, ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА И СПОРТ
	Организации отдыха
5.1.	Организации отдыха и туристские базы
5.2.	Организации отдыха и туристские базы по формам собственности в 2014 г.
5.3.	Численность лиц, размещенных в организациях отдыха и на туристских базах
5.4.	Организации отдыха детей в 2010-2015 гг.
	Физическая культура и спорт
5.5.	Спортивные сооружения .....
5.6.	Численность занимавшихся в физкультурно-оздоровительных клубах, секциях и группах
5.7.	Число спортивных сооружений, приспособленных к занятиям инвалидов
	6. УСЛОВИЯ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ
	Природные ресурсы Российской Федерации
6.1.	Лесные ресурсы
6.2.	Водные ресурсы
	Экологические условия
6.3.	Воздействие хозяйственной деятельности на окружающую среду и природные ресурсы
6.4.	Охрана и защита лесов
6.5.	Выбросы наиболее распространенных загрязняющих атмосферу веществ, отходящих от стационарных источников
6.6.	Выбросы наиболее распространенных загрязняющих атмосферу веществ, отходящих от стационарных источников (диаграмма)
6.7.	Сброс основных загрязняющих веществ со сточными водами в водоемы Российской Федерации
6.8.	Образование, использование и обезвреживание отходов производства и потребления по классам опасности для окружающей среды в 2014 г.

6.9.	Ввод в действие мощностей по охране водных ресурсов и атмосферного воздуха от загрязнения
6.10.	Санитарное состояние питьевого водоснабжения
6.11.	Санитарное состояние водных объектов в местах водопользования населения
6.12.	Сведения об обеспеченности населения Российской Федерации питьевой водой, отвечающей требованиям безопасности, в 2014 г.
6.13.	Санитарное состояние атмосферного воздуха
6.14.	Санитарное состояние почвы
6.15.	Факторы, оказывающие воздействие на среду обитания человека в 2014 г.
6.16.	Санитарное состояние продовольственного сырья и пищевых продуктов
6.17.	Санитарное состояние импортируемого продовольственного сырья и пищевых продуктов
	Социально-бытовые условия и уровень жизни населения
6.18.	Потребление основных продуктов питания
6.19.	Пищевая и энергетическая ценность продуктов питания, потребленных в домашних хозяйствах
6.20.	Структура энергетической ценности основных продуктов питания, потребленных в домашних хозяйствах
6.21.	Потребление, пищевая и энергетическая ценность продуктов питания по 10-процентным группам населения в 2014 г.
6.22.	Потребление, пищевая и энергетическая ценность продуктов питания в домашних хозяйствах с детьми в 2014 г.
6.23.	Денежные расходы домашних хозяйств на платные услуги в области здравоохранения и отдыха
	Условия труда, производственный травматизм
6.24.	Удельный вес численности работников, занятых на работах во вредных и (или) опасных условиях труда, по видам экономической деятельности на конец 2014 г.
6.25.	Удельный вес численности мужчин и женщин, занятых во вредных и (или) опасных условиях труда, по видам воздействующих производственных факторов на конец 2014 г.
6.26.	Производственный травматизм
6.27.	Профессиональные заболевания (отравления)
6.28.	Численность пострадавших на производстве по причинам несчастных случаев и основным видам происшествий в 2013 г.
6.29.	Численность пострадавших в происшествиях с подвижным составом
	7. ОСНОВНЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
7.1.	Основные социально-экономические показатели здравоохранения
7.2.	Счет производства по виду экономической деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» по секторам
7.3.	Структура выпуска по виду экономической деятельности «Здравоохранение и предоставление социальных услуг» (диаграмма)
	Финансы
7.4.	Расходы бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение
7.5.	Государственные расходы на здравоохранение по странам мира
7.6.	Поступление и расходование средств Фонда социального страхования Российской Федерации
7.7.	Поступление и расходование средств Федерального фонда обязательного медицинского страхования
7.8.	Поступление и расходование средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования

7.9.	Отдельные показатели работы страховых медицинских организаций в части обязательного медицинского страхования (ОМС)
	Основные фонды и инвестиции
7.10.	Инвестиции в основной капитал, направленные на развитие здравоохранения
7.11.	Структура инвестиций в основной капитал, направленных на развитие здравоохранения, по источникам финансирования
7.12.	Наличие, движение и состояние основных фондов в здравоохранении
7.13.	Состав основных фондов некоммерческих организаций в здравоохранении
7.14.	Ввод в действие объектов здравоохранения организациями всех форм собственности
7.15.	Ввод в действие объектов здравоохранения за счет реконструкции
7.16.	Ввод в действие санаториев и домов отдыха
	Потребительский рынок товаров и услуг
7.17.	Производство лекарственных средств по важнейшим фармакотерапевтическим группам
7.18.	Производство отдельных видов медицинской техники и техники для инвалидов
7.19.	Внешняя торговля лекарственными средствами и медицинской техникой
7.20.	Розничная продажа фармацевтических, медицинских и ортопедических товаров
7.21.	Аптеки и аптечные киоски
7.22.	Объем и структура платных услуг населению в области здравоохранения и отдыха
7.23.	Индексы физического объема платных услуг населению в области здравоохранения и отдыха
7.24.	Объем платных услуг в области здравоохранения и отдыха на душу населения
7.25.	Средние потребительские цены на отдельные виды медикаментов и медицинских товаров
7.26.	Средние потребительские цены на отдельные виды услуг
7.27.	Денежные расходы домашних хозяйств различных социально-экономических категорий на платные услуги в области здравоохранения и отдыха в 2014 г.
7.28.	Производство товаров спортивного и туристского назначения в 2014 г.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Медицинские статистики знают, что между сдачей годовых отчетов и официальной публикацией сводных статистических данных в сфере здравоохранения проходит около года. Уточненные статистические данные по состоянию здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения Российской Федерации за 2014 год были размещены на официальном сайте Росстата (http://www.gks.ru) в декабре прошлого года.

Предлагаем Вашему вниманию основные демографические показатели и статистические данные по состоянию здоровья населения и деятельности организаций здравоохранения в Российской Федерации в динамике.

ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ:

Рождаемость, смертность и естественный прирост населения (табл. 1);

Младенческая смертность (табл. 2);

Материнская смертность (табл. 3);

Умершие по основным классам причин смерти (табл. 4);

Коэффициенты смертности по основным классам причин смерти (табл. 5);

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (табл. 6);

Суммарный коэффициент рождаемости (табл. 7).

КОЛИЧЕСТВО И КАДРЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ:

Количество медицинских организаций (табл. 8);

Число больничных коек по специализации (табл. 9);

Численность медицинских кадров (табл. 10);

Численность врачей по отдельным специальностям (табл. 11);

Численность среднего медицинского персонала по отдельным специальностям (табл. 12).

ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

Обслуживание населения скорой медицинской помощью (табл. 13).

ПОКАЗАТЕЛИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ:

Заболеваемость населения по основным классам болезней в 2000-2014 гг. (табл. 14);

Заболеваемость населения социально-значимыми болезнями (табл. 15);

Заболеваемость населения алкоголизмом и алкогольными психозами (табл. 16);

Заболеваемость населения наркоманией (табл. 17).

ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ДЕТСТВА И РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

Медицинская помощь женщинам и детям (табл. 18);

Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц и новорожденных (табл. 19);

Грудное вскармливание детей первого года жизни (табл. 20);

Результаты профилактических осмотров детей в возрасте 0-14 лет (табл. 21);

Заболеваемость детей в возрасте 0-14 лет по основным классам болезней в 2000-2014 гг. (табл. 22);

Сведения о прерывании беременности по российской федерации за 2014 год (табл. 23).

ПОКАЗАТЕЛИ ИНВАЛИДНОСТИ

Численность лиц, впервые признанных инвалидами (табл. 24);

Распределение численности лиц в возрасте 18 лет и старше, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности (табл. 25);

Распределение впервые признанных инвалидами детей в возрасте до 18 лет по формам болезней (табл. 26).

Таблица 1

РОЖДАЕМОСТЬ, СМЕРТНОСТЬ И ЕСТЕСТВЕННЫЙ ПРИРОСТ НАСЕЛЕНИЯ

Годы	Всего, человек			На 1000 человек населения[1)]		
	родившихся	умерших	естественный прирост [2)]	родившихся	умерших	естественный прирост [2)]
	Все население					
1950	2745997	1031010	1714987	26,9	10,1	16,8
1960	2782353	886090	1896263	23,2	7,4	15,8
1970	1903713	1131183	772530	14,6	8,7	5,9
1980	2202779	1525755	677024	15,9	11,0	4,9
1990	1988858	1655993	332865	13,4	11,2	2,2
1995	1363806	2203811	-840005	9,3	15,0	-5,7
2000	1266800	2225332	-958532	8,7	15,3	-6,6
2001	1311604	2254856	-943252	9,0	15,6	-6,6
2002	1396967	2332272	-935305	9,7	16,2	-6,5
2003	1477301	2365826	-888525	10,2	16,4	-6,2
2004	1502477	2295402	-792925	10,4	15,9	-5,5
2005	1457376	2303935	-846559	10,2	16,1	-5,9
2006	1479637	2166703	-687066	10,3	15,1	-4,8
2007	1610122	2080445	-470323	11,3	14,6	-3,3
2008	1713947	2075954	-362007	12,0	14,5	-2,5
2009	1761687	2010543	-248856	12,3	14,1	-1,8
2010	1788948	2028516	-239568	12,5	14,2	-1,7
2011	1796629	1925720	-129091	12,6	13,5	-0,9
2012	1902084	1906335	-4251	13,3	13,3	0,0
2013	1895822	1871809	24013	13,2	13,0	0,2
2014[3)]	1942683	1912347	30336	13,3	13,1	0,2
	Городское население					
1950	1171250	436792	734458	26,1	9,7	16,4
1960	1332812	436709	896103	20,4	6,7	13,7
1970	1205207	646129	559078	14,8	7,9	6,9
1980	1535723	970256	565467	15,8	10,0	5,8
1990	1386247	1140613	245634	12,7	10,5	2,2
1995	933460	1554182	-620722	8,7	14,4	-5,7
2000	886908	1564034	-677126	8,3	14,6	-6,3
2001	928642	1592254	-663612	8,7	14,9	-6,2
2002	998056	1638822	-640766	9,4	15,4	-6,0
2003	1050565	1657569	-607004	*9,9*	*15,6*	*-5,7*
2004	1074247	1606894	-532647	*10,1*	*15,2*	*-5,1*
2005	1036870	1595762	-558892	*9,8*	*15,1*	*-5,3*
2006	1044540	1501245	-456705	10,0	*14,3*	*-4,3*
2007	1120741	1445411	-324670	10,7	*13,8*	*-3,1*
2008	1194820	1443529	-248709	11,4	*13,8*	*-2,4*
2009	1237615	1397591	-159976	11,8	*13,3*	*-1,5*
2010	1263893	1421734	-157841	12,0	*13,5*	*-1,5*

2011	1270047	1356696	-86649	12,0	12,8	-0,8
2012	1355674	1353635	2039	12,8	12,8	0,0
2013	1357310	538512	24805	12,8	12,5	0,3
2014[3)]	1394860	1362810	32050	12,9	12,6	0,3
	Сельское население					
1950	1574747	594218	980529	27,5	10,4	17,1
1960	1449541	449381	1000160	26,5	8,2	18,3
1970	698506	485054	213452	14,3	10,0	4,3
1980	667056	555499	111557	16,1	13,4	2,7
1990	602611	515380	87231	15,5	13,2	2,3
1995	430346	649629	-219283	10,9	16,5	-5,6
2000	379892	661298	-281406	9,8	17,1	-7,3
2001	382962	662602	-279640	10,0	17,3	-7,3
2002	398911	693450	-294539	10,5	18,2	-7,7
2003	426736	708257	-281521	11,1	18,4	-7,3
2004	428230	688508	-260278	11,2	18,1	-6,9
2005	420506	708173	-287667	11,0	18,6	-7,6
2006	435097	665458	-230361	11,4	17,4	-6,0
2007	489381	635034	-145653	12,9	16,7	-3,8
2008	519127	632425	-113298	13,7	16,7	-3,0
2009	524072	612952	-88880	13,9	16,3	-2,4
2010	525055	606782	-81727	14,0	16,1	-2,1
2011	526582	569024	-42442	14,1	15,2	-1,1
2012	546410	552700	-6290	14,7	14,8	-0,1
2013	538512	539304	-792	14,5	14,5	0,0
2014[3)]	547823	549537	-1714	14,4	14,5	-0,1

[1)] За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения, пересчитанной с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.
[2)] Знак (-) означает естественную убыль населения.
[3)] С учетом Крымского федерального округа.

Таблица 2

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ

Годы	Все население		Городское население		Сельское население	
	всего, человек	на 1000 родившихся живыми	всего, человек	на 1000 родившихся живыми	всего, человек	на 1000 родившихся живыми
1950	249051	88,4	119864	100,9	129187	79,3
1960	102040	36,6	46241	34,9	55799	38,1
1970	43511	23	26349	22,1	17162	24,5
1980	48500	22,1	32422	21,2	16078	24
1990	35088	17,4	23902	17	11186	18,3
1995	24840	18,1	16258	17,4	8582	19,8
2000	19286	15,3	12934	14,7	6352	16,8
2001	19104	14,6	12899	14	6205	16,2
2002	18407	13,3	12511	12,7	5896	14,9

2003	18142	12,4	12235	11,7	5907	13,9
2004	17339	11,6	11596	10,8	5743	13,4
2005	16073	11	10716	10,3	5357	12,7
2006	15079	10,2	9839	9,4	5240	12,1
2007	14858	9,4	9497	8,6	5361	11,2
2008	14436	8,5	9273	7,8	5163	10,1
2009	14271	8,1	9189	7,5	5082	9,7
2010	13405	7,5	8641	6,9	4764	9,1
2011	13168	7,4	8398	6,6	4770	9,1
2012	16306	8,6	10843	8,1	5463	10,1
2013	15477	8,2	10418	7,7	5059	9,4
2014[1)]	14322	7,4	9641	6,9	4681	8,5

[1)] Данные с Крымским федеральным округом.

Таблица 3

МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ[1)]

Годы	Все население		Городское население		Сельское население	
	всего, человек	на 100 000 родившихся живыми	всего, человек	на 100 000 родившихся живыми	всего, человек	на 100 000 родившихся живыми
1970	2011	105,6	1141	94,7	870	124,6
1980	1498	68,0	955	62,2	543	81,4
1990	943	47,4	613	44,2	330	54,8
1995	727	53,3	461	49,4	266	61,8
2000	503	39,7	307	34,6	196	51,6
2001	479	36,5	300	32,3	179	46,7
2002	469	33,6	299	30,0	170	42,6
2003	463	31,9	281	27,0	182	44,5
2004	352	23,4	242	22,5	110	25,7
2005	370	25,4	238	23,0	132	31,4
2006	350	23,7	203	19,4	147	33,8
2007	354	22,0	200	17,8	154	31,5
2008	354	20,7	246	20,6	108	20,8
2009	388	22,0	231	18,7	157	30,0
2010	295	16,5	192	15,2	103	19,6
2011	291	16,2	192	15,1	99	18,8
2012	219	11,5	144	10,6	75	13,7
2013	215	11,3	131	9,7	84	15,6
2014[2)]	210	10,8	133	9,5	77	14,1

[1)] С 2006 г. рассчитывается без учета поздней материнской смертности.
[2)] С Крымским федеральным округом.

Таблица 4

УМЕРШИЕ ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ ПРИЧИН СМЕРТИ[1)]

Годы	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни		Новообразования		Болезни системы кровообращения		Болезни органов дыхания		Болезни органов пищеварения		Внешние причины	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Все население												
1965	26974	14208	85759	96194	157133	262619	46526	38578	14043	12359	92338	26832
1970	21973	9605	93819	98280	204861	332665	61160	55183	16181	13999	128766	34691
1975	20172	8654	103700	105358	252120	407948	66760	57612	18909	14987	149027	42004
1980	20380	8175	116962	109921	309834	494364	72739	55035	23889	17801	178287	50695
1985	17834	6922	134747	117258	338393	571779	66323	47780	23943	19554	150272	47307
1990	13513	4429	158968	128714	353002	562494	52333	35637	22236	20268	152625	45684
1995	24431	6068	167301	131409	503716	659795	74270	34510	40156	27669	272657	75850
2000	29886	6328	164086	133857	545162	686211	72230	29911	37907	26769	250009	68707
2001	28910	6362	161408	132655	561347	691756	68561	26361	40671	28740	259109	72525
2002	29972	6959	160913	132040	592976	715095	72564	28439	44046	31468	264055	75241
2003	29958	7194	158437	132043	608892	721646	73017	28107	47490	34028	260323	74850
2004	29526	7504	157406	132621	595046	692680	67777	25177	49378	35924	254109	73014
2005	30792	8204	155840	132075	601379	698073	69131	25605	54342	39466	246257	69658
2006	28041	7697	153927	132305	558230	673952	59190	23571	51400	38039	219216	63569
2007	26579	7837	155002	133561	534195	650977	55594	22353	50051	37629	201334	58078
2008	26749	7791	154845	134412	535814	650179	56863	22630	51709	38692	189552	54911
2009	26035	8068	156874	136728	513532	623129	55463	23999	50676	38280	173089	51487
2010	25239	8370	156301	136870	518284	633633	52944	21864	52500	39495	167060	49807
2011	25089	8583	156144	136301	486018	590440	52144	22075	50387	38523	153544	45814
2012	23583	8501	154613	136267	473584	582008	49199	21594	49823	39044	149104	44670
2013	23000	8807	155002	136773	449983	551816	50368	23700	49063	39368	143444	41909
2014	22861	9242	154297	136103	430899	509590	52783	25529	53743	42946	144430	42349
Городское население												
1965	13049	6643	52534	59414	85611	140926	19742	14841	7230	6573	52683	15178
1970	11699	5202	61431	65730	115268	182154	29444	24561	9606	8375	75799	20695
1975	11478	5188	71510	75009	150057	235345	34706	27687	11983	9744	89513	25874
1980	12741	5373	83697	82410	196208	302808	39867	26873	16125	12151	112252	32280
1985	11487	4320	97954	89067	225308	363296	37078	23899	16928	14057	94982	30691
1990	9018	2879	116482	99550	247114	376855	30510	19737	16014	14848	102538	32080
1995	17878	4354	121409	101065	360837	452411	48000	19990	30405	20912	198106	56284
2000	21813	4695	119733	104368	383773	472931	46677	18105	28668	20588	178086	50117
2001	21239	4758	118226	103654	395697	479161	45224	16030	31075	22253	184488	52503
2002	21839	5221	118195	103231	414776	493029	47858	17703	33517	24339	186600	54112
2003	21722	5367	116624	103576	425418	496876	47977	17545	36194	26538	181961	53376
2004	21196	5642	115727	103987	414065	477283	44189	15728	37475	27624	176420	51644
2005	21944	6048	114171	103359	412600	476102	44759	16235	40554	29937	168186	48603

2006	20063	5772	112841	103365	383997	460725	37840	14584	38195	28842	148330	44151
2007	19016	5815	113489	104729	367935	447842	35371	14157	37210	28622	135317	40092
2008	19294	5858	113692	105817	369286	448385	36369	14328	38462	29277	126074	37773
2009	18779	6002	114879	107619	354819	432200	35325	15372	37696	28750	113935	35183
2010	18443	6373	115057	108012	362070	447031	33931	14132	39005	29628	109770	33636
2011	18891	6559	115455	107749	340007	417405	33846	14383	37840	28987	102476	31666
2012	17763	6565	114823	108192	335056	417100	32001	14475	37460	29626	99690	30899
2013	17422	6850	114774	108645	320601	401001	32592	15886	36490	29673	96213	29132
2014	17573	7241	114694	108392	309500	374145	33329	16638	39429	31773	97616	29697
Сельское население												
1965	13925	7565	33225	36780	71522	121693	26784	23737	6813	5786	39655	11654
1970	10274	4403	32388	32550	89593	150511	31716	30622	6575	5624	52967	13996
1975	8694	3466	32190	30349	102063	172603	32054	29925	6926	5243	59514	16130
1980	7639	2802	33265	27511	113626	191556	32872	28162	7764	5650	66035	18415
1985	6347	2602	36793	28191	113085	208483	29245	23881	7015	5497	55290	16616
1990	4495	1550	42486	29164	105888	185639	21823	15900	6222	5420	50087	13604
1995	6553	1714	45892	30344	142879	207384	26270	14520	9751	6757	74551	19566
2000	8073	1633	44353	29489	161389	213280	25553	11806	9239	6181	71923	18590
2001	7671	1604	43182	29001	165650	212595	23337	10331	9596	6487	74621	20022
2002	8133	1738	42718	28809	178200	222066	24706	10736	10529	7129	77455	21129
2003	8236	1827	41813	28467	183474	224770	25040	10562	11296	7490	78362	21474
2004	8330	1862	41679	28634	180981	215397	23588	9449	11903	8300	77689	21370
2005	8848	2156	41669	28716	188779	221971	24372	9370	13788	9529	78071	21055
2006	7978	1925	41086	28940	174233	213227	21350	8987	13205	9197	70886	19418
2007	7563	2022	41513	28832	166260	203135	20223	8196	12841	9007	66017	17986
2008	7455	1933	41153	28595	166528	201794	20494	8302	13247	9415	63478	17138
2009	7256	2066	41995	29109	158713	190929	20138	8627	12980	9530	59154	16304
2010	6796	1997	41244	28858	156214	186602	19013	7732	13495	9867	57290	16171
2011	6198	2024	40689	28552	146011	173035	18298	7692	12547	9536	51068	14148
2012	5820	1936	39790	28075	138528	164908	17198	7119	12363	9418	49414	13771
2013	5578	1957	40228	28128	129382	150815	17776	7814	12573	9695	47231	12777
2014	5288	2001	39603	27711	121399	135445	19454	8891	14314	11173	46814	12652

[1)] Без Крымского федерального округа.

Таблица 5

КОЭФФИЦИЕНТЫ СМЕРТНОСТИ ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ ПРИЧИН СМЕРТИ[1)]

Годы	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни		Новообразования		Болезни системы кровообращения		Болезни органов дыхания		Болезни органов пищеварения		Внешние причины	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Все население												
1965	47,0	20,5	149,3	138,8	273,5	378,9	81,0	55,7	24,4	17,8	160,7	38,7
1970	37,1	13,5	158,3	138,5	345,6	468,7	103,2	77,8	27,3	19,7	217,2	48,9
1975	32,9	11,9	169,1	144,8	411,0	560,8	108,8	79,2	30,8	20,6	242,9	57,7

1980	31,9	10,9	183,3	147,2	485,5	662,1	114,0	73,7	37,4	23,8	279,4	67,9
1985	26,9	9,0	203,1	152,9	509,9	745,7	99,9	62,3	36,1	25,5	226,4	61,7
1990	19,5	5,6	229,4	163,6	509,5	714,9	75,5	45,3	32,1	25,8	220,3	58,1
1995	35,4	7,8	242,5	168,1	730,1	844,2	107,6	44,2	58,2	35,4	395,2	97,1
2000	43,9	8,2	241,3	172,6	801,6	885,0	106,2	38,6	55,7	34,5	367,6	88,6
2001	42,7	8,2	238,7	171,6	830,0	894,8	101,4	34,1	60,1	37,2	383,1	93,8
2002	44,6	9,0	239,5	171,4	882,6	928,3	108,0	36,9	65,6	40,8	393,0	97,7
2003	44,9	9,4	237,5	172,1	912,6	940,5	109,4	36,6	71,2	44,3	390,2	97,5
2004	44,1	9,7	235,3	171,8	889,7	897,4	101,3	32,6	73,8	46,5	379,9	94,6
2005	46,3	10,7	234,4	171,5	904,4	906,3	104,0	33,2	81,7	51,2	370,3	90,4
2006	42,4	10,0	232,6	172,1	843,5	876,7	89,4	30,7	77,7	49,5	331,3	82,7
2007	40,3	10,2	234,8	173,9	809,2	847,7	84,2	29,1	75,8	49,0	305,0	75,6
2008	40,5	10,1	234,7	175,1	812,2	846,9	86,2	29,5	78,4	50,4	287,3	71,5
2009	39,5	10,5	237,7	178,0	778,2	811,4	84,0	31,3	76,8	49,8	262,3	67,0
2010	38,2	10,9	236,7	178,2	784,9	824,9	80,2	28,5	79,5	51,4	253,0	64,8
2011	37,9	11,2	236,2	177,4	735,1	768,3	78,9	28,7	76,2	50,1	232,2	59,6
2012	35,6	11,0	233,3	177,1	714,7	756,5	74,2	28,1	75,2	50,7	225,0	58,1
2013	34,6	11,4	233,3	177,5	677,2	716,1	75,8	30,8	73,8	51,1	215,9	54,4
2014[2)]	34,3	12	231,6	176,3	646,7	660,2	79,2	33,1	80,7	55,6	216,8	54,9
Городское население												
1965	38,7	16,5	155,7	147,7	253,8	350,4	58,5	36,9	21,4	16,3	156,2	37,7
1970	31,4	11,8	165,1	149,1	309,8	413,1	79,1	55,7	25,8	19,0	203,7	46,9
1975	27,8	10,7	173,3	154,7	363,6	485,3	84,1	57,1	29,0	20,1	216,9	53,4
1980	28,5	10,3	187,5	158,2	439,6	581,3	89,3	51,6	36,1	23,3	251,5	62,0
1985	24,1	7,8	205,2	161,1	471,9	657,1	77,7	43,2	35,5	25,4	198,9	55,5
1990	17,7	5,0	228,7	171,2	485,2	648,2	59,9	33,9	31,4	25,5	201,3	55,2
1995	35,5	7,6	241,2	175,7	716,9	786,7	95,4	34,8	60,4	36,4	393,6	97,9
2000	44,0	8,2	241,4	182,2	773,9	825,6	94,1	31,6	57,8	35,9	359,1	87,5
2001	43,0	8,3	239,6	181,2	801,9	837,5	91,7	28,0	63,0	38,9	373,9	91,8
2002	44,5	9,1	241,0	180,8	845,6	863,4	97,6	31,0	68,3	42,6	380,4	94,8
2003	44,6	9,4	239,3	181,9	872,8	872,5	98,4	30,8	74,3	46,6	373,3	93,7
2004	43,6	9,9	238,3	182,3	852,5	836,8	91,0	27,6	77,2	48,4	363,2	90,5
2005	45,6	10,6	237,0	181,9	856,5	837,8	92,9	28,6	84,2	52,7	349,1	85,5
2006	41,8	10,2	235,2	182,0	800,5	811,0	78,9	25,7	79,6	50,8	309,2	77,7
2007	39,7	10,2	236,8	184,1	767,8	787,4	73,8	24,9	77,6	50,3	282,4	70,5
2008	40,2	10,3	237,2	185,8	770,3	787,3	75,9	25,2	80,2	51,4	263,0	66,3
2009	39,1	10,5	239,5	188,7	739,7	758,0	73,6	27,0	78,6	50,4	237,5	61,7
2010	38,4	11,1	239,3	189,0	753,0	782,1	70,6	24,7	81,1	51,8	228,3	58,8
2011	39,2	11,4	239,3	187,9	704,8	728,0	70,2	25,1	78,4	50,6	212,4	55,2
2012	36,7	11,4	237,1	188,1	692,0	725,2	66,1	25,2	77,4	51,5	205,9	53,7
2013	35,8	11,9	236,0	188,3	659,3	694,9	67,0	27,5	75,0	51,4	197,9	50,5
2014[2)]	36,0	12,5	234,9	187,1	633,8	646,0	68,3	28,7	80,7	54,9	199,9	51,3

Сельское население												
1965	58,7	26,0	140,1	126,4	301,6	418,4	112,9	81,6	28,7	19,9	167,2	40,1
1970	46,6	16,4	146,7	121,1	405,9	560,0	143,7	113,9	29,8	20,9	240,0	52,1
1975	43,3	14,3	160,4	125,1	508,4	711,5	159,7	123,4	34,5	21,6	296,5	66,5
1980	39,8	12,4	173,5	121,9	592,5	848,5	171,4	124,7	40,5	25,0	344,4	81,6
1985	34,1	12,2	197,7	131,8	607,5	974,7	157,1	111,6	37,7	25,7	297,0	77,7
1990	24,5	7,5	231,4	142,0	576,8	903,8	118,9	77,4	33,9	26,4	272,8	66,2
1995	35,1	8,3	245,9	147,0	765,7	1004,4	140,8	70,3	52,3	32,7	399,5	94,8
2000	43,8	8,1	240,8	145,7	876,3	1053,5	138,7	58,3	50,2	30,5	390,5	91,8
2001	41,9	8,0	236,1	144,3	905,7	1057,6	127,6	51,4	52,5	32,3	408,0	99,6
2002	44,9	8,7	235,6	144,5	983,0	1114,0	136,3	53,9	58,1	35,8	427,3	106,0
2003	45,8	9,2	232,6	143,9	1020,5	1136,4	139,3	53,4	62,8	37,9	435,9	108,6
2004	45,5	9,2	227,6	142,1	988,4	1069,2	128,8	46,9	65,0	41,2	424,3	106,1
2005	48,3	10,7	227,3	142,2	1029,9	1099,5	133,0	46,4	75,2	47,2	425,9	104,3
2006	43,8	9,6	225,6	144,2	956,8	1062,7	117,2	44,8	72,5	45,8	389,3	96,8
2007	41,8	10,2	229,5	144,8	919,0	1019,9	111,8	41,2	71,0	45,2	364,9	90,3
2008	41,3	9,8	228,3	144,3	923,6	1018,0	113,7	41,9	73,5	47,5	352,1	86,5
2009	40,3	10,4	233,1	147,2	880,8	965,4	111,8	43,6	72,0	48,2	328,3	82,4
2010	37,9	10,2	229,7	146,8	870,2	949,3	105,9	39,3	75,2	50,2	319,1	82,3
2011	34,7	10,4	227,7	146,4	817,1	886,9	102,4	39,4	70,2	48,9	285,8	72,5
2012	32,6	10,0	223,0	144,5	776,2	848,9	96,4	36,6	69,3	48,5	276,9	70,9
2013	31,3	10,1	225,7	145,4	725,9	779,5	99,7	40,4	70,5	50,1	265,0	66,0
2014[2)]	29,7	10,4	222,5	143,8	682,0	702,9	109,3	46,1	80,4	58,0	263,0	65,7

[1)] За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения, пересчитанной с учетом Всероссийской переписи населения 2010 года.
[2)] Без Крымского федерального округа.

Таблица 6

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ[1)]

(число лет)

Годы	Все население			Городское население			Сельское население		
	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины	всего	мужчины	женщины
1896-1897 (по 50 губерниям Европейской России)	30,54	29,43	31,69	29,77	27,62	32,24	30,63	29,66	31,66
1926-1927 (по Европейской части РСФСР)	42,93	40,23	45,61	43,92	40,37	47,50	42,86	40,39	45,30
1961-1962	68,75	63,78	72,38	68,69	63,86	72,48	68,62	63,40	72,33
1970-1971	68,93	63,21	73,55	68,51	63,76	73,47	68,13	61,78	73,39
1980-1981	67,61	61,53	73,09	68,09	62,39	73,18	66,02	59,30	72,47
1990	69,19	63,73	74,30	69,55	64,31	74,34	67,97	62,03	73,95
1995	64,52	58,12	71,59	64,70	58,30	71,64	63,99	57,64	71,40
2000	65,34	59,03	72,26	65,69	59,35	72,46	64,34	58,14	71,66
2001	65,23	58,92	72,17	65,57	59,23	72,37	64,25	58,07	71,57

2002	64,95	58,68	71,90	65,40	59,09	72,18	63,68	57,54	71,09
2003	64,84	58,53	71,85	65,36	59,01	72,20	63,34	57,20	70,81
2004	65,31	58,91	72,36	65,87	59,42	72,73	63,77	57,56	71,27
2005	65,37	58,92	72,47	66,10	59,58	72,99	63,45	57,22	71,06
2006	66,69	60,43	73,34	67,43	61,12	73,88	64,74	58,69	71,86
2007	67,61	61,46	74,02	68,37	62,20	74,54	65,59	59,57	72,56
2008	67,99	61,92	74,28	68,77	62,67	74,83	65,93	60,00	72,77
2009	68,78	62,87	74,79	69,57	63,65	75,34	66,67	60,86	73,27
2010	68,94	63,09	74,88	69,69	63,82	75,39	66,92	61,19	73,42
2011	69,83	64,04	75,61	70,51	64,67	76,10	67,99	62,40	74,21
2012	70,24	64,56	75,86	70,83	65,10	76,27	68,61	63,12	74,66
2013	70,76	65,13	76,30	71,33	65,64	76,70	69,18	63,75	75,13
2014[2)]	70,93	65,29	76,47	71,44	65,75	76,83	69,49	64,07	75,43

[1)] За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения, пересчитанной с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.
[2)] За 2014 г. данные с учетом Крымского федерального округа.

Таблица 7

СУММАРНЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ[1)]

(число детей в расчете на 1 женщину)

Годы	Все население	Городское население	Сельское население
1960-1961	2,540	2,040	3,320
1970-1971	2,007	1,773	2,588
1980-1981	1,895	1,700	2,562
1990	1,892	1,698	2,600
1995	1,337	1,193	1,813
2000	1,195	1,089	1,554
2001	1,223	1,124	1,564
2002	1,286	1,189	1,633
2003	1,319	1,223	1,666
2004	1,344	1,253	1,654
2005	1,294	1,207	1,576
2006	1,305	1,210	1,601
2007	1,416	1,294	1,798
2008	1,502	1,372	1,912
2009	1,542	1,415	1,941
2010	1,567	1,439	1,983
2011	1,582	1,442	2,056
2012	1,691	1,541	2,215
2013	1,707	1,551	2,264
2014[2)]	1,75	1,588	2,318

[1)]За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения, пересчитанной с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.
[2)] За 2014 г. данные с учетом Крымского федерального округа.

Таблица 8

КОЛИЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

(на конец года)

Годы	Число больничных организаций, тыс.	Число больничных коек[2]		Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, тыс.	Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену	
		всего, тыс.	на 10 000 человек населения [1]		всего, тыс.	на 10 000 человек населения [1]
1940	8,5	482,0	43,3	20,5	...	...
1950	10,5	609,8	59,2	20,4	...	...
1960	14,3	990,9	82,1	21,9	...	...
1970	13,8	1469,3	112,5	19,9	...	...
1980	12,5	1801,9	129,8	18,7	...	...
1990	12,8	2037,6	137,4	21,5	3221,7	217,3
1995	12,1	1850,5	125,8	21,1	3457,9	235,1
2000	10,7	1671,6	115,0	21,3	3533,7	243,2
2001	10,6	1653,4	114,4	21,3	3548,4	245,4
2002	10,3	1619,7	112,6	21,4	3565,2	247,8
2003	10,1	1596,6	111,5	21,5	3557,8	248,4
2004	9,8	1600,7	112,2	22,1	3577,5	250,8
2005	9,5	1575,4	110,9	21,8	3637,9	256,0
2006	7,5	1553,6	109,0	18,8	3646,2	255,2
2007	6,8	1521,7	106,6	18,3	3673,9	257,4
2008	6,5	1398,5	98,0	15,5	3651,0	255,8
2009	6,5	1373,4	96,2	15,3	3657,2	256,0
2010	6,3	1339,5	93,8	15,7	3685,4	258,0
2011	6,3	1347,1	94,2	16,3	3727,7	260,6
2012	6,2	1332,3	92,9	16,5	3780,4	263,7
2013	5,9	1301,9	90,6	16,5	3799,4	264,5
2014	5,6	1266,8	86,6	17,1	3858,5	263,8

[1] За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.

[2] С 2008 года - койки круглосуточных стационаров (без коек в дневных стационарах).

Таблица 9

ЧИСЛО БОЛЬНИЧНЫХ КОЕК ПО СПЕЦИАЛИЗАЦИИ

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Всего, тыс. коек																		
Число больничных коек	**1469,3**	**1801,9**	**2037,6**	**1850,5**	**1671,6**	**1653,4**	**1619,7**	**1596,6**	**1600,7**	**1575,4**	**1559,8**	**1521,7**	**1398,5** [2)]	**1373,4**	**1339,5**	**1347,1**	**1332,3**	**1301,9**	**1266,8**
из них:																			
терапевтического профиля	302,8	403,9	475,6	453,2	394,8	366,8	352,3	345,0	340,4	329,7	325,7	320,7	251,8	304,7	296,1	299,2	302,8	294,3	280,3
хирургического профиля	200,9	267,4	318,6	322,1	306,0	299,7	291,4	288,1	285,0	279,7	277,6	273,8	265,3	262,7	257,2	259,5	256,4	251,3	241,8
онкологических	25,4	30,7	36,7	38,0	38,2	38,1	38,4	38,3	38,1	38,3	38,7	39,2	39,3	39,3	39,7	40,4	42,8	43,4	44,3
гинекологических	96,7	110,7	122,4	111,6	98,1	92,2	87,1	84,6	82,3	81,7	79,3	76,7	72,9	71,1	68,8	66,9	64,6	61,1	57,5
туберкулезных	130,2	109,8	98,3	89,6	89,3	86,9	85,3	84,8	84,6	84,3	84,9	84,5	84,1	84,9	84,0	91,0	93,2	90,9	86,5
инфекционных	121,0	136,8	139,9	124,3	103,4	99,1	94,5	91,3	88,0	84,6	81,6	79,1	74,1	74,0	70,5	71,1	70,2	68,2	65,3
офтальмологических	20,1	23,9	28,1	31,4	29,2	28,1	27,1	27,0	26,6	26,3	26,0	26,0	25,7	26,5	25,8	25,4	23,7	23,1	22,1
отоларингологических	19,9	24,7	29,0	33,7	29,6	28,1	26,6	25,8	25,2	24,5	23,7	23,3	21,7	21,0	20,3	20,9	20,2	19,6	18,7
дермато-венерологических	24,1	37,2	35,1	33,0	30,0	27,0	24,6	23,4	22,4	21,6	20,5	19,9	18,0	17,2	16,4	16,5	16,0	15,2	13,9
для психически больных	156,8	181,3	200,6	187,1	173,3	169,5	167,0	166,0	168,8	167,0	165,3	165,1	162,6	159,8	153,4	153,2	149,4	147,6	142,9
наркологических	-	42,3	73,1	34,6	29,6	30,3	29,9	29,6	29,8	29,3	28,8	28,4	27,5	26,8	26,3	26,3	25,5	25,3	23,5
неврологических	38,8	60,9	82,9	92,3	91,5	88,8	86,7	85,8	86,0	86,3	86,6	85,7	83,9	83,5	83,5	84,7	86,0	84,4	81,6
для беременных женщин, рожениц и родильниц	110,3	113,1	122,7	105,1	90,7	87,8	85,9	85,0	83,7	81,9	82,7	82,0	81,1	80,5	80,3	79,2	77,4	74,9	72,4

Продолжение таблицы 9 на следующей странице.

Продолжение таблицы 9

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	На 10 000 человек населения[1)]																		
Число больничных коек	**112,5**	**129,8**	**137,4**	**125,8**	**115,0**	**114,4**	**112,6**	**111,6**	**112,5**	**110,9**	**108,7**	**106,6**	**98**	**96,2**	**93,8**	**94,2**	**92,9**	**90,6**	**86,6**
из них:																			
терапевтического профиля	23,2	29,1	32,1	30,8	27,2	25,4	24,5	24,1	23,9	23,2	22,8	22,5	17,6	21,3	20,7	20,9	21,1	20,5	19,2
хирургического профиля	15,4	19,3	21,5	21,9	21,1	20,7	20,3	20,1	20,0	19,7	19,5	19,2	18,6	18,4	18,0	18,1	17,9	17,5	16,5
онкологических	1,9	2,2	2,5	2,6	2,6	2,6	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7	2,8	2,8	2,8	2,8	3,0	3,0	3,0
гинекологических	13,6	14,8	15,5	14,3	12,7	11,9	11,3	11,0	10,8	10,7	10,3	10,0	9,5	9,3	9,0	8,7	8,4	7,9	7,3
туберкулезных	10,0	7,9	6,6	6,1	6,1	6,0	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	5,9	6,4	6,5	6,3	5,9
инфекционных	9,3	9,9	9,4	8,5	7,1	6,9	6,6	6,4	6,2	6,0	5,7	5,5	5,2	5,2	4,9	5,0	4,9	4,7	4,5
офтальмологических	1,5	1,7	1,9	2,1	2,0	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,8	1,8	1,7	1,6	1,5
отоларингологических	1,5	1,8	2,0	2,3	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,7	1,7	1,6	1,5	1,5	1,4	1,5	1,4	1,4	1,3
дермато-венерологических	1,8	2,7	2,4	2,2	2,1	1,9	1,7	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,3	1,2	1,1	1,2	1,1	1,1	1,0
для психически больных	12,0	13,1	13,5	12,7	11,9	11,7	11,6	11,6	11,8	11,8	11,6	11,6	11,4	11,2	10,7	10,7	10,4	10,3	9,8
наркологических	-	3,0	4,9	2,4	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,0	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6
неврологических	3,0	4,4	5,6	6,3	6,3	6,1	6,0	6,0	6,0	6,1	6,1	6,0	5,9	5,8	5,8	5,9	6,0	5,9	5,6
для беременных женщин, рожениц и родильниц	30,8	30,9	34,1	27,4	23,0	22,2	21,6	21,5	21,3	20,0	21,2	21,2	21,2	21,4	21,6	21,5	21,5	21,0	20,3

[1)] За 2003-2010 г. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов ВПН-2010. Число коек для гинекологических больных рассчитано на 10 000 женщин, для беременных женщин и рожениц - на 10 000 женщин в возрасте 15-49 лет.
[2)] С 2008 года - койки круглосуточных стационаров (без коек в дневных стационарах).

Таблица 10

ЧИСЛЕННОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ

(на конец года)

Годы	Численность врачей		Численность среднего медицинского персонала	
	всего, тыс. человек	на 10 000 человек населения [1)]	всего, тыс. человек	на 10 000 человек населения [1)]
1940	82,2	7,4	299,1	26,9
1950	148,9	14,5	461,8	44,9
1960	233,2	19,3	835,3	69,2
1970	347,4	26,6	1243,2	95,2
1980	531,5	38,3	1614,1	116,3
1985	620,7	43,2	1756,7	122,4
1990	667,3	45,0	1844,0	124,4
1995	653,7	44,4	1628,8	110,8
2000	680,2	46,8	1563,6	107,6
2001	677,8	46,9	1544,4	106,8
2002	682,4	47,4	1557,0	108,2
2003	686,0	47,9	1551,5	108,3
2004	688,2	48,2	1545,8	108,3
2005	690,3	48,6	1529,8	107,7
2006	702,2	49,1	1545,0	108,1
2007	707,3	49,6	1542,5	108,1
2008	703,8	49,3	1511,2	105,9
2009	711,3	49,8	1517,6	106,2
2010	715,8	50,1	1508,7	105,6
2011 [2)]	732,8	51,2	1530,4	107,0
2012 [3)]	703,2	49,1	1520,3	106,1
2013	702,6	48,9	1518,5	105,7
2014	709,4	48,5	1525,1	104,3

[1)] За 2003-2010 г. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.
[2)] Более полный круг учета отчитывающихся организаций.
[3)] С 2012 г. - без аспирантов, клинических ординаторов, интернов, в связи с изменением методологии Минздрава России.

Таблица 11

ЧИСЛЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ПО ОТДЕЛЬНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Всего, тыс. человек																		
Численность врачей	**347,4**	**531,5**	**667,3**	**653,7**	**680,2**	**677,8**	**682,4**	**686,0**	**688,2**	**690,3**	**702,2**	**707,3**	**703,8**	**711,3**	**715,8**	**732,8**	**703,2**	**702,6**	**709,4**
из них:																			
терапевтического профиля	75,1	127,7	169,7	153,4	159,2	157,7	158,8	158,3	158,5	159,7	165,3	167,2	166,8	162,5	164,8	168,8	167,5	167,6	162,8
хирургического профиля	37,5	60,9	82,8	85,2	62,3[1)]	62,2[1)]	63,5[1)]	64,5[1)]	65,0[1)]	65,0	66,2	67,3	67,8	69,3	70,5	73,2	71,0	71,0	68,6
акушеров-гинекологов	23,1	33,7	41,2	40,8	41,9	42,0	42,2	42,6	42,8	42,9	43,5	43,6	43,3	43,6	43,7	44,5	43,9	43,8	43,4
педиатров	44,5	63,9	83,0	76,1	72,1[2)]	69,9[2)]	69,6[2)]	69,3[2)]	68,7[2)]	68,6	69,8	69,4	69,4	69,4	68,9	69,1	68,5	67,8	65,5
офтальмологов	9,1	12,2	15,1	14,9	15,5	15,5	15,6	15,9	16,0	16,2	16,4	16,5	16,4	16,7	16,9	17,4	17,4	17,5	17,4
отоларингологов	8,9	11,6	12,5	12,2	12,6	12,4	12,5	12,5	12,5	12,7	12,6	12,5	12,3	12,4	12,4	12,7	12,6	12,6	12,5
неврологов[3)]	10,4	14,5	18,5	20,0	23,2	23,4	23,9	24,4	24,7	25,1	25,4	25,6	25,5	26,1	26,5	27,4	27,7	27,8	27,6
психиатров и наркологов	8,7	14,0	21,6	19,4	23,6	23,8	24,1	24,3	24,7	24,7	24,8	24,6	24,2	24,4	24,2	24,4	23,6	23,3	22,8
фтизиатров	12,1	12,1	11,2	10,1	9,9	9,7	9,7	9,6	9,6	9,5	9,3	9,1	9,0	8,9	8,8	8,9	8,8	8,6	8,5
дермато-венерологов	6,5	9,2	9,3	9,6	11,4	11,5	11,7	11,8	12,0	12,1	12,3	12,4	12,1	12,1	12,1	12,5	12,1	11,9	11,6
рентгенологов и радиологов	14,2	20,0	22,1	19,4	18,4	18,1	18,2	18,1	18,1	18,2	18,0	17,9	18,0	18,3	18,8	19,9	19,8	20,3	21,0
врачей по лечебной физкультуре и спортивной медицине	1,9	3,2	4,1	4,1	4,4	4,2	4,5	4,3	4,4	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,0	4,1	4,1	4,1	3,9
Врачей санитарно-противоэпидемической группы и врачи по общей гигиене	22,6	31,2	33,3	34,2	27,8	27,8	27,0	27,1	26,2	19,4	18,8	18,9	18,0	17,8	17,8	17,9	18,6	19,5	12,7
стоматологов	20,3	32,9	48,6	49,1	55,9	56,5	57,6	58,6	60,8	62,0	63,7	65,0	60,2	59,8	60,6	62,2	63,2	63,1	61,7

Продолжение таблицы 11 на следующей странице.

Продолжение таблицы 11

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	На 10 000 человек населения[4]																		
Численность врачей	**26,6**	**38,3**	**45,0**	**44,4**	**46,8**	**46,9**	**47,4**	**47,9**	**48,2**	**48,6**	**49,1**	**49,6**	**49,3**	**49,8**	**50,1**	**51,2**	**49,1**	**48,9**	**48,5**
из них:																			
терапевтического профиля	5,8	9,2	11,4	10,4	11,0	10,9	11,0	11,1	11,1	11,2	11,6	11,7	11,7	11,4	11,5	11,8	11,7	11,7	11,1
хирургического профиля	2,9	4,4	5,6	5,8	4,3	4,3	4,4	4,5	4,6	4,6	4,6	4,7	4,7	4,9	4,9	5,1	5,0	4,9	4,7
акушеров-гинекологов	3,2	4,5	5,2	5,2	5,4	5,4	5,5	5,6	5,6	5,6	5,7	5,7	5,6	5,7	5,7	5,8	5,7	5,7	5,5
педиатров	13,2	21,2	24,5	24,6	28,2	28,7	30,0	31,0	31,6	32,4	33	32,8	32,5	32,2	31,6	31,1	25,5	24,8	23,1
офтальмологов	0,7	0,9	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2
отоларингологов	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
неврологов[3]	0,8	1,0	1,2	1,4	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
психиатров и наркологов	0,7	1,0	1,5	1,3	1,6	1,6	1,7	0,4	0,4	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6
фтизиатров	0,9	0,9	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
дермато-венерологов	0,5	0,7	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	0,9	0,8	0,8	0,8
рентгенологов и радиологов	1,1	1,4	1,5	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4
врачей по лечебной физкультуре и спортивной медицине	0,1	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
врачей санитарно-противоэпидемической группы и врачи по общей гигиене	1,7	2,2	2,2	2,3	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,4	1,3	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	0,9
стоматологов	1,6	2,4	3,3	3,3	3,8	3,9	4,0	4,1	4,3	4,4	4,5	4,6	4,2	4,2	4,2	4,3	4,4	4,4	4,2

[1] До 2000 г. в составе хирургов учитывались анестезиологи-реаниматологи.
[2] С 2000 г. в составе педиатров учитываются детские хирурги, детские эндокринологи и детские онкологи.
[3] До 2000 г. - невропатологи.
[4] За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.
Численность акушеров-гинекологов рассчитана на 10 000 женщин, педиатров - на 10 000 детей в возрасте 0-14 лет, с 2012 года - на 10 000 детей в возрасте 0-17 лет.

Таблица 12

ЧИСЛЕННОСТЬ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПО ОТДЕЛЬНЫМ СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Всего, тыс. человек																		
Численность среднего медицинского персонала - всего	**1243,2**	**1614,1**	**1844,0**	**1628,8**	**1563,6**	**1544,4**	**1557,0**	**1551,5**	**1545,8**	**1529,8**	**1545,0**	**1542,5**	**1511,2**	**1517,6**	**1508,7**	**1530,4**	**1520,3**	**1518,5**	**1525,1**
из них:																			
фельдшеры	291,3	371,7	412,8	273,4	184,8	172,8	170,7	166,3	164,4	160,7	159,8	160,2	158,4	159,0	160,1	161,1	110,3	158,1	158,5
акушерки	156,0	180,5	160,0	112,8	76,7	70,7	70,0	69,9	68,8	67,8	68,2	67,0	66,9	67,1	64,9	64,3	62,8	62,6	61,7
медицинские сестры	591,8	791,6	993,6	1003,3	1013,6	1020,1	1039,6	1042,8	1046,2	1045,8	1061,1	1060,1	1038,4	1044,0	1038,5	1057,3	1065,8	1066,8	1078,0
лаборанты, медицинские лабораторные техники[1)]	45,9	66,6	84,8	84,3	106,2	107,4	109,1	109,8	108,8	106,4	106,3	105,7	102,9	102,4	101,4	101,2	99,3	97,4	76,2
рентгенолаборанты	13,4	19,3	27,6	26,9	29,3	29,9	30,8	31,2	31,4	31,7	32,2	32,5	32,4	33,1	33,5	34,7	35,2	35,9	37,2
зубные врачи	30,9	29,1	27,3	26,1	25,8	25,5	25,1	25,0	25,0	24,9	25,2	25,0	22,7	22,3	22,2	22,1	37,7	36,8	35,5
	На 10 000 человек населения[2)]																		
Численность среднего медицинского персонала - всего	95,2	116,3	124,4	110,8	107,6	106,8	108,2	108,3	108,3	107,7	108,1	108,1	105,9	106,2	105,6	107,0	106,1	105,7	104,3
из них:																			
фельдшеры	22,3	26,7	27,8	18,6	12,7	12,0	11,9	11,6	11,5	11,3	11,2	11,2	11,1	11,1	11,2	11,3	7,7	11,0	10,8
акушерки	21,9	24,1	20,3	14,4	9,9	9,2	9,1	9,1	9,0	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,5	8,4	8,2	8,1	7,9
медицинские сестры	45,3	56,9	67,0	68,2	69,8	70,6	72,3	72,8	73,3	73,6	74,3	74,3	72,8	73,1	72,7	73,9	74,3	74,3	73,7
лаборанты, медицинские лабораторные техники[1)]	3,5	4,8	5,7	5,7	7,3	7,4	7,6	7,7	7,6	7,5	7,4	7,4	7,2	7,2	7,1	7,1	6,9	6,8	5,2
рентгенолаборанты	1,0	1,4	1,9	1,8	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2	2,2	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,4	2,5	2,5	2,5
зубные врачи	2,4	2,1	1,8	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,8	1,6	1,6	1,6	1,5	2,6	2,6	2,4

Численность среднего медицинского персонала на одного врача в 2014 г. составила 2,2 человека.

[1)] До 2000 г. - фельдшеры-лаборанты.

[2)] За 2003-2010 г. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года. Численность акушерок рассчитана на 10 000 женщин.

Таблица 13

ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Число станций (отделений) скорой медицинской помощи (на конец года)	1921	2325	3042	3172	3172	3212	3252	3268	3266	3276	3223	3091	3029	2992	2940	2912	2841	2704	2657
Численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах, человек:																			
всего, млн.	28,6	45,7	51,5	52,5	52,3	52,3	52,5	52,9	51,6	51,5	51,6	51,9	51,1	51,2	50,7	50,3	50,2	48,1	48,1
на 1000 человек населения	220	329	348	357	359	361	364	369	361	361	361	363	358	359	355	352	350	334	329

Таблица 14

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ в 2000-2014 гг.

(зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Всего, тыс. человек														
Все болезни	**106328**	**104322**	**106742**	**107385**	**106287**	**105886**	**108842**	**109571**	**109590**	**113877**	**111428**	**113922**	**113688**	**114721**	**114989**
из них:															
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	6448	6350	5939	5414	5505	5312	5327	5332	5187	4916	4690	4626	4592	4434	4504
новообразования	1226	1239	1295	1287	1375	1357	1418	1437	1437	1525	1540	1586	1656	1629	1693
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	551	563	731	626	648	647	765	776	758	724	705	676	675	668	688
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	1234	1297	1546	1373	1407	1361	1672	1638	1629	1481	1461	1475	1519	1527	1636
болезни нервной системы	2227	2179	2246	2174	2228	2178	2318	2361	2419	2374	2345	2354	2330	2364	2370
болезни глаза и его придаточного аппарата	4638	4701	4836	4722	4871	4778	5107	4976	4858	4778	4715	4758	5043	5023	5067
болезни уха и сосцевидного отростка	3191	3234	3305	3231	3415	3425	3502	3563	3526	3733	3867	3975	4032	4014	4050
болезни системы кровообращения	2483	2605	2805	2954	3146	3278	3787	3719	3781	3761	3734	3804	3814	4285	4205
болезни органов дыхания	46170	43012	43005	44560	41946	41915	42338	42958	43221	48148	46281	48437	47381	48568	48708
болезни органов пищеварения	4698	4841	5149	5063	5079	5034	5024	4904	4910	4902	4778	4767	4982	5055	5342
болезни кожи и подкожной клетчатки	6407	6561	6763	6763	6993	7073	7239	7161	7056	6991	6886	6795	6876	6740	6767

болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	4452	4583	5059	4818	4875	4746	5040	5022	5013	4952	4789	4809	4761	4634	4647
болезни мочеполовой системы	5470	5627	5880	6035	6523	6560	6967	6940	6916	6835	6842	7050	7101	7147	7164
осложнения беременности, родов и послеродового периода	2085	2181	2386	2512	2468	2471	2519	2651	2736	2881	2889	2816	2832	2778	2801
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	214	211	241	236	236	243	257	273	295	296	295	303	299	298	307
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	12544	12716	12866	12903	12846	12808	12759	13072	13021	12855	13096	13261	13426	13285	13183
	На 1000 человек населения [1)]														
Все болезни	**730,5**	**719,7**	**740,1**	**748,1**	**743,6**	**743,7**	**760,9**	**767,3**	**767,7**	**797,5**	**780,0**	**796,9**	**793,9**	**799,4**	**787,1**
из них:															
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	44,3	43,8	41,2	37,7	38,5	37,3	37,2	37,3	36,3	34,4	32,8	32,4	32,1	30,9	30,8
новообразования	8,4	8,5	9,0	9,0	9,6	9,5	9,9	10,1	10,1	10,7	10,8	11,1	11,6	11,4	11,6
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	3,8	3,9	5,1	4,4	4,5	4,5	5,3	5,4	5,3	5,1	4,9	4,7	4,7	4,7	4,7
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	8,5	8,9	10,7	9,6	9,8	9,6	11,7	11,5	11,4	10,4	10,2	10,3	10,6	10,6	11,2
болезни нервной системы	15,3	15,0	15,6	15,1	15,6	15,3	16,2	16,5	16,9	16,6	16,4	16,5	16,3	16,5	16,2
болезни глаза и его придаточного аппарата	31,9	32,4	33,5	33,0	34,2	33,6	35,7	34,8	34,0	33,5	33,0	33,3	35,2	35,0	34,7
болезни уха и сосцевидного отростка	21,9	22,3	22,9	22,6	24,0	24,1	24,5	24,9	24,7	26,1	27,1	27,8	28,2	28,0	27,7
болезни системы кровообращения	17,1	18,0	19,5	20,6	22,0	23,0	26,5	26,0	26,5	26,3	26,1	26,6	26,6	29,9	28,8
болезни органов дыхания	317,2	296,8	298,2	310,4	293,4	294,4	296,0	300,8	302,8	337,2	324,0	338,8	330,9	338,4	333,4
болезни органов пищеварения	32,3	33,4	35,7	35,3	35,5	35,4	35,1	34,3	34,4	34,3	33,4	33,3	34,8	35,2	36,6
болезни кожи и подкожной клетчатки	44,0	45,3	46,9	47,1	48,9	49,7	50,6	50,1	49,4	49,0	48,2	47,5	48,0	47,0	46,3
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	30,6	31,6	35,1	33,6	34,1	33,3	35,2	35,2	35,1	34,7	33,5	33,6	33,2	32,3	31,8
болезни мочеполовой системы	37,6	38,8	40,8	42,0	45,6	46,1	48,7	48,6	48,4	47,9	47,9	49,3	49,6	49,8	49,0
осложнения беременности, родов и послеродового периода[2)]	52,9	55,1	60,2	62,8	62,5	63,0	64,2	68,2	71,2	76,0	77,2	76,4	78,0	77,6	77,3
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	1,5	1,5	1,7	1,6	1,7	1,7	1,8	1,9	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	86,2	87,7	89,2	89,9	89,9	90,0	89,2	91,5	91,2	90,0	91,7	92,8	93,8	92,6	90,2

[1)] За 2003-2010 гг, показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года. [2)] На 1000 женщин в возрасте 15-49 лет.

Таблица 15

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫМИ БОЛЕЗНЯМИ[1)]

Наименование заболеваний	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Всего, тыс. человек										
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни:											
активный туберкулез	130,7	119,2	117,6	118,4	120,8	117,2	109,9	104,3	97,5	90,4	87,0
сахарный диабет	162,0	249,5	289,0	302,4	301,6	308,6	324,0	319,0	343,3	339,5	343,1
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	434,8	772,6	1007,3	990,3	979,0	920,3	870,7	848,3	841,3	885,0	1010,2
инфекции, передающиеся преимущественно половым путем:											
сифилис	239,4	97,9	93,1	89,6	85,0	75,7	63,7	53,8	47,3	41,5	36,6
гонококковая инфекция	175,9	101,8	91,0	86,4	80,1	68,2	60,6	54,5	52,0	42,7	34,3
трихомоноз	462,9	305,9	284,8	264,8	237,9	205,3	180,0	159,2	134,5	117,6	102,2
Взято на учет больных с впервые в жизни установленным диагнозом:											
злокачественные новообразования	427,5	442,9	448,3	455,5	458,1	469,8	479,5	481,6	480,0	484,4	510,5
Взято под наблюдение больных с диагнозом, установленным впервые в жизни:											
психические расстройства и расстройства поведения	121,0	95,9	92,3	84,8	78,5	77,5	74,3	70,3	68,2	65,1	64,4
Зарегистрировано случаев заболевания:											
острый вирусный гепатит В	62,0	12,4	10,1	7,5	5,7	3,8	3,2	2,4	2,0	1,9	1,9
острый вирусный гепатит С	30,8	6,4	5,9	5,1	4,0	3,2	3,0	2,6	2,2	2,1	2,2
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)											
зарегистрировано больных всего	78,6	234,8	237,2	267,5	301,3	332,9	372,9	422,3	438,4	463,3	522,6
зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни	55,4	32,7	28,5	38,8	44,1	50,7	57,2	59,6	59,7	63,6	73,5

Продолжение таблицы 15 на следующей странице.

Продолжение таблицы 15

Наименование заболеваний	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	на 100 000 человек населения [2)]										
Зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни:											
активный туберкулез	89,8	83,7	82,2	82,9	84,7	82,1	76,9	73,0	68,1	63,0	59,5
сахарный диабет	111,3	175,3	202,0	211,8	211,3	216,2	226,8	223,1	239,8	236,5	234,9
болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	298,7	542,6	704,2	693,5	685,9	644,5	609,5	593,4	587,5	616,7	691,5
инфекции, передающиеся преимущественно половым путем:											
сифилис	164,5	68,8	65,1	62,8	59,6	53,0	44,6	37,6	33,0	28,9	25,1
гонококковая инфекция	120,9	71,5	63,6	60,5	56,1	47,8	42,4	38,1	36,3	29,8	23,5
трихомониаз	318,1	214,8	199,1	185,4	166,6	143,8	125,9	111,4	93,9	81,9	69,9
Взято на учет больных с впервые в жизни установленным диагнозом:											
злокачественные новообразования	293,7	311,1	313,4	319,0	320,9	329,1	335,7	336,9	335,2	337,5	349,5
Взято под наблюдение больных с диагнозом, установленным впервые в жизни:											
психические расстройства и расстройства поведения	83,1	67,3	64,5	59,4	55,0	54,3	52,0	49,1	47,7	45,4	44,1
Зарегистрировано случаев заболевания:											
острый вирусный гепатит В	42,3	8,7	7,0	5,3	4,0	2,7	2,2	1,7	1,4	1,3	1,3
острый вирусный гепатит С	21,0	4,5	4,1	3,6	2,8	2,2	2,1	1,8	1,5	1,5	1,5
Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)											
зарегистрировано больных всего	54,0	164,9	165,8	187,3	211,0	233,2	261,0	295,4	306,1	322,8	357,7
зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни	38,1	23,0	19,9	27,1	30,9	35,5	40,1	41,7	41,7	44,3	50,3

[1)] Перечень социально значимых заболеваний утвержден постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. N 715

[2)] За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.

Таблица 16

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМОМ И АЛКОГОЛЬНЫМИ ПСИХОЗАМИ

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Взято под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году												
всего, тыс. человек	228,2	218,4	209,2	192,9	174,9	173,4	159,7	153,9	138,1	122,8	112,2	109,1
на 100 000 человек населения *)	159,0	152,8	147,0	134,8	122,5	121,5	111,8	107,8	96,6	85,7	78,2	74,7
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года												
всего, тыс. человек	2213,1	2203,1	2190,7	2151,9	2115,8	2082,7	2016,5	1953,1	1865,9	1807,9	1746,5	1690,0
на 100 000 человек населения *)	1545,3	1544,2	1541,8	1506,3	1482,2	1459,1	1411,8	1367,1	1304,3	1261,2	1215,7	1155,4

*) За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.

Таблица 17

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ НАРКОМАНИЕЙ

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Взято под диспансерное наблюдение больных с впервые в жизни установленным диагнозом в отчетном году												
всего, тыс. человек	22,9	21,0	24,4	27,2	30,0	26,5	25,2	24,9	21,9	19,8	18,1	21,2
на 100 000 человек населения *)	15,9	14,7	17,1	19,0	20,7	18,6	17,7	17,4	15,3	13,9	12,6	14,5
Численность больных, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях на конец отчетного года												
всего, тыс. человек	326,6	325,7	328,0	333,3	338,7	341,9	340,2	330,9	320,2	315,5	308,3	300,7
на 100 000 человек населения *)	228,0	228,3	230,8	233,3	237,3	239,5	238,2	231,6	223,8	220,1	214,6	205,6

*) За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов ВПН-2010.

Таблица 18

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ

Годы	Число коек для беременных женщин, рожениц и родильниц	Число коек для детей		Число женских консультаций, акушерско-гинекологических отделений (кабинетов), детских поликлиник, отделений (кабинетов), тыс.	Число фельдшерско-акушерских пунктов, тыс.
		всего, тыс.	на 10 000 детей [1)]		
1940	90,7	…	…	4,9	25,1
1950	82,7	…	…	6,5	40,1
1960	112,9	…	…	9,5	48,9
1970	110,3	258,3	76,7	11,5	52,1
1980	113,1	296,3	98,4	12,6	49,6
1990	122,7	309,6	91,2	13,7	47,7
1995	105,1	267,8	86,6	15,6	45,8
2000	90,7	228,6	89,3	16,0	44,6
2001	87,8	229,1	94,1	15,9	44,3
2002	85,9	224,1	96,6	15,3	43,9
2003	85,0	214,0	95,7	15,3	43,6
2004	83,7	210,1	96,8	15,2	43,4
2005	81,9	200,3	94,7	15,0	43,1
2006	82,3	194,9	92,0	13,5	42,3
2007	82,0	190,2	90,0	11,5	39,8
2008	81,1	191,9	89,9	11,7	39,8
2009	80,5	185,8	86,1	11,7	38,9
2010	80,3	179,0	82,2	17,0	37,8
2011	79,2	178,4	80,4	16,3	35,0
2012	77,4	177,9	66,1	18,4	34,8
2013	74,9	173,9	63,5	18,5	34,8
2014	72,4	166,5	58,7	19,1	35,0

[1)] За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.
Число коек для детей рассчитано на 10 000 детей в возрасте 0-14 лет, с 2012 года - на 10 000 детей в возрасте 0-17 лет.

Таблица 19

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ БЕРЕМЕННЫХ, РОЖЕНИЦ, РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ

	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Численность женщин, закончивших беременность, тыс. человек	2009,1	1888,8	1292,8	1155,9	1223,3	1309,9	1366,0	1380,9	1335,7	1400,5	1538,7	1631,5	1675,9	1698,3	1711,6	1810,4	1795,0	1826,3
в том числе:																		
родами в срок	1833,0	1734,6	1178,0	1053,4	1121,0	1201,4	1259,3	1278,0	1238,3	1295,1	1420,5	1509,3	1541,9	1569,0	1577,6	1672,0	1649,5	1681,4
преждевременными родами	79,0	72,2	50,5	46,9	45,1	47,2	47,2	47,2	44,2	46,0	50,8	53,3	66,0	62,4	63,5	75,0[3)]	78,8	76,7
абортами	97,1	82,0	64,3	55,6	57,2	61,3	59,5	55,7	53,2	59,4	67,3	68,9	68,0	66,9	70,4	63,4[3)]	66,7	68,2
Из числа закончивших беременность страдали, процентов:																		
анемией	3,6	12,1	34,4	43,9	42,7	42,8	41,8	41,7	41,5	41,6	39,0	37,5	35,3	34,7	34,1	32,7	33,1	32,0
болезнями системы кровообращения	3,5	5,1	7,7	10,2	9,8	10,2	14,0	10,4	10,6	10,9	10,3	10,5	10,3	10,4	9,9	9,6	9,7	9,0
сахарным диабетом	0,1	...	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	0,5	0,7	1,3
отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами[1)]	8,3	10,7	14,9	21,4	21,2	21,6	21,6	21,5	21,6	20,8	19,3	18,3	17,8	18,1	17,4	16,7	15,9	14,6
болезнями мочеполовой системы	2,3	5,9	12,9	18,6	18,6	19,4	19,9	20,3	21,2	21,3	20,4	19,9	19,2	19,2	18,8	17,9	17,4	17,0
венозными осложнениями	...	...	2,3	3,4	3,2	3,5	3,6	3,7	3,9	4,1	4,1	4,2	4,4	4,5	4,5	4,5	4,7	4,8

Продолжение таблицы 19 на следующей странице.

Продолжение таблицы 19

	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Число заболеваний, осложнивших роды (на 1000 родов) [2]:																		
анемия	19,6	65,1	209,5	267,9	274,7	268,9	263,9	257,9	259,5	260,0	244,7	230,9	232,2	230,8	228,1	227,5	229,9	235,0
болезни системы кровообращения	24,6	32,6	53,2	69,0	66,5	67,9	69,4	68,7	68,4	68,7	68,1	67,7	70,6	67,9	65,2	66,0	63,3	62,9
сахарный диабет	1,0	...	1,0	1,3	1,5	1,3	1,4	1,6	1,6	2,0	2,2	2,3	3,0	3,7	4,3	5,1	7,8	14,1
отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства [1]	...	89,6	156,8	217,0	224,6	228,7	228,4	225,1	223,5	214,7	207,6	194,4	197,2	189,5	181,9	175,0	164,1	154,3
болезни мочеполовой системы	17,0	43,5	87,0	94,3	97,1	93,0	93,0	93,6	89,5	88,8	86,7	79,5	81,0	72,4	68,5	64,5	60,7	57,6
венозные осложнения	...	...	17,1	17,7	18,8	19,1	19,6	19,5	18,9	21,5	21,6	23,3	22,4	22,1	22,9	20,0	19,5	19,5
кровотечение в последовом и послеродовом периодах	...	22,5	27,6	24,5	20,3	18,9	17,8	16,3	15,7	15,9	15,3	13,4	13,3	12,7	12,3	10,9	10,6	10,2
нарушения родовой деятельности	59,6	93,1	124,7	133,7	131,1	129,7	124,0	122,3	122,2	121,9	113,4	109,8	119,7	113,0	110,2	101,5	99,1	92,9
Родилось детей больными или заболели (массой тела 1000 г и более):																		
всего, тыс. человек	169,0	288,6	383,3	474,1	510,3	550,9	576,0	587,5	575,9	580,0	614,3	628,0	625,8	624,0	614,4	637,2	623,2	630,8
в процентах от числа детей, родившихся живыми	7,9	14,8	28,5	38,0	39,3	39,9	40,0	40,2	40,7	39,8	39,0	37,4	36,1	35,5	34,9	34,1	33,4	33,1
из них новорожденные с заболеваниями:																		
врожденные аномалии	1,2	1,8	2,6	3,0	3,0	3,0	3,0	3,2	3,3	3,1	3,0	2,9	2,9	3,0	2,9	2,9	3,0	2,9
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	...	14,7	32,0	50,6	53,1	54,6	55,3	55,4	56,5	54,9	53,0	50,6	50,2	49,3	47,7	45,8	45,8	44,7
Из общего числа детей, родившихся живыми, - недоношенные, тыс. человек	110,8	106,0	81,7	74,1	75,4	79,4	81,1	81,8	76,7	78,0	84,5	88,5	90,1	93,2	93,3	108,2	110,8	111,1

[1] 1980, 1990, 1995 гг. - поздний токсикоз.
[2] 1980, 1990, 1995 гг. - роды осложненные.
[3] С 2012 г. изменение методологии Минздрава России

Таблица 20

ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

	1995	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Численность детей, находившихся на грудном вскармливании, в возрасте:											
от 3 месяцев до 6 месяцев											
тыс. человек	569,8	464,8	544,7	558,8	612,0	635,0	647,9	668,7	682,5	726,7	732,5
в процентах от числа детей, достигших в отчетном году 1 года	45,1	42,3	40,1	40,3	40,8	40,0	39,9	40,5	41,2	42,1	42,0
от 6 месяцев до 1 года											
тыс. человек	411,3	324,0	487,5	537,5	589,6	634,2	655,5	671,9	672,4	703,1	716,1
в процентах от числа детей, достигших в отчетном году 1 года	32,5	29,5	35,9	38,7	39,3	40,0	40,4	40,7	40,6	40,7	41,1

Таблица 21

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-14 лет

	1980	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Численность осмотренных детей - всего, тыс. человек	**26936,5**	**29920,3**	**25837,3**	**20593,0**	**21293,3**	**19262,7**	**18454,8**	**18496,9**	**18356,8**	**18259,0**	**18332,0**	**18295,0**	**18375,9**	**18598,7**	**18827,5**	**19350,7**	**19964,1**
Выявлено при осмотре детей:																	
с понижением остроты слуха																	
тыс. человек	47,6	58,8	51,8	44,1	47,3	40,7	37,8	36,6	36,6	34,9	33	33,9	34,1	32,7	34,2	32,2	31,0
в процентах от числа осмотренных	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
с понижением остроты зрения																	
тыс. человек	1564,6	1787,6	1499,7	1381,2	1462,7	1292,6	1231,4	1185,7	1140,6	1109,5	1102,7	1096,6	1118,7	1139,0	1164,9	1122,7	1157,8
в процентах от числа осмотренных	5,8	6	5,8	6,7	6,9	6,7	6,7	6,4	6,2	6,1	6	6	6,1	6,1	6,2	5,8	5,8
с дефектами речи																	
тыс. человек	424,9	684,8	704,6	699,1	730,6	691,3	688,6	693,7	689,9	696,2	711,5	713,2	727,5	720,4	707,4	709,3	697,1
в процентах от числа осмотренных	1,6	2,3	2,7	3,4	3,4	3,6	3,7	3,8	3,8	3,8	3,9	3,9	4,0	3,9	3,8	3,7	3,5
со сколиозом																	
тыс. человек	205,5	221,8	259,8	330,2	403,9	355,3	326,6	311	302,2	286,2	286,9	271,2	264,1	261,7	259,3	247,3	241,4
в процентах от числа осмотренных	0,8	0,7	1	1,6	1,9	1,8	1,8	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,2
с нарушениями осанки																	
тыс. человек	652,2	957,3	1195,9	1505,9	1778,6	1551	1493,5	1650,9	1420,1	1364,1	1325,8	1315	1288,6	1263,8	1222,5	1200,1	1159,6
в процентах от числа осмотренных	2,4	3,2	4,6	7,3	8,4	8,1	8,1	8,9	7,7	7,5	7,2	7,2	7,0	6,8	6,5	6,2	5,8

Таблица 22

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 0-14 ЛЕТ ПО ОСНОВНЫМ КЛАССАМ БОЛЕЗНЕЙ В 2000-2014 ГГ.

(зарегистрировано больных с диагнозом, установленным впервые в жизни)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	Всего, тыс. человек														
Все болезни	**38225,7**	**36983,0**	**37934,4**	**37118,6**	**36471,8**	**36837,3**	**37388,5**	**38140,5**	**38293,8**	**41302,0**	**40903,5**	**42055,8**	**42549,7**	**43155,1**	**44157,6**
из них:															
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2689,4	2578,0	2314,8	1970,2	2012,6	1905,1	1897,0	1973,7	1937,1	1833,8	1765,4	1790,9	1854,5	1811,4	1944,0
новообразования	59,7	59,5	64,1	65,8	72,6	73,1	75,2	80,2	86,6	92,1	96,2	101,2	107,9	110,3	115,4
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	316,4	322,5	466,2	370,9	379,0	382,1	417,7	424,5	416,1	393,8	389,9	365,3	365,6	350,9	359,6
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	392,4	382,7	541,3	400,0	405,1	385,3	393,0	388,0	379,2	364,4	357,3	374,9	378,5	355,6	364,1
болезни нервной системы	713,9	697,9	780,3	740,0	772,9	779,8	802,5	843,4	904,3	914,8	928,5	943,9	953,0	966,0	971,7
болезни глаза и его придаточного аппарата	1221,0	1200,3	1265,1	1169,8	1198,2	1196,1	1175,5	1201,3	1210,5	1220,3	1259,4	1291,3	1378,4	1392,9	1443,9
болезни уха и сосцевидного отростка	1076,9	1076,2	1089,9	988,6	1033,0	1029,2	1007,6	1056,8	1049,5	1097,9	1159,8	1201,9	1210,1	1203,8	1269,1
болезни системы кровообращения	174,4	170,9	214,6	188,4	189,0	189,7	192,2	199,5	197,4	193,3	184,6	199,4	194,7	187,4	177,6
болезни органов дыхания	22952,2	21859,2	21692,8	22180,7	21347,2	21780,3	22237,9	22637,3	22731,1	25847,3	25507,7	26459,9	26579,6	27341,4	28167,3
болезни органов пищеварения	1709,2	1703,3	2003,1	1872,5	1807,2	1822,0	1807,6	1791,5	1823,1	1821,8	1807,5	1794,0	1854,9	1880,7	1929,0
болезни кожи и подкожной клетчатки	1889,6	1898,7	1899,6	1873,7	1946,7	1960,5	2014,5	2024,9	1988,1	1961,5	1980,5	1966,8	2019,9	1977,5	1999,5
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	759,1	741,3	1037,9	850,5	849,7	823,7	816,6	831,3	833,9	842,6	825,7	864,1	872,0	844,3	838,5
болезни мочеполовой системы	539,1	532,6	586,4	583,9	617,2	627,7	647,4	652,4	655,8	660,1	674,8	700,9	711,7	719,0	743,0
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	172,4	168,0	191,5	187,2	190,7	199,0	211,9	230,3	253,8	255,7	255,5	264,4	266,2	267,4	277,9
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	2390,9	2321,7	2306,7	2215,4	2192,4	2220,1	2156,6	2231,5	2233,4	2251,8	2294,9	2364,6	2451,6	2443,2	2504,2

Продолжение таблицы 22 на следующей странице.

Продолжение таблицы 22

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
	На 100 000 детей*)														
Все болезни	**146235,6**	**148122,5**	**159581,2**	**162927,8**	**165364,6**	**171774,8**	**175072,4**	**180241,4**	**180322,5**	**192405,9**	**188686,9**	**191265,3**	**189007,4**	**186815,1**	**183499,4**
из них:															
некоторые инфекционные и паразитарные болезни	10288,5	10325,2	9737,7	8648,0	9125,2	8883,7	8882,7	9327,4	9121,7	8542,8	8143,8	8144,6	8237,8	7841,5	8078,4
новообразования	228,4	238,5	269,7	288,6	329,4	340,7	351,9	378,9	407,9	428,8	443,9	460,2	479,3	477,4	479,4
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1210,4	1291,7	1961,2	1627,9	1718,3	1781,6	1956,1	2005,9	1959,1	1834,7	1798,8	1661,6	1624,1	1519,0	1494,3
болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	1501,2	1532,8	2277,3	1755,5	1836,5	1796,5	1840,3	1833,8	1785,5	1697,6	1648,3	1705,0	1681,5	1539,3	1513,2
болезни нервной системы	2731,1	2795,4	3282,7	3248,2	3504,2	3636,3	3757,8	3985,8	4258,4	4261,8	4283,2	4292,9	4233,1	4181,7	4037,9
болезни глаза и его придаточного аппарата	4671,0	4807,3	5321,8	5134,7	5432,8	5577,3	5504,4	5677,0	5700,3	5684,9	5809,5	5872,8	6122,8	6029,6	6000,1
болезни уха и сосцевидного отростка	4116,3	4310,4	4585,0	4339,5	4683,8	4799,1	4718,3	4994,1	4942,1	5114,4	5350,2	5466,1	5375,4	5211,2	5273,8
болезни системы кровообращения	667,2	684,6	902,7	827,1	856,9	885,0	899,9	942,8	929,5	900,6	851,8	906,7	864,9	811,3	738,2
болезни органов дыхания	87805,6	67549,4	91256,4	97359,3	96789,0	101562,8	104129,5	106977,8	107038,9	120410,0	117666,2	120336,7	118067,9	118358,9	117050,8
болезни органов пищеварения	6538,7	6822,0	8426,4	8219,2	8193,7	8496,0	8463,9	8466,1	8584,8	8486,9	8338,1	8159,0	8239,5	8141,2	8015,9
болезни кожи и подкожной клетчатки	7228,8	7604,6	7991,1	8224,6	8826,4	9141,7	9433,0	9569,1	9361,7	9137,8	9135,8	8944,6	8972,4	8560,2	8309,1
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	2904,0	2969,0	4366,1	3733,2	3852,8	3840,9	3823,8	3928,5	3926,9	3925,2	3809,0	3929,9	3873,3	3654,8	3484,5
болезни мочеполовой системы	2062,4	2133,2	2467,0	2562,9	2798,4	2927,0	3031,2	3083,2	3088,1	3075,0	3113,0	3187,5	3161,4	3112,6	3087,7
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	659,5	672,8	805,7	821,9	864,9	927,7	992,1	1088,4	1195,3	1191,0	1178,6	1202,4	1182,7	1157,7	1154,8
травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	9146,6	9298,6	9703,8	9724,2	9940,5	10352,4	10098,5	10545,3	10517,0	10490,2	10586,4	10753,8	10889,9	10576,6	10406,3

*) За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.

Таблица 23

СВЕДЕНИЯ О ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2014 ГОД

Всего прерываний беременности, единиц	в том числе у женщин в возрасте:									
	до 14 лет включительно	15-17 лет	18-19 лет	20-24 года	25-29 лет	30-34 года	35-39 лет	40-44 года	45-49 лет	50 лет и старше
929963	354	9902	28715	173390	263282	232717	157918	58927	4607	151

Таблица 24

ЧИСЛЕННОСТЬ ЛИЦ, ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ[1)]

	1970	1980	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014 [3)]
Всего:																			
тыс. человек	346	426	765	1347	1109	1200	1184	1092	1463	1799	1474	1109	966	934	893	842	805	754	729
на 10 000 человек населения[2)]	26,6	30,8	51,7	91,5	98,5	106,1	104,3	95,8	128,0	156,9	128,0	95,9	83,3	80,3	76,6	72,2	69,1	64,8	62,7
В процентах от общей численности инвалидов:																			
инвалиды I группы	...	...	...	11,3	12,6	11,9	12,9	12,9	11,3	10,7	9,4	9,6	10,5	11,7	15,3	15,6	15,9	16,5	16,6
инвалиды II группы	...	...	...	74,2	63,3	63,9	62,9	61,6	63,9	59,9	54,7	53,5	52,2	49,8	43,9	41,9	40,9	40,1	39,8
инвалиды III группы	...	...	...	14,5	24,0	24,2	24,2	25,5	24,8	29,4	35,9	36,8	37,4	38,5	40,8	42,5	43,2	43,4	43,6
Из общей численности инвалидов - инвалиды в трудоспособном возрасте:																			
всего, тыс. человек	...	...	...	507,0	552,7	567,3	549,9	536,5	529,1	565,9	544,8	454,3	431,8	436,6	441,0	417,2	395,2	364	345,7
в процентах от общей численности инвалидов	...	...	...	37,7	49,8	47,3	46,4	49,1	36,2	31,5	37,0	41,0	44,7	46,7	49,4	49,5	49,1	48,3	47,4

[1)] До 2000 г. - в возрасте 16 лет и старше, с 2000 г. - в возрасте 18 лет и старше.
[2)] За 2003-2010 гг, показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.
[3)] Без учёта сведений по Крымскому федеральному округу.

Таблица 25

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ЧИСЛЕННОСТИ ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 18 ЛЕТ И СТАРШЕ, ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ, ПО ПРИЧИНАМ ИНВАЛИДНОСТИ

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014[2)]
	Всего, тыс. человек														
Все болезни	**1109**	**1200**	**1184**	**1092**	**1463**	**1799**	**1474**	**1109**	**966**	**934**	**893**	**842**	**805**	**754**	**729**
из них:															
туберкулез	41	39	38	36	36	36	35	30	28	29	26	24	22	20	19
злокачественные новообразования	142	149	150	145	170	200	191	172	170	182	182	185	184	186	193
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	35	39	37	35	45	63	50	33	28	27	26	23	20	17	15
психические расстройства и расстройства поведения	49	46	46	43	44	55	48	37	34	36	37	35	33	32	32
болезни нервной системы	35	37	36	35	42	46	41	32	30	31	31	30	29	28	27
болезни глаза и его придаточного аппарата	40	41	40	36	45	67	47	34	28	28	26	25	23	22	21
болезни уха и сосцевидного отростка	6	6	7	6	7	12	14	11	10	11	11	10	10	10	11
болезни системы кровообращения	511	579	573	514	799	984	755	533	431	386	350	315	292	265	244
болезни органов дыхания	40	43	45	35	47	59	45	31	25	24	22	20	18	16	14
болезни органов пищеварения	20	21	20	20	20	24	23	18	17	17	17	16	16	15	15
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	75	82	82	79	99	132	118	90	81	82	84	82	80	75	72
последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	71	74	71	70	70	77	69	56	53	51	52	49	46	41	37
последствия производственных травм	11	11	10	9	9	8	7	6	9	5	5	4	4	4	3
профессиональные болезни	4	5	4	3	4	4	3	3	3	3	3	2	2	2	2

Продолжение таблицы 25 на следующей странице.

Продолжение таблицы 25

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014[2]
	На 10 000 человек населения[1]														
Все болезни	**99,1**	**106,1**	**104,3**	**95,8**	**128,0**	**156,9**	**128,0**	**95,9**	**83,3**	**80,3**	**76,6**	**72,2**	**69,1**	**64,8**	**62,7**
из них:															
туберкулез	3,7	3,5	3,3	3,2	3,1	3,2	3,0	2,6	2,4	2,5	2,2	2,0	1,9	1,7	1,6
злокачественные новообразования	12,7	13,1	13,2	12,7	14,9	17,5	16,6	14,9	14,7	15,6	15,6	15,9	15,8	16,0	16,6
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3,1	3,4	3,3	3,1	4,0	5,5	4,3	2,8	2,4	2,3	2,3	1,9	1,7	1,5	1,3
психические расстройства и расстройства поведения	4,3	4,1	4,0	3,8	3,9	4,8	4,2	3,2	2,9	3,1	3,2	3,0	2,9	2,7	2,7
болезни нервной системы	3,1	3,2	3,2	3,1	3,7	4,0	3,5	2,7	2,5	2,7	2,7	2,6	2,5	2,4	2,3
болезни глаза и его придаточного аппарата	3,6	3,6	3,5	3,2	3,9	5,8	4,1	2,9	2,4	2,4	2,2	2,1	2,0	1,8	1,8
болезни уха и сосцевидного отростка	0,5	0,6	0,6	0,5	0,6	1,0	1,2	1,0	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
болезни системы кровообращения	45,7	51,2	50,4	45,2	69,9	85,8	65,6	46,1	37,1	33,2	30,0	27,0	25,1	22,7	21,0
болезни органов дыхания	3,6	3,8	4,0	3,1	4,1	5,1	3,9	2,6	2,2	2,0	1,9	1,7	1,5	1,4	1,2
болезни органов пищеварения	1,8	1,8	1,7	1,7	1,8	2,1	2,0	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,3	1,2
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	6,7	7,3	7,2	6,9	8,7	11,5	10,3	7,8	7,0	7,1	7,2	7,0	6,9	6,5	6,2
последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	6,4	6,5	6,2	6,1	6,1	6,7	6,0	4,8	4,5	4,4	4,5	4,2	3,9	3,6	3,2
последствия производственных травм	1,0	1,0	0,9	0,8	0,7	0,7	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3
профессиональные болезни	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2

[1] За 2003-2010 гг. показатели рассчитаны с использованием численности населения с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года.
[2] Без учёта сведений по Крымскому федеральному округу.

Таблица 26

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ВПЕРВЫЕ ПРИЗНАННЫХ ИНВАЛИДАМИ ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ДО 18 ЛЕТ ПО ФОРМАМ БОЛЕЗНЕЙ

Наименование классов болезней	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014[1)]
Всего	**51985**	**80890**	**70212**	**67121**	**69781**	**73545**	**71237**	**71347**	**70734**	**72801**
в том числе:										
туберкулез	792	1425	1193	1099	1002	930	980	760	718	613
новообразования	2024	2892	2663	2720	2911	3084	3024	3087	3001	3263
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3524	4428	4202	4028	4323	4813	4697	4930	4968	5368
психические расстройства и расстройства поведения	8878	16231	13900	12800	14053	14409	14208	14249	14819	16575
болезни нервной системы	8735	13465	11382	11853	12601	13143	13241	13925	13995	14566
болезни глаза и его придаточного аппарата	2026	3599	3151	3425	3709	3732	3789	2706	2702	2453
болезни уха и сосцевидного отростка	1517	2964	2620	2379	2454	2611	2474	2483	2370	2666
болезни системы кровообращения	761	1299	1099	1081	1049	1032	1111	1164	1162	1214
болезни органов дыхания	1863	2371	1955	1471	1667	1580	1547	1641	1530	1322
болезни органов пищеварения	843	1187	1209	1135	1135	1045	867	977	976	803
болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	3028	4898	3645	3229	3470	3716	3652	3551	3624	3442
болезни мочеполовой системы	1085	1682	1567	1409	1400	1421	1393	1474	1440	1188
врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	11521	17012	15835	15271	15333	16974	15658	15725	14905	14969
отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	668	844	691	528	466	512	479	514	654	471
травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин	2473	3271	2529	2298	1832	2138	1947	2018	1839	1502
прочие болезни	2247	2931	2571	2395	2376	2405	2170	2141	2031	2386

[1)] Без учёта сведений по Крымскому федеральному округу.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПО ВИЧ–ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НА НАЧАЛО 2015 ГОДА

Общее число россиян, инфицированных ВИЧ, зарегистрированных в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г., составило 907607 человек. По данным формы мониторинга Роспотребнадзора "Сведения о мероприятиях по профилактике ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявлению и лечению больных ВИЧ" в Российской Федерации на 31 декабря 2014 г. умерло по разным причинам 184148 ВИЧ-инфицированных, в т.ч. 24416 в 2014 году (на 9,1% больше, чем в 2013 г.).

За весь период наблюдения в Российской Федерации с 1985 г. было выявлено 23840 ВИЧ-инфицированных иностранных граждан, в том числе 3761 за 2014 г. (на 80,7% больше, чем в 2013 г.).

В 2014 г. территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД было сообщено о 85252 новых случаях ВИЧ-инфекции среди граждан Российской Федерации, исключая выявленных анонимно и иностранных граждан, что на 6,9% больше, чем в 2013 г. Показатель заболеваемости в 2014 г. составил 58,4 на 100 тыс. населения, превысив на 5,0% показатель 2013 г.

В 2014 г. по показателю заболеваемости в Российской Федерации лидировали (в порядке убывания):

Кемеровская область (зарегистрировано 235,2 новых случаев ВИЧ-инфекции на 100 тыс. населения);
Свердловская область (165,4);
Томская область (151,0);
Новосибирская область (141,5);
Иркутская область (129,7);
Омская область (129,7);
Челябинская область (118,5);
Самарская область (112,7);
Алтайский край (111,7);
Красноярский край (110,0);
Пермский край (104,7);
Ханты-Мансийский автономный округ (99,4);
Тюменская область (93,4);
Республика Крым (82,5);
Ульяновская область (81,4);
Нижегородская область (79,2);
Оренбургская область (78,6);
Курганская область (78,2);
г. Севастополь (74,2);
Ленинградская область (73,5);
Республика Башкортостан (68,0);
Ивановская область (61,1).

Пораженность ВИЧ-инфекцией на 31 декабря 2014 г. составляла 494,6 на 100 тыс. населения России. К наиболее пораженным субъектам РФ относятся:

Свердловская область (1391,1);
Самарская область (1337,7);
Кемеровская область (1295,1);
Оренбургская область (1068,0);
Ленинградская область (1057,0);
Ханты-Мансийский автономный округ (1033,7);
г. Санкт-Петербург (916,8);
Тюменская область (876,4);
Челябинская область (850,7);
Ульяновская область (828,6);
Республика Крым (808,1);
Новосибирская область (783,0);
Пермский край (756,9);
Алтайский край (667,1);
Ивановская область (633,8);
Тверская область (629,3);
Красноярский край (628,2);
Курганская область (571,2);
Мурманская область (559,3);
Калининградская область (554,1);
Московская область (541,6);
г. Севастополь (529,6).

В этих регионах ранее сформировался большой резервуар инфекции среди потребителей наркотических препаратов.

В 2000 г. на долю подростков и молодежи в возрасте 15-20 лет приходилось 24,7% вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции, в результате ежегодного уменьшения в 2014 году эта группа составила лишь 1,4%. Доля случаев ВИЧ в возрастной группе 20-30 лет сократилась с 64% в 2001-2004 году до 29,4% в 2014 году. Увеличение доли новых выявленных случаев наблюдалось в возрасте 30-40 лет (с 9,9% в 2000 г. до 46,8% в 2014 г.) и 40-50 лет (с 2,4% в 2000 г. до 15,3% в 2014 г.).

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах РФ, однако распространенность этой инфекции неравномерна. В 17 субъектах Российской Федерации, где проживает 12,8% населения страны, зарегистрировано менее 0,1% ВИЧ-инфицированных среди всего населения. Пораженность ВИЧ-инфекцией более 0,5% среди всего населения зарегистрирована в 23 регионах страны, где проживает 37,3% населения.

В Российской Федерации в 2014 г. среди ВИЧ-инфицированных по-прежнему преоб-

ладали мужчины (63,1%). С 2002 года отмечается увеличение доли женщин. К концу 2014 г. в России было зарегистрировано более 330 тысяч инфицированных ВИЧ женщин (36,9% всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции).

У 57,3% ВИЧ-позитивных с установленными факторами риска заражения, впервые выявленных в 2014 г., основным фактором риска было указано употребление наркотиков нестерильным инструментарием (2013 г. - 54,9%, 2009 г. - 58,3%).

Гетеросексуальные контакты как основной фактор риска заражения были указаны у 40,3% впервые выявленных ВИЧ-позитивных в 2014 г. (в 2013 г. - 43,1%, 2009 г. - 38,3%).

Доля ВИЧ-позитивных лиц, заражение которых было связано с половыми контактами между мужчинами, в 2014 г. составила 1,2 % (2013 г. - 1,0%, 2009 г. - 1,3%).

В 2014 г. впервые было выявлено 24 ребенка, зараженных ВИЧ от матерей при грудном вскармливании (0,1% от числа новых случаев с установленной причиной заражения).

В 2014 г. продолжали регистрироваться случаи заражения ВИЧ, связанные с оказанием медицинской помощи. Всего зарегистрировано 5 случаев с подозрением на заражение во внутрибольничных очагах J111O Российской Федерации при использовании нестерильного медицинского инструментария и 5 случаев при переливании компонентов крови от доноров реципиентам. Еще 2 новых случая ВИЧ-инфекции у детей, вероятно, были связаны с оказанием медицинской помощи в странах Центральной Азии, в частности в Узбекистане и Таджикистане.

В 2014 г. в России было протестировано на ВИЧ 27,8 млн. образцов крови российских граждан и 1,9 млн. образцов крови иностранных граждан. Общее количество протестированных образцов сывороток граждан России по сравнению с 2013 г. (26,8 млн.) увеличилось на 3,5%, а среди иностранных граждан - на 25,3%.

В пересчете на 100 тысяч протестированных образцов крови российских граждан в 2014 г. обнаруживалось 307,1 впервые выявленных ВИЧ-позитивных, что на 3,3% больше, чем в 2013 г. (297,2). Среди иностранных граждан в 2014 г. частота выявления ВИЧ-инфекции была значительно ниже, чем среди россиян (201,1 ВИЧ-позитивных на 100 тыс. тестов).

В 2014 году было выявлено 100767 положительных результатов у россиян в иммуноблоте (максимальное количество за всю историю наблюдения). Количество положительных результатов в иммуноблоте включает выявленных анонимно и детей с недифференцированным диагнозом ВИЧ-инфекции, поэтому значительно отличается от количества новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции.

Таким образом, в стране в 2014 г. продолжала ухудшаться эпидемическая ситуация по ВИЧ-инфекции. Сохранялся высокий уровень заболеваемости ВИЧ-инфекцией, увеличивалось общее число и число смертей ВИЧ-инфицированных, активизировался выход эпидемии из уязвимых групп населения в общую популяцию. В стране наблюдалась тенденция к увеличению частоты и доли парентерального пути передачи ВИЧ-инфекции среди наркопотребителей. Растет частота выявления случаев ВИЧ-инфекции, связанных с оказанием медицинской помощи.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ОФИЦИАЛЬНЫМ ДАННЫМИ МИНЗДРАВА РОССИИ И РОССТАТА

	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Зарегистрировано лиц, в крови которых при исследовании методом иммунного блотинга выявлены антитела к ВИЧ:						
всего, человек	328204	503724	564710	613243	665160	742631
на 100 000 человек населения	230,5	352,6	395,0	428,2	463,5	508,3

В 2015 ГОДУ ВЫРОСЛИ РОЖДАЕМОСТЬ И ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

Несмотря на ухудшение половозрастной структуры населения, прежде всего, сокращение доли женщин репродуктивного возраста, в 2015 году уровень рождаемости сохранился практически на уровне прошлого года. Начиная с июня 2015 года фиксируется естественный прирост населения. За январь-октябрь 2015 года зарегистрирован естественный прирост населения, равный 21,1 тысячи человек.

По прогнозу Росстата суммарный коэффициент рождаемости превысит в 2015 году 1,77, а ожидаемая продолжительность жизни - 71 год (в 2014 г. соответственно 1,75 и 70,9 года). По уровню рождаемости Россия достигла средних позиций среди европейских стран.

Компенсировать негативное влияние ухудшения половозрастной структуры населения и содействовать сохранению положительных демографических тенденций позволили реализация на федеральном и региональном уровнях мер по поддержке семьи в связи с рождением и воспитанием детей, в том числе программа материнского капитала, предоставление ежемесячной денежной выплаты на третьего ребенка, бесплатное предоставление земельного участка для индивидуального жилищного строительства и иные региональные виды помощи семье, предоставляемые в зависимости от очередности рождения детей.

В настоящее время, для закрепления положительных демографических трендов, Минтруд России совместно с заинтересованными ведомствами и экспертным сообществом работает над планом мероприятий по реализации в 2016-2020 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. В проекте плана предусмотрены мероприятия по повышению рождаемости, снижению смертности, улучшению репродуктивного здоровья, формированию мотивации к здоровому образу жизни, занятию физкультурой и спортом и другие.

Субъектами Российской Федерации разработаны региональные планы по повышению рождаемости на 2015-2018 годы, которыми предусмотрены меры, направленные на:

- улучшение репродуктивного здоровья населения и применение вспомогательных репродуктивных технологий;
- профилактику и снижение числа абортов;
- поддержку семей при рождении детей в зависимости от очередности рождений, в том числе молодых и студенческих семей;
- создание условий для совмещения семейных обязанностей с трудовой деятельностью;
- обеспечение услугами присмотра и ухода за детьми, в том числе в возрасте до 3-х лет;
- содействие улучшению жилищных условий;
- повышение информированности населения о мерах поддержки семей с детьми.

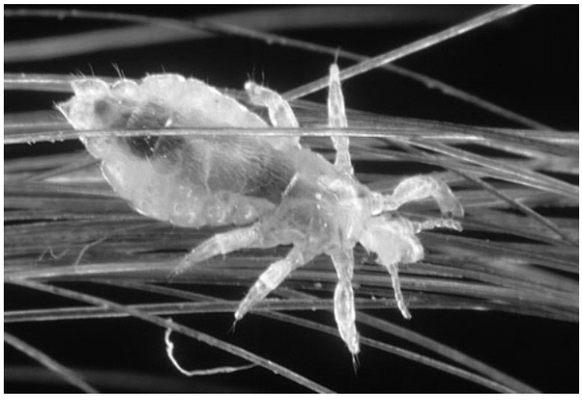
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ПЕДИКУЛЕЗУ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Тарасов Е.А.
Научный консультант редакции журнала

Анализ эпидемиологической ситуации по педикулезу и эффективности проводимых организационных и профилактических мероприятий показал, что педикулез остается одним из самых распространенных из паразитарных заболеваний. На протяжении последних десяти лет на территории РФ отмечаются высокие уровни пораженности населения педикулезом, которые не имеют тенденции к снижению. Об этом сообщается в постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 28.09.2015 N 60 "Об усилении мероприятий, направленных на профилактику эпидемического сыпного тифа и педикулеза в Российской Федерации". И как вывод - в нашей стране сохраняются реальные предпосылки ухудшения эпидемической обстановки по сыпному тифу, что обусловлено высоким уровнем пораженности населения педикулезом, в том числе платяным, и недостаточной эффективностью проводимых профилактических мероприятий.

Ежегодно в РФ регистрируются до 300 тысяч случаев педикулеза, из которых более 75% выявляется в санитарных пропускниках, 15% - при госпитализации больных в медицинские организации, 7% - в общеобразовательных организациях, 1% - в дошкольных организациях, 2% - в детских домах, домах инвалидов.

В РФ пораженность головным педикулезом среди учащихся общеобразовательных организаций в среднем по стране составила 0,1%, среди воспитанников дошкольных организаций - 0,03%, среди отдыхающих в оздоровительных учреждениях - 0,1%, среди проживающих в детских домах - 0,08%, в домах инвалидов - 0,01%.



В 2014 году в РФ зарегистрировано 277983 случая педикулеза, показатель заболеваемости составил 190,59 на 100 тысяч населения, что на 5,8% выше, чем в 2013 году.

Рост заболеваемости педикулезом по совокупному населению от 2,6% до 499,7% зарегистрирован в 22 субъектах РФ:

Амурской (49,7%), Архангельской (11,6%), Волгоградской (34,5%), Курской (22,7%), Магаданской (27,3%), Московской (13,2%), Вологодской (6,6%), Курганской (4,4%), Нижегородской (15,5%), Новгородской (34,1%), Ростовской (2,6%) областях, Карачаево-Черкесской Республике (499,7%), республиках Адыгея (13,8%), Татарстан (8,1%), Бурятия (36,4%), Хакасия (5,0%), Саха (Якутия) (92,8%), Ингушетия (5,8%), Камчатском крае (55,9%), Чукотском автономном округе (15,4%), городах Москве (11,6%) и Санкт-Петербурге (3,9%). На долю городских жителей пришлось 94% (241294 случая) заболеваний.

В 2014 году отмечен рост заболеваемости педикулезом и среди детского населения на 2,7%. Всего заболело 56115 детей до 17 лет (показатель 203,6 на 100 тысяч населения).

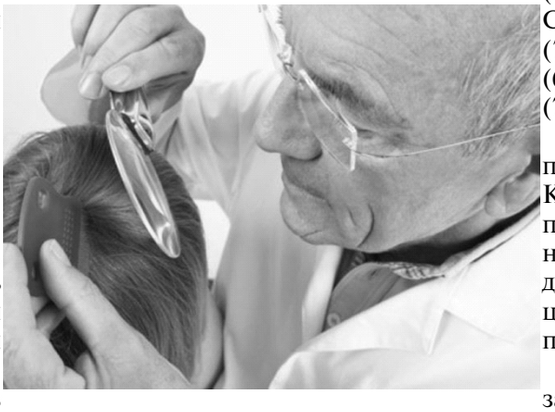
Педикулез зарегистрирован среди детей во всех возрастных группах. Максимальная заболеваемость приходится на возраст от 3 до 6 лет (8982 случая, показатель 135,9 на 100 тысяч населения).

Наиболее высокие уровни заболеваемости педикулезом имеют место в городах Москва (1616,1 на 100 тысяч населения) и Санкт-Петербург (248,2 на 100 тысяч населения), что связано прежде всего с наличием большого числа мигрантов, лиц без определенного места жительства, среди которых отмечается высокий уровень пораженности педикулезом, в том числе платяным.

Ежегодно в РФ подвергаются осмотру свыше 500 тысяч лиц без определенного места жительства, при этом выявляется более 7 тысяч человек, зараженных головными вшами, и более 170 тысяч - платяными.

Вместе с тем, в 2014 году не проводились осмотры на педикулез лиц без определенного места жительства в 28 субъектах РФ: в Забайкальском, Камчатском краях, Ханты-Мансийском, Ненецком, Ямало-Ненецком, Чукотском автономных округах, республиках Алтай, Дагестан, Калмыкия, Ингушетия, Северная Осетия - Алания, Кабардино-Балкарской, Карачаево-Черкесской, Чеченской, Удмуртской, Еврейской автономной области, Брянской, Белгородской, Воронежской, Костромской, Ленинградской, Московской, Мурманской, Рязанской, Смоленской, Тверской, Тульской, Ульяновской областях.

В связи с высоким уровнем пораженности платяным педикулезом лиц без определенного места жительства в РФ сохраняются реальные предпосылки для ухудшения эпидемиологической обстановки по заболеваемости эпидемическим сыпным тифом, случаи которого не регистрировались с 1998 года.



Несмотря на отсутствие регистрации случаев заболевания эпидемическим сыпным тифом, регистрировались случаи болезни Брилля (рецидивной формы эпидемического сыпного тифа) в Тульской, Кемеровской, Липецкой, Самарской, Нижегородской, Воронежской областях, Хабаровском крае и городе Москве.

По данным Росстата в регионах функционирует 5841 санитарный пропускник, в том числе 85% (4993) - в лечебно-профилактических организациях и 13% (697) - в других организациях.

Несмотря на повсеместную проблему педикулеза среди лиц без определенного места жительства, вопрос о финансировании обработки вышеуказанного контингента за счет средств бюджетов бюджетной системы решен только в ряде субъектов РФ, в том числе городах Москве и Санкт-Петербурге.

В субъектах РФ медленно решаются вопросы обеспечения дезкамерными блоками медицинских организаций, оснащенность которыми составляет 82%. Только в 4 субъектах РФ: Еврейской автономной области, Республике Алтай, Липецкой и Сахалинской областях все медицинские организации оснащены дезкамерными блоками.

В 31 субъекте РФ показатель обеспечения дезкамерными блоками медицинских организаций ниже среднероссийского: Забайкальском (62%), Камчатском (72%), Приморском (77%), Ставропольском (70%), Хабаровском краях (69%), Ненецком (30%), Ямало-Ненецком (55%), Ханты-Мансийском (76%), Чукотском автономных округах (67%), Карачаево-Черкесской (48%), Чеченской республиках (40%), республиках Адыгея (77%), Дагестан (72%), Ингушетия (50%), Калмыкия (70%), Коми (77%), Тыва (52%), Саха (Якутия) (77%), Владимирской (77%), Волгоградской (72%), Воронежской (77%), Иркутской (74%), Костромской (79%), Курской (73%), Мурманской (70%), Пензенской (76%), Псковской (77%), Ростовской (72%), Свердловской областях (77%), городах Москве (69%) и Санкт-Петербурге (76%).

В 4 субъектах РФ: республиках Дагестан, Тыва, Карачаево-Черкесской Республике, Чукотском автономном округе более 30% дезкамерных блоков медицинских организаций не пригодны к работе.

В медицинских организациях выявлены нарушения: при обращении в медицинские организации не все пациенты осматриваются на педикулез, осуществляется допуск детей после перенесенного педикулеза в детские организации без контрольного осмотра, несвоевременно передаются экстренные извещения, не организован полный учет длительно лихорадящих больных и их обследование на сыпной тиф, отмечаются нарушения режима работы дезинфекционных камер при проведении обработок в очагах педикулеза.

Таким образом, на территории РФ сохраняются реальные предпосылки ухудшения эпидемической обстановки по сыпному тифу, что обусловлено высоким уровнем пораженности населения педикулезом, в том числе платяным, и недостаточной эффективностью проводимых профилактических мероприятий.

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОВЕДЕНИЯ СВЕРОК С ОРГАНАМИ ЗАГС И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ В ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Представленный материал по организации проведения сверок с органами ЗАГС и государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти можно использовать при подготовке и организации подобных сверок в Ваших органах управления здравоохранением и медицинских организациях. Напоминаем, что в N 11/2015 нашего журнала было опубликовано письмо Минздрава России от 23.07.2015 N 13-2/10/1-2824 "О порядке проведения сверок с территориальными органами ЗАГС и территориальными органами государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти".

Приказом Министерства здравоохранения Челябинской области от 12.08.2015 N 1232 "Об организации проведения сверок с территориальными органами ЗАГС и территориальными органами государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти" утверждены:

1) Алгоритм взаимодействия медицинских организаций с территориальными органами ЗАГС и территориальными органами государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти (далее - Алгоритм). Алгоритм представлен в приложении 1;

2) Перечень специалистов, ответственных за организацию и контроль качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти в медицинском свидетельстве о смерти формы N 106/у-08, 106/2у-08 (далее - Свидетельство), утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н "Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти" (далее - Перечень специалистов). Образец заполнения Перечня специалистов представлен в приложении 2.

Руководителям органов управления здравоохранением и медицинских организаций муниципальных образований Челябинской области было рекомендовано:

1) назначить и утвердить ответственных специалистов по организации и контролю качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти в Свидетельстве;

2) организовать работу по проверке кодирования и выбора первоначальной причины смерти в Свидетельстве в соответствии с Алгоритмом;

3) представить перечень ответственных специалистов по организации и контролю качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти в Свидетельстве в Министерство здравоохранения Челябинской области.

Главным внештатным специалистам Минздрава Челябинской области было предписано:

1) согласовать назначение в медицинских организациях независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих деятельность на территории Челябинской области, ответственных специалистов по организации и контролю качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти в Свидетельстве;

2) организовать работу по контролю кодирования и выбора первоначальной причины смерти в Свидетельстве в соответствии с Алгоритмом;

Главный внештатный онкологу и главный внештатный фтизиатр дополнительно должны были еще представить реестр ответственных специалистов медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих деятельность на территории Челябинской области, по организации и контролю качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти в Свидетельстве в Министерство здравоохранения Челябинской области до 01.09.2015.

Директору Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр" было поручено организовать работу по проверке кодирования и выбора первоначальной причины смерти в Свидетельстве в соответствии с Алгоритмом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Алгоритм взаимодействия медицинских организаций с территориальными органами ЗАГС и территориальными органами государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти

1. Настоящий Алгоритм устанавливает правила взаимодействия медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих деятельность на территории Челябинской области, с территориальными органами ЗАГС и территориальными органами государственной статистики при оформлении медицинских свидетельств о смерти.

2. Руководители медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих деятельность на территории Челябинской области, обеспечивают:

1) оформление медицинского свидетельства о смерти формы N 106/у-08, 106/2у-08, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 N 782н "Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти" (далее именуется - Свидетельство) на каждого умершего для регистрации факта смерти гражданина территориальными органами ЗАГС;

2) представление в Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр" базы данных выписанных Свидетельств не позднее 5 числа, следующего за отчетным, в соответствии с приказом Минздрава Челябинской области от 07.04.2015 N 472 "О внедрении автоматизированного заполнения медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти в медицинских организациях независимо от организационно-правовой формы и формы собственности, осуществляющих деятельность на территории Челябинской области" (далее именуется - База данных);

3) сверку Базы данных с окончательными Свидетельствами не позднее 30 дней, следующих за отчетным, со дня выдачи предварительных Свидетельств или при изменении первоначальной причины смерти взамен окончательных, включая выданные судебно-медицинскими экспертными организациями, патологоанатомическими организациями (другими медицинскими организациями, имеющими право на выдачу Свидетельств).

3. Территориальные органы ЗАГС на основании Свидетельств ежемесячно формируют форму федерального статистического наблюдения N 1-У "Сведения об умерших" и передают деперсонифицированные сведения о числе умерших Территориальному органу федеральной службы государственной статистики по Челябинской области не позднее 7 дней, следующих за отчетным месяцем.

4. Территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Челябинской области передает деперсонифицированные сведения о числе умерших Государственному бюджетному учреждению здравоохранения "Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр" не позднее 10 дня, следующего за отчетным месяцем.

5. Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Челябинский областной медицинский информационно-аналитический центр" организует:

проверку кодирования и выбора первоначальной причины смерти в деперсонифицированных сведениях об умерших;

передачу проверенных деперсонифицированных сведений о числе умерших Территориальному органу федеральной службы государственной статистики по Челябинской области не позднее 17 дней, следующих за отчетным месяцем, со дня выдачи предварительных Свидетельств или при изменении первоначальной причины смерти взамен окончательных, включая выданные судебно-медицинскими экспертными организациями, патологоанатомическими организациями (другими медицинскими организациями, имеющими право на выдачу Свидетельств).

6. Территориальный орган федеральной службы государственной статистики по Челябинской области передает деперсонифицированные сведения о числе умерших не позднее 24 числа следующего за отчетным месяца Федеральной службе государственной статистики.

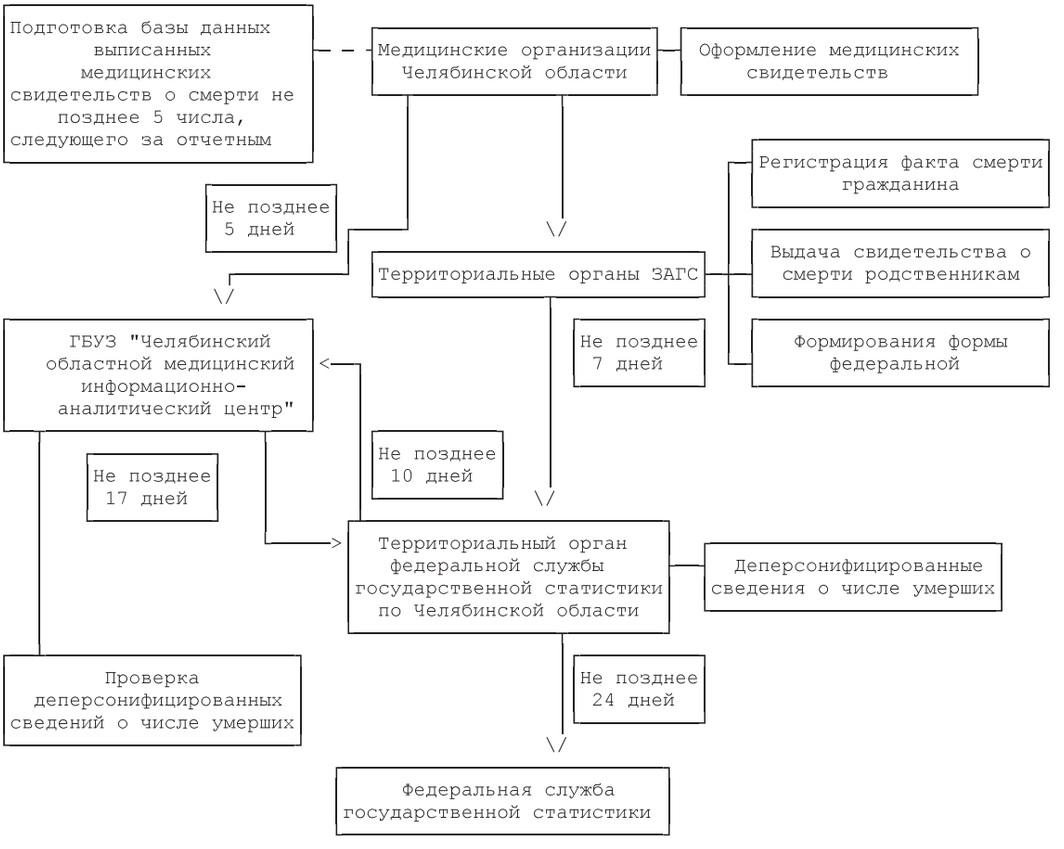
7. Федеральная служба государственной статистики на основании сведений федерального статистического наблюдения N 1-У "Сведения об умерших" формирует государ-

ственную статистику смерти населения по Челябинской области.

8. Главный внештатный специалист-кардиолог, главный внештатный специалист-невролог, главный внештатный специалист-гастроэнтеролог, главный внештатный специалист-пульмонолог, главный внештатный специалист-онколог, главный внештатный специалист-фтизиатр Минздрава Челябинской области, начальник управления организации медицинской помощи детям и матерям Минздрава Челябинской области, консультант управления организации медицинской помощи взрослому населению Минздрава Челябинской области обеспечивают контроль представления Территориальному органу федеральной службы государственной статистики по Челябинской области окончательных Свидетельств не позднее 45 дней (за отчетный год - не позднее 20 февраля следующего за отчетным) со дня выдачи предварительных Свидетельств или при изменении первоначальной причины смерти взамен окончательных, включая выданные судебно-медицинскими экспертными организациями, патологоанатомическими организациями (другими медицинскими организациями, имеющими право на выдачу Свидетельств).

Приложение
к Алгоритму

Схема
взаимодействия с территориальными органами ЗАГС
и территориальными органами государственной статистики
при оформлении медицинских свидетельств о смерти



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Образец заполнения Перечня специалистов, ответственных за организацию и контроль качества кодирования и выбора первоначальной причины смерти в медицинском свидетельстве о смерти формы N 106/у-08, 106/2у-08, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 26.12.2008 г. N 782н

Основная причина смертности	Фамилия, имя, отчество	Должность	Контакты
Ишемическая болезнь сердца	ФИО	Главный внештатный специалист-кардиолог Минздрава Челябинской области	Тел.: _____ E-mail: _____
Цереброваскулярные заболевания	ФИО	Главный внештатный специалист-невролог Минздрава Челябинской области	Тел.: _____ E-mail: _____
Онкологические заболевания	ФИО	Главный внештатный специалист-онколог Минздрава Челябинской области	Тел.: _____ E-mail: _____
Туберкулез	ФИО	Главный внештатный специалист-фтизиатр Минздрава Челябинской области	Тел.: _____ E-mail: _____
Болезни органов пищеварения	ФИО	Главный внештатный специалист-гастроэнтеролог Минздрава Челябинской области	Тел.: _____ E-mail: _____
Болезни органов дыхания	ФИО	Главный внештатный специалист-пульмонолог Минздрава Челябинской области	Тел.: _____ E-mail: _____
Дорожно-транспортные происшествия	ФИО	Консультант управления организации медицинской помощи взрослому населению Минздрава Челябинской области	Тел.: _____ E-mail: _____
Младенческая смертность	ФИО	Начальник управления организации медицинской помощи детям и матерям Минздрава Челябинской области	Тел.: _____ E-mail: _____

Кобякова О.С., Деев И.А., Бойков В.А., Милькевич М.Н., Куликов Е.С., Наумов А.О., Голубева А.А., Шибалков И.П. Возможности применения индекса DALY для оценки состояния здоровья населения Российской Федерации // Социальные аспекты здоровья населения N 2/2015[1].

Целью государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения" является обеспечение доступной медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки. Данные направления государственной политики определили основные принципы системы здравоохранения, среди которых можно выделить доступность и качество медицинской помощи, а также приоритет профилактики в сфере охраны здоровья. Для реализации вышеуказанных приоритетов государственной политики требуется формирование адекватных KPI (Key Performance Indicators - Ключевые показатели эффективности), носящих интегральный характер и отражающих экономические потери.

В настоящее время в России для оценки мероприятий, проводимых в сфере охраны здоровья населения, используются показатели заболеваемости, смертности, инвалидности и т.д. Однако данные параметры не позволяют проводить количественную оценку потерь лет здоровой жизни.

На сегодняшний день существует множество методов комплексной оценки здоровья, одним из которых является индекс DALY (Disability Adjusted Life Years - количество потерянных лет здоровой жизни) - наиболее известный и часто применяемый показатель в разных странах мира.

Методология расчёта DALY (или глобального бремени болезней) заключается в определении состояния здоровья через подсчет потерь лет жизни в результате смерти или нетрудоспособности по каждому заболеванию в зависимости от гендерных и возрастных параметров. Идеология расчета индекса DALY направлена на учет лет, утраченных для активной и дееспособной жизни в каждой конкретной популяции, в связи с чем, данный параметр наиболее подходит для оценки экономических потерь трудового потенциала.

В связи с этим целью работы является анализ возможности применения индекса DALY для оценки состояния здоровья населения Российской Федерации и эффективности управления системой оказания медицинской помощи.

Впервые показатель DALY был использован Всемирным Банком в 1993 г. в отчете под названием "Инвестиции в здоровье" для оценки и выбора наиболее предпочтительных с точки зрения стоимости-эффективности вмешательств в здравоохранении. Индекс DALY является единым измерительным базисом, который позволяет одновременно решать задачи сокращения медико-социальных потерь и оптимизации экономического планирования в здравоохранении. Использование DALY наряду с демографическими показателями позволяет более четко устанавливать приоритеты для развития системы здравоохранения, как на федеральном, так и на региональном уровнях. Данный подход открывает широкие возможности для построения комплексных оценок эффективности работы территориальных систем здравоохранения и их сопоставления друг с другом, выявляя лучшие практики организации медицинской помощи, а также в перспективе позволит сравнивать российскую и зарубежные модели здравоохранения.

В России метод DALY-анализа практически не применяется, в отличие от многих зарубежных стран, что не позволяет проводить сравнительный анализ данного параметра. Показатель DALY рассчитывается на определенный момент времени и представляет собой разницу между количеством здоровья, предоставленным определенной популяции в этот момент времени, и воздействием всех негативных эффектов, уменьшающих это здоровье. С помощью данного метода также оценивается эффективность вмешательств, что позволяет сравнивать положительные эффекты, выраженные в улучшении здоровья при различных вариантах государственной политики в здравоохранении и социальной защите населения.

[1] *С полным текстом статьи можно ознакомиться на сайте http://vestnik.mednet.ru.*

Индекс DALY складывается из двух компонентов - YLL (years life lost - годы потерянной жизни в результате преждевременной смертности) и YLD (years lost due to disability - годы жизни, потерянной вследствие нарушений здоровья (без учета смертельных исходов).

Институтом оценки измерения здоровья (США, Вашингтон) в 2012 году была предложена измененная методика, по сравнению с вариантом Всемирного Банка (1993 г.). Так, если в исследовании 1993 года максимальная ожидаемая продолжительность жизни населения была принята равной 82,5 лет для женщин и 80 лет для мужчин, то в 2012 году значения различались для каждой половозрастной группы. Также было принято решение отказаться от дисконтирования к настоящему моменту времени потерянных лет будущих периодов и весовых коэффициентов, отражающих различную значимость здоровья для каждой возрастной группы.

Расчет DALY и его компонентов в исследовании 2012 года проводился по следующим возрастным интервалам: до 1 года (с детализацией 0-6 дней, 7-27 дней и 28-364 дней), 1-4 года, 5-9 лет, 10-14 лет, 15-19 лет, 20-24 года, 25-29 лет, 30-34 года, 35-39 лет, 40-44 года, 45-49 лет, 50-54 года, 55-59 лет, 60-64 года, 65-69 лет, 70-74 года, 75-79 лет и 80 лет и старше.

Все случаи смерти и нарушений здоровья кодировались согласно МКБ 10, однако группировка результатов происходила не по классам заболеваний, а по разработанному классификатору, включающему в себя 3 основные группы (инфекционные заболевания, материнская и младенческая смертность, а также расстройства питания; неинфекционные заболевания; травмы), которые содержат 220 взаимоисключающих категорий.

Для расчета YLL используется следующая формула:

$$\mathbf{YLL = x\text{-}a,}$$

где x - максимальная ожидаемая продолжительность жизни для возрастной группы, а - возраст на момент смерти

Общее значение YLL получается суммированием всех лет недожития по каждому случаю смерти в определенный временной промежуток (как правило, год).

Для расчета YLD используется следующая формула:

$$\mathbf{YLD = IxDw,}$$

где I - количество лиц возраста x, с рассматриваемым нарушением здоровья; Dw - вес (серьезности/тяжести) упомянутого нарушения здоровья для лица возраста x

Общее значение YLD также складывается путем суммирования всех случаев нарушения здоровья населения в определенный период.

Подобная методология расчета предполагает использование больших массивов статистической информации по каждому случаю смерти и нарушения здоровья, которые должны иметь одинаковый вид для проведения межстрановых сопоставлений. Однако статистические инструментарии в сфере здравоохранения существенно различаются в каждой стране, что привело к необходимости использования в расчетах данных большого количества эпидемиологических исследований, посвященных заболеваемости и смертности населения в целом и по различным причинам, а также применения сложных методов математического моделирования и статистической обработки данных.

В настоящее время существует несколько программных пакетов, позволяющих проводить подобные расчеты. Одной из таких программ является DISMOD, распространяемой бесплатно, в том числе через сайт Всемирной организации здравоохранения. Эта программа одновременно рассчитывает показатели, необходимые для определения YLD, значения которых оказываются согласованными между собой в том смысле, что они (показатели) обеспечивают непротиворечивую оценку параметров в специальной мультистатусной эпидемиологической математической модели.

В России официальный статистический инструментарий не позволяет провести расчеты DALY полностью в соответствии с вышеуказанной методологией. Так, например, "Краткий список причин смерти Росстата", который используется в официальных публикациях о смертности населения, включает в себя 255 причин смерти не сопоставимых с классификацией исследования, а в основном источнике данных о заболеваемости населения - Форме федерального статистического

наблюдения N 12 "Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов проживающих в районе обслуживания медицинской организации", - недостаточно детализированы причины заболеваемости и возрастные интервалы (дет 0-14 лет, подростки 15-17 лет, взрослые старше 18 лет и население старше трудоспособного возраста), что также не позволяет проводить расчеты в соответствии с методикой 2012 года. При этом в Российской Федерации существуют базы данных, содержащие в себе необходимую информацию. Каждый случай смерти заносится в базы территориальных органов Росстата в субъектах РФ и содержит в себе информацию о гендерной принадлежности человека, дате рождения, дате смерти, причине смерти (основной и дополнительной для травм и отравлений, а также других последствий воздействия внешних причин) и месте жительства умершего. Эти данные позволяют проводить расчет YLL с максимальной точностью в каждом регионе Российской Федерации.

Для расчета YLD могут использоваться данные территориальных фондов ОМС в виде реестров, подаваемых медицинскими организациями, которые включают в себя описание каждого случая обращения населения в медицинские организации не зависимо от вида оказанной медицинской помощи (амбулаторно-поликлиническая, стационарная и скорая). При этом в части амбулаторно-поликлинической помощи данные представлены в виде посещений, что требует их преобразования в обращения по заболеваниям. В перечень данных входят пол, дата обращения, диагноз основной и сопутствующий, а также дата рождения пациента. Подобная структура данных позволяет при использовании определенного набора статистических методов рассчитывать YLD с достаточной достоверностью и детализацией.

Таким образом, несмотря на сложность расчетов и большие объемы первичной статистической информации в Российской Федерации в настоящее время существуют все необходимые условия для расчета DALY как в целом по стране, так и в разрезе каждого региона и муниципального образования.

Показатель DALY успешно применяется и широко используется для объективной оценки результативности систем здравоохранения в ряде зарубежных стран. Данный параметр позволяет учитывать сразу два компонента, оказывающих влияние на количество потерянных лет здоровой жизни, в результате чего DALY является более информативным, чем, например, показатель смертности населения. Индекс DALY соответствует критериям оценки здоровья населения, принятыми ВОЗ и рассчитывается по унифицированной стандартной методике, что позволяет, с большей точностью, сравнивать показатели, полученные в разных странах в разное время.

В качестве примера были выбраны 4 пары стран со схожими показателями смертности населения в 2010 году, при этом, в каждой паре одна страна относится к группе развитых, другая - к группе развивающихся - рис.1.

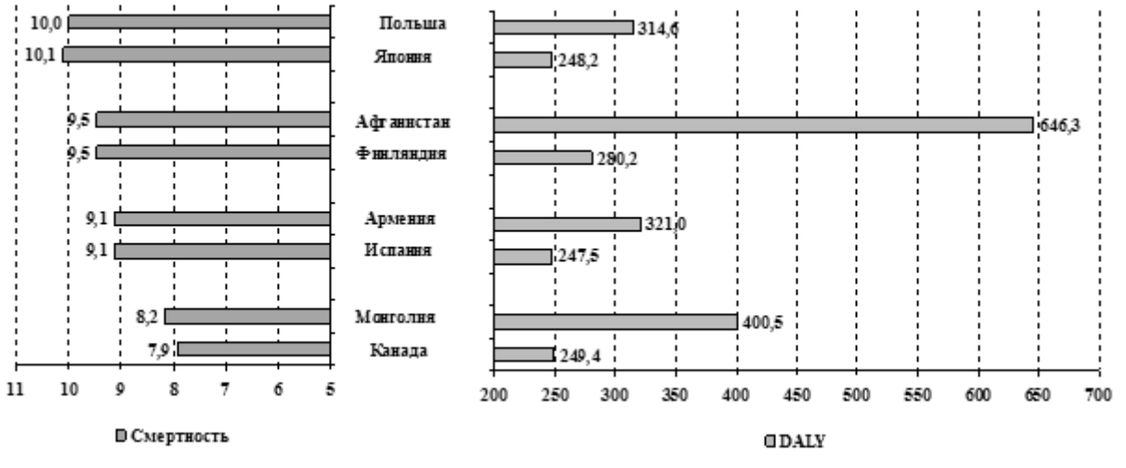


Рис. 1. Уровень смертности населения и индекс DALY на 1000 населения в некоторых странах в 2010 году по данным Института оценки измерения здоровья (США, Вашингтон).

Исходя из данных, представленных на рисунке 1, можно сделать вывод, что при практически одинаковых показателях смертности населения в представленных группах, индекс DALY развивающихся стран значительно превышает аналогичный параметр развитых. Например, при равных показателях смертности в группе стран Афганистан-Финляндия (9,5 на 1000 населения), индекс DALY в Афганистане (646,3 на 100 тыс. населения) в 2,3 раза превышает DALY Финляндии (280,2 на 100 тыс. населения). Та же ситуация наблюдается и в других группах. Сравнивая между собой только показатели смертности, нельзя с полной уверенностью утверждать, что состояние здоровья граждан и уровень развития системы здравоохранения государств с одинаковым показателем смертности населения так же находятся на одном уровне. Равные показатели смертности в развитых и развивающихся странах, представленных на рисунке 1, могут быть связаны с большей продолжительностью жизни и средним возрастом населения развитых государств.

Таким образом, на сегодняшний день DALY является универсальным показателем. Расчет индекса в динамике позволяет проводить оценку популяционных эффектов, как от применения медицинских технологий, так и от результатов воздействия на население экономических, социальных, экологических, урбанистических и других факторов.

Так, в исследовании Drake T. (2014) "Приоритет глобального здравоохранения: минимальное значение DALY" были определены минимальные затраты на здравоохранение, позволяющие сокращать экономические и трудовые потери общества, выраженные в DALY. Методология, представленная в исследовании позволяет определять наиболее эффективные с точки зрения анализа "затраты-результат" варианты финансирования здравоохранения и проводить, благодаря универсальному измерительному базису межстрановые сравнение. Благодаря результатам и методике, отраженным в данной публикации, возможно существенно повысить точность установления приоритетов в области глобального здравоохранения.

Brown DW. в своем исследовании 2008 года затронул тему насилия, которая является важной проблемой общественного здравоохранения и имеет значительные экономические последствия для пострадавших, их семей и общества в целом. В исследовании были использованы данные ВОЗ и Всемирного банка. Результаты показали, что выраженное как процент от ВВП, экономическое значение индекса DALY, потерянных в результате насилия колеблется от 0,04% до 5,1% в среднем по 193 государствам-членам ВОЗ. В выводах отражена необходимость продолжения исследования оценки экономического ущерба, связанного с насилием во всем мире, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, где бремя, связанное с данной причиной является наибольшим.

В Индии, после крупной эпидемии лихорадки чикунгунья в 2006 году, впервые была произведена оценка показателя DALY по данному заболеванию и рассчитан нанесенный экономический ущерб. При этом в исследовании рассматривалась как острая стадия заболевания (средняя продолжительность которой составляет девять дней), так и хронические случаи (шесть месяцев в среднем).

Большое количество исследований, связанных с DALY было направлено на изучение потерь, связанных с отдельными классами заболеваний.

Так, в 2009 году Европейский центр профилактики и контроля заболеваний инициировал проект для создания доказательной и сопоставимой оценки бремени болезней инфекционных заболеваний в Европе. В качестве измерителя бремени болезней был выбран показатель DALY, который позволяет, в случае инфекционных заболеваний, произвести комплексный расчет, как бремени болезней, так и последующих осложнений, которые должны учитываться в полной мере, для получения объективной оценки.

На примере Нидерландов (в среднем за 2005-2007), был рассчитан DALY для инфекций, вызванных Salmonella spp. и Campylobacter spp., который составил 730 и 1,780 DALY в год. Осложнения данных инфекционных заболеваний составили 56% и 82% соответственно от общей величины бремени. Таким образом, был сделан вывод, что на показатель количества потерянных лет здоровой жизни в большей мере влияют осложнения инфекционных заболеваний, нежели сами болезни. Полученные результаты оценки могут быть использованы для поддержки приоритетов по борьбе с инфекционными заболеваниями и сравнения данного и

других классов нарушений здоровья, как внутри страны, так и на международном уровне.

Costilla R. et al. в своем исследовании (2013) использовали сравнение показателей заболеваемости и DALY, и их значимость в различных этнических группах в Новой Зеландии в 2006 году. Производилась оценка 27 форм рака, диагностированных в 2006 году, в различных половых и национальных группах, для определения отличий между показателями DALY и заболеваемостью. В результате исследования было установлено, что в одной из этнических групп населения Новой Зеландии стандартизованный по возрасту показатель DALY оказался выше, чем при оценке только уровня заболеваемости.

Также, показатель DALY может указать на проблемные "точки", которые могут не выделяться на уровне показателей заболеваемости и смертности и дают возможность посмотреть на проблему с другой стороны, о чем может свидетельствовать исследование, проведенное в Швейцарии (2000). После изучения продолжительности жизни, общей смертности населения и здоровья населения Женевы авторы исследования считают, что все приведенные показатели можно назвать одними из лучших в мире, однако, в некоторых районах Женевы затраты на здравоохранение отличаются от затрат в остальной Швейцарии или в Европе. Чтобы по-новому оценить текущее состояние приоритетов для сохранения здоровья населения, авторы проанализировали количество потерянных лет здоровой жизни (DALY) для отдельных заболеваний и травм. Были получены следующие результаты: на неинфекционные заболевания пришлось 79% DALY, травмы составили 12%, инфекционные заболевания и другие нарушения - 9%, нервно-психические расстройства и расстройства психического здоровья составили более 23% от общей величины DALY. Неожиданной для авторов исследования оказалась важность проблемы психического здоровья населения.

DALY также часто используется для проведения международных сопоставлений. Так, например, было проведено исследование показателя DALY, условий и факторов, определяющих тяжесть заболевания параплегией на примере Австралии и Камеруна. В исследовании использовались качественные и количественные методы для получения данных о воздействии развития страны, состояния окружающей среды (городской или сельской), гендерные параметры и социально-экономический статус людей с параплегией.

Несколько исследований, с целью использования индекса DALY для оценки результатов деятельности руководителей всех уровней и предоставления информации для планирования в области здравоохранения были проведены в Китае. По результатам одного из таких проектов были сделаны выводы, что основной причиной общего бремени болезней являлись нервно-психические расстройства.

Другое исследование, проведенное в Китае, было направлено на оценку потерь лет здоровой жизни городских жителей из-за твердых частиц загрязнения воздуха в китайских городах. В результате данного исследования было определено существенное неблагоприятное влияния на здоровье жителей городских районов Китая, что указало на необходимость усиления контроля загрязнения воздуха.

Таким образом, показатель количества потерянных лет здоровой жизни (DALY), позволяет увидеть не только безвозвратные потери или смертность населения от конкретных причин, но и построить государственную политику в сфере здравоохранения, позволяющую предотвратить или замедлить развитие смертельных болезней, т.е. продлить жизнь конкретному человеку или улучшить ее качество.

Использование интегрального показателя DALY позволит с высокой степенью точности сравнивать состояние здоровья популяции и уровень развития системы здравоохранения как на уровне стран, так и на уровне регионов и муниципалитетов, и, при совместном использовании с другими демографическими показателями, определять приоритетные задачи и цели для развития здравоохранения конкретных регионов и Российской Федерации в целом. Разработка системы интегральной оценки здоровья населения нашей страны на сегодняшний день необходима, в свете реализации государственной политики в сфере здравоохранения, повышения качества жизни населения, реализации "майских" указов Президента России.

Сабгайда Т.П., Семенова В.Г., Иванова А.Е., Евдокушкина Г.Н., Секриеру Е.М., Никитина С.Ю. Полнота учета в медицинских свидетельствах о смерти состояний, приведших к смерти // Здравоохранение Российской Федерации N 5/2014. С. 4-8.

Повышение качества статистических данных о смертности по-прежнему является одной их актуальных задач российского здравоохранения. Более чем 10-летняя практика использования кодов международного классификатора болезней привела к некоторому улучшению качества кодирования причин смерти с начала XXI века. В какой-то степени это связано с действием с 2008 г. рекомендаций по порядку выдачи и заполнения "Медицинского свидетельства о смерти" (учетная форма N 106/у-08; далее свидетельства). Однако и после введения в действие этих рекомендаций в регистре умерших содержалось излишне много неопределенных причин смерти.

Для повышения точности учета уровня смертности населения статистическая разработка причин смерти с 2010 г. проводится по нескольким полям причин смерти в свидетельствах. Статистика причин смерти основана на концепции "первоначальной причины смерти". Поскольку первоначальной причиной смерти следует считать болезнь или травму, вызвавшую последовательный ряд болезненных процессов, которые непосредственно привели к смерти, формализация этих состояний в итоге повысит надежность определения первоначальной причины смерти. Предполагается, что заполнение всех полей будет соответствовать изложению последовательности патологических состояний, приведших к летальному исходу.

Структура смертности населения является наиболее надежным показателем состояния здоровья населения, поэтому повышение достоверности установления причин смерти и, следовательно, полного описания последовательности состояний, приведших к смерти, чрезвычайно важно. Это определяет актуальность данной работы, посвященной оценке полноты учета в свидетельствах состояний, приведших к смерти.

Материалы и методы

Полное описание в свидетельствах последовательности состояний, приведших к смерти, означает, что в разделе 19 "Причины смерти" в части I заполнены следующие пункты: "а" (болезнь или состояние, непосредственно приведшее к смерти); "б" (патологическое состояние, приведшее к возникновению причины, которая указана в пункте "а"); "в" (первоначальная причина смерти). Для внешних причин смерти заполняется пункт "г" (внешняя причина при травмах и отравлениях). В регистре умерших механизм смерти от заболевания описывается кодами причин, содержащимися в полях А26 (пункт "а"), А27 ("б") и А28 ("в"). Поле А29 соответствует пункту "г". Для первоначальной причины смерти в регистре умерших имеется еще два поля: А24 - причина смерти по полной номенклатуре, и А25 - причина смерти по краткой номенклатуре. В данном исследовании мы проанализировали частоту заполнения части I раздела 19, где представлен последовательный ряд патологических состояний, непосредственно приведших к смерти от заболевания. Анализировали болезни семи классов по МКБ-10.

Использовали данные официальной статистики смертности Росстата исследование проводили по деперсонифицированному регистру умерших 2011 г. для всего населения РФ.

Для умерших в стационаре должны быть заполнены поля А26, А27 и А28, поскольку в стационарах проводится полное обследование больных и отслеживается механизм смерти. При установлении диагноза смерти лица, умершего дома, врачи поликлиники могут не знать конкретного механизма смерти, поэтому пункты "б" и "в" могут быть незаполненными. В связи с этим сравнивали частоту одновременного заполнения полей А26, А27 и А28, а также частоту заполнения двух полей (во всех комбинациях: А26 и А27, А26 и А28, А27 и А28) среди случаев смерти в стационаре и дома. Проанализировали также случаи заполнения поля А29 для определения причин такой ошибки.

Расчеты проводили в программе Microsoft Office Access 2003.

Результаты и обсуждение

В регистре умерших поля А24 и А25 для первоначальной причины смерти заполняются всегда. Заполнение полей, описывающих механизм смерти, наблюдается крайне редко (табл. 1). Врачи не считают нужным давать полную информацию при установлении диагноза смерти: даже обладая данными о механизме смерти больного в стационарах, специалисты не описывают его в свидетельствах.

Таблица 1

Частота (в %) заполнения полей части I раздела 19 в «Медицинских свидетельствах о смерти» российского населения в случае смерти в стационаре или дома в 2011 г.

Класс причин смерти	Частота заполнения полей одновременно:			
	А26, А27 и А28		два из А26-А28	
	стационар	дом	стационар	дом
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	0,41	0,32	1,67	1,40
Новообразования	0,79	0,33	2,09	2,44
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	4,99	6,59	3,41	3,22
Психические расстройства и расстройства поведения	0,70	0,44	1,72	1,27
Болезни нервной системы	0,76	0,44	4,61	3,30
Болезни органов дыхания	0,60	0,43	2,75	3,05
Болезни системы кровообращения	0,65	0,75	3,28	3,59

При большинстве классов причин смерти свидетельства заполняются полностью чаще для больных, умерших в стационаре, чем для больных, умерших дома. Однако в случае смерти от болезней эндокринной системы и болезней системы кровообращения, наоборот, меньше. Наибольшее количество полностью заполненных полей для описания логической последовательности развития летального патологического процесса при болезнях системы кровообращения наблюдали в Тульской области и Краснодарском крае.

Одновременное заполнение двух полей для больных, умерших от инфекционных и паразитарных болезней, болезней эндокринной системы, психических расстройств и болезней нервной системы, чаще осуществляется в стационарах, чем при диагностике случаев смерти, последовавшей дома. Для этих классов болезней смерть больных чаще наступает в стационаре (51,6, 57,7, 48,8 и 45,8% против 29,8, 35,5, 36,1 и 43,5% соответственно). Напротив, смерть от новообразований, болезней органов дыхания и системы кровообращения чаще следует в домашних условиях, чем в стационарах (71,2, 50,3 и 64% против 20,9, 35,8 и 22,5% соответственно), и доля одновременного заполнения двух полей для случаев смерти дома больше. Можно предположить, что этот феномен каким-то образом связан с квалификацией участковых врачей, вынужденных чаще посещать на дому тяжелых больных с патологией этих классов болезней.

Даже когда заполняются все поля части I раздела 19 свидетельства, иногда проявляется недобросовестность врачей, диагностирующих и кодирующих причину смерти. Такое отношение обусловливало большую долю ошибок кодирования и в предшествующий период. Безответственное отношение к заполнению учетных форм проявляется в указании одинаковых кодов в полях А26, А27 и А28. Для инфекционных и паразитарных заболеваний доля таких случаев среди случаев полного заполнения части I раздела 19 составила 72%, для новообразований - 57,3%, для эндокринных заболеваний - 1,7%, для болезней нервной системы - 5,6%, для болезней органов дыхания - 9,2%, для болезней системы кровообращения - 10,5%. Для случаев смерти от психических расстройств таких случаев не наблюдали.

В то же время медицинские специалисты, осознающие важность достоверного учета причин смерти, практически предложили использовать пункт "г" раздела 19 в свидетельствах - "внешняя причина при травмах и

отравлениях", и для случаев смерти от заболеваний. Поле А29 было заполнено для инфекционных и паразитарных болезней, болезней нервной системы и болезней системы кровообращения. В ряде случаев такой подход оказался оправданным, поскольку были выявлены случаи необходимости изменения причины смерти на класс внешних причин.

Так, в восьми случаях смерти от болезней нервной системы и в 14 случаях смерти от болезней системы кровообращения в поле А29 содержался код внешней причины (табл. 2).

Таблица 2

Код выбранного диагноза причины смерти (А24), непосредственной (А26), предшествующей (А27), первоначальной (А28) причин смерти для случаев заполнения поля внешней причины (А29), РФ, 2011 г.

Код региона	Возраст умершего	Содержимое полей				
		А24	А26	А27	А28	А29
Мужчины						
1103[1]	52	G93.6	G93.6	M50.0		W51.9
1103[1]	54	G93.8		162.9	W08.8	W08.9
1103[1]	58	G93.8				X31.8
1103[1]	26	G93.6				V48.5
1103[1]	35	G93.8				X45.0
1103[1]	50	G93.0				Y08.9
1103[1]	48	G93.8		X59.0	X59.9	W08.8
1198[5]	36	G93.5	G93.5			Y00.0
1103[1]	29	160.9	160.9	0	0	Y00.9
1103[1]	78	160.6	0	0	0	W01.4
1103[1]	51	161.8	G93.6	161.8	0	Y29.9
1122[2]	55	161.5	0	161.5	0	Y29.0
1144[3]	63	122.9	0	0	0	Y89.9
1146[4]	30	161.6	0	0	0	W01.4
1198[5]	57	124.8	124.8	G93.6	G06.2	X59.0
1198[5]	87	125.1	150.1	150.1	125.1	Y89.9
Женщины						
1103[1]	Неизвестно	195.0	0	0	195.0	X31.9
1103[1]	44	195.9	0	0	0	X31.9
1103[1]	85	164	H11.3	D68.0	B21.2	W23.0
1197[6]	54	142.9	0	0	0	W78.8
1198[5]	45	142.6	G93.6	150.9	J81	Y89.9
1198[5]	71	163.9	163.9	111.0	0	Y89.9

Примечание. [1] - Краснодарский край; [2] - Нижегородская область; [3] - Магаданская область; [4] - Московская область; [5] - Якутия; [6] - Чувашия.

При смерти мужчины в возрасте 52 лет (пример 1) от отека мозга (G93.6), возникшего из-за поражения межпозвоночного диска шейного отдела с миелопатией (M50.0), первоначальная причина смерти должна кодироваться по классу XX "Внешние причины заболеваемости и смертности", поскольку удар другого лица или столкновение с ним в неуточненном месте (W51.9) логично является причиной развития терминальной стадии.

Логичной представляется следующая цепочка (пример 2): падение, связанное с предметами обстановки (W08), является причиной неуточненного внутричерепного кровоизлияния (162.9), которое привело к смерти 54-летнего мужчины от поражения головного мозга (G93.8). Первоначальная причина смерти также должна кодироваться по классу XX.

Для примера 3 нельзя однозначно утверждать, что "Другое уточненное поражение головного мозга" (G93.8) является следствием "Воздействия чрезмерно низкой природной температуры" в уточненном месте (X3 1.8), поскольку в возрасте 58 лет вероятным является наличие дегенеративных изменений

мозга, информация о которых не приведена. А вот для примеров 4 и 5 трудно представить, что у молодых мужчин отек или другое поражение головного мозга не связаны с имевшими место дорожно-транспортным происшествием (У48.5 - "Водитель, находившийся в легковом автомобиле и пострадавший в результате транспортного несчастного случая без столкновения) или случайного отравления и воздействия алкоголя в домашних условиях (Х45.0), тем более, что в обоих случаях место наступления смерти указано как "место происшествия". Аналогично трудно представить, как у молодого мужчины появилось сдавление головного мозга (G93.5), если не учитывать нападение с применением тупого предмета (Y00) как первоначальную причину смерти (пример 8).

Для примера 6 также нельзя однозначно утверждать, что нападение другими уточненными способами (Y08) является первоначальной причиной смерти, оно могло стать сопутствующей причиной для утяжеления состояния больного с церебральной кистой (G93.0), хотя более вероятным является дожитие мужчины до преклонного возраста с этой патологией в случае отсутствия внешней причины. Совершенно не ясна картина смерти, описанная в примере 7. После падения, связанного с предметами обстановки в уточненном месте (W08.8), 48-летний мужчина подвергся случайному воздействию неуточненных факторов сначала в неизвестном месте, потом дома (Х59.9 и Х59.0), после чего у него развилось "Другое уточненное поражение головного мозга" (G93.8). Первоначальная причина смерти здесь должна кодироваться по классу XX.

Таким образом, 6 из 8 случаев с приведенной информацией в поле А29 закодированы по классу "Болезни нервной системы" неверно, оставшиеся 2 с какой-то долей вероятности тоже относятся к XX классу. По-видимому, политическая установка о снижении смертности от внешних причин привела к стремлению в ряде регионов кодировать такие случаи смерти, как соматическую патологию.

Случаи заполнения поля А29 для смерти от причин IX класса "Болезни системы кровообращения" также отражают потребность врачей в указании на состояния, связанные с воздействием внешних причин. Так, в примере 9 смерть молодого мужчины была следствием нападения с применением тупого предмета в неуточненном месте (Y00.9), а не "Субарахноидального кровоизлияния неуточненного" (160.9). Аналогично в примерах 11 и 12 смерть мужчин была следствием "контакта с тупым предметом с неопределенными намерениями".

В примере 14 падение в результате поскальзывания 30-летнего мужчины на улице (W01.4) может быть связано с внутримозговым кровоизлиянием множественной локализации (161.6) только причинно-следственной связью. В примере 10 падение пожилого мужчины на улице могло быть следствием произошедшего инсульта мозга, хотя вероятна и обратная последовательность событий, поскольку указано, что смерть последовала на месте происшествия. В примерах 17 и 18 смерть женщин была вызвана воздействием чрезмерно низкой природной температуры (место не уточнено), в результате чего возникла гипотензия, ставшая непосредственной причиной смерти. Похоже, что правильными кодами причины смерти в этих случаях должны быть коды Х31.9.

В то же время, в ряде случаев заполнение поля А29 при смерти от заболеваний ошибочно. Так, в примере 15 не ясна связь воздействия неуточненного фактора в домашних условиях (Х59.0) ни с одним из состояний, приведенных в полях А26-А28. Последовательность заполнения этих полей не соответствует логике развития патологического процесса. Код G93.6 (отек мозга) соответствует терминальному состоянию, его следует записать в поле А26, хотя необязательно, поскольку это состояние встречается в большей части всех случаях смерти и не несет специфической информации. Экстрадуральный абсцесс неуточненный (G06.2) не является следствием острой ишемической болезни сердца другой формы (124.8).

В примере 19 роль внешнего фактора W23 ("Зацепление, раздавливание, сжатие или защемление в объекте или между объектами") не просматривается. Кодом первоначальной причины смерти должен быть выбран код В21.2 (болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлениями других неходжкинских лимфом), даже если заражение произошло при переливании крови в целях лечения сосудистой гемофилии (D68.0 "Болезнь Виллебранда"). Причина смерти устанавливалась в стационаре.

В примере 20 асфиксия, вызванная вдыханием содержимого желудка (W78), по-видимому, является следствием болезненного состояния при кардиомиопатии неуточненной (142.9).

В примере 22 первоначальная причина смерти также выбрана неверно. Из упомянутых состояний прослеживается логическая цепочка развития летального процесса: гипертензивная болезнь с преимущественным поражением сердца с сердечной недостаточностью (Ш.О) привела к инфаркту мозга неуточненному (163.9), и в результате истощения развилась гипостатическая пневмония неуточненная (J18.2). Причина Y89 ("Последствия других внешних причин") никак не связана с выстроенной последовательностью, точно так же как она не связана с повторным инфарктом миокарда неуточненной локализации (122.9) в примере 13 и с атеросклеротической болезнью сердца (125.1) в примере 16.

В примере 21 диагноз смерти (А24) поставлен не на основании состояний, приведенных в полях А26-А28. По-видимому, под внешней причиной Y89 ("Последствия других внешних причин") подразумевалось злоупотребление алкоголем, в связи с чем был поставлен диагноз алкогольной кардиомиопатии (142.6).

Таким образом, в ряде случаев указание внешней причины при смерти от заболеваний позволяет скорректировать первоначальную причину смерти на этапе проверки данных в информационно-аналитических центрах.

Можно отметить, что в Краснодарском крае (код 1103) 4 из 6 случаев смерти от болезней системы кровообращения могут быть насильственными, что позволяет предположить намеренное снижение доли внешних причин смерти в этом регионе.

Заключение

Полученные результаты демонстрируют, что заполнение нескольких полей при описании летального процесса проводится чрезвычайно редко, при этом имеются случаи фальсификации, когда все пункты раздела 19 заполнены одинаковыми кодами. Для умерших в стационаре полная информация чаще приводится лишь для тех классов заболеваний, смерть от которых чаще наблюдается в стационаре. В инструкции по заполнению свидетельства исходно не предполагалось указание внешней причины для случаев смерти от заболеваний, однако в ряде случаев эта информация позволяет скорректировать первоначальную причину смерти.

Учет всех приведенных причин смерти реально позволяет повысить качество статистики смертности в нашей стране, однако до сих пор не предпринято мер повышения ответственности врачей по заполнению указанных свидетельств.

Вялков А.И., Гундаров И.А., Полесский В.А. Методология оценки общественного здоровья: определение, показатели, индикаторы, мониторинг // Проблемы управления здравоохранением N 1/2006. с. 5-9

Тема общественного здоровья привлекает в России все большее внимание не только ученых-теоретиков, но и практиков здравоохранения. Причиной тому - крайне неблагоприятные демографические процессы в стране, требующие принятия неотложных мер по радикальному улучшению ситуации.

Эффективное управление общественным здоровьем невозможно без его оценки и слежения за динамикой контролируемых показателей. Однако государственные органы не располагают адекватными этой задаче технологиями. Утвердилось мнение, что одним из наиболее распространенных показателей в оценке здоровья населения является заболеваемость. В результате отчеты по "здоровью населения" основываются на характеристике "нездоровья". Собственные же показатели и критерии общественного здоровья остаются не разработанными.

Причиной такого положения является отсутствие методологии определения понятий "общественное здоровье", большинство из которых ориентированы преимущественно на использование в теоретических дискуссиях, а не на практическое применение. Например, какими индикаторами или каким инструментарием следует измерять количество здоровья, определяемое ВОЗ как "состояние полного физического, психического и социального благополучия"?

Многочисленные зарубежные определения общественного здоровья зачастую подменяются "здравоохраненческим" содержа-

нием, включающим в себя службу (систему) охраны и укрепления здоровья. Например, "public health" определяется как наука и искусство предотвращения болезней, увеличения продолжительности жизни и обеспечения здоровья через организованные усилия общества. Конкретизируя это понятие, эксперты ВОЗ из сотен критериев и показателей остановились на удельном весе затрат на здравоохранение по отношению к валовому внутреннему продукту, доступности первичной медицинской помощи, проценте вакцинированных при профилактике инфекционных заболеваний лиц, состоянии питания детей, обеспеченности безопасным в гигиеническом смысле водоснабжением и др. Однако это - всего лишь условия обеспечения общественного здоровья, а не оно само. Что же следует считать собственно здоровьем, остается неясным.

В отечественной литературе по данной проблеме также нередко смешиваются понятия "здоровье" и "условия, влияющие на здоровье", "здоровье" и "система, его обеспечивающая, сохраняющая или поддерживающая". Нередко критерии здоровья трактуются настолько широко, что фактически отождествляются с благополучием в целом. Здоровым в обществе считается все то, что расценивается как хорошее, а больным - то, что принято называть плохим. Но разве подушевой доход и гражданские свободы - важнейшие показатели социального благополучия - являются собственно показателями здоровья? Богатый человек может быть больным, а бедный человек - здоровым. Попавший в тюрьму преступник резко ограничивается в гражданских правах, но это не означает, что он тут же становится больным. Едва ли правомерно считать более здоровыми тех людей, которые имеют лучшие физические кондиции (например, спортсмен-штангист по сравнению со спортсменом-шахматистом). Точно так же страдания матери у постели больного ребенка не обязательно должны трактоваться как нездоровье, хотя психическое состояние ее далеко от благополучного. Напротив, ненормальным является ощущение радости при виде мучений близкого человека.

В качестве определяющих критериев участия в оздоровительном проекте предлагаются такие показатели, как принятие необходимых законодательных инициатив, осуществление мер экологической защиты, организация необходимой социальной инфраструктуры, проведение требуемых конференций и т.д. Здесь происходит смешение понятий "оценка процесса" (process evaluation) и "оценка финальной цели" (target evaluation). Нас же, в конечном счете, интересует главный вопрос: "Как прилагаемые усилия отразятся на здоровье общества?", и именно он остается без удовлетворительного ответа из-за отсутствия адекватных индикаторов общественного здоровья.

Для более точного определения понятия "общественное здоровье" требуется прежде уточнить содержание понятий "общество" и "здоровье". Общество есть множество отдельных индивидов, которые в то же время находятся во взаимодействии между собой, образуя социальное целое. Поэтому, с одной стороны, общество не может быть здоровым, если все его граждане по отдельности больны. С другой стороны, даже если все граждане по отдельности здоровы, общество может оказаться больным как социальный организм, когда повреждены внутренние системные зависимости, объединяющие людей в единое целое. Например, если население страны состоит на 70% из женщин и на 30% из мужчин, и все они здоровы, тем не менее, такая тендерная структура есть признак репродуктивного нездоровья, лишающего народ возможности выжить. Напротив, существуют и такие ситуации, когда при наличии большого числа больных людей общество в целом остается здоровым благодаря действию компенсаторных механизмов.

Понятие "здоровье" является частью более общего понятия "благополучие" (wellness). Учение об общественном здоровье является той частью учения об общественном благополучии, которая разрабатывается медицинской наукой. Никакая другая дисциплина не компетентна в данном круге вопросов. Остальные аспекты благополучия, включая духовное развитие, рассматриваются другими науками о человеке: психологией, социологией, этикой и т.д. На этом основании при выработке понятия "общественное здоровье" следует прежде исключить из обсуждения те характеристики, которые не являются собственно здоровьем. Тогда легче подойти к осознанию содержания определяемого явления.

К числу признаков, не входящих в состав самого здоровья, относятся:

1) материальное состояние: подушевой доход, жилищные условия, питание т.д.;

2) экологическая ситуация;

3) мораль, право, культура, образование, правопорядок, религия и т.д.;

4) политические свободы: доступность информации, участие в выборах и т.д.;

5) состояние системы здравоохранения: количество врачей на душу населения, доля ВВП на здравоохранение, доступность первичной медицинской помощи и т.д.;

6) вредные привычки: курение, злоупотребление алкоголем, избыточное питание, гиподинамия;

7) показатели болезненности: заболеваемость, смертность и др.

Среди оставшегося объема признаков наиболее значимыми для общества являются следующие свойства. Во-первых, это обеспечение непрерывного биологического воспроизводства полноценного потомства. Во-вторых, это необходимая продолжительность жизни, которая позволяет людям достичь полноценного развития, выполнить намеченные жизненные планы и получить удовлетворение от их реализации. В-третьих, это достаточный уровень пассионарности, трудовой активности для выполнения социальных обязанностей на работе, в быту, в отношениях с природой. Таким образом, "общественное здоровье - это способность населения обеспечивать воспроизводство полноценного потомства, необходимую продолжительность жизни и адекватную трудовую активность". Следовательно, здоровым в точном смысле этого слова может оказаться и безнравственное общество. Разумеется, по другим критериям оно будет оцениваться как плохое, но к здоровью это отношение не имеет. В подобной ситуации для исправления социально плохого на социально хорошее потребуются не медицинские усилия, а действия иного рода.

Из приведенного выше определения следует, что при оценке общественного здоровья необходимо в населении измерять:

1) полноценность биологического воспроизводства;

2) ожидаемую продолжительность жизни;

3) степень дееспособности.

Используемые с этой целью параметры должны быть количественно измеряемыми с помощью стандартных методов оценки, существовать в официальной статистике, обладать на популяционном уровне связями с другими социальными характеристиками, изменяться под влиянием условий жизни, а также при воздействии эффективных оздоровительных мероприятий.

1. Воспроизводство населения

Разработке методов оценки биологического воспроизводства населения уделялось большое внимание в отечественной демографической науке. К числу наиболее важных и доступных для широкого использования следует отнести следующие показатели.

Показатель естественного воспроизводства населения, который отражает разность между рождаемостью и смертностью на 1000 жителей. Его величина зависит не только от уровня плодовитости, но также от возрастного состава населения, доли женщин, брачности, смертности. При отрицательных значениях показателя имеет место депопуляция (вымирание) коренного населения.

Для характеристики собственно фертильной активности следует использовать суммарный коэффициент рождаемости. Это расчетная величина, которая показывает число детей, рожденных условной женщиной в течение ее репродуктивного возраста. Значения больше 4,0 считаются высокими, меньше 2,15 - низкими.

К наиболее полным статистическим индикаторам биологического воспроизводства относится нетто-коэффициент воспроизводства населения. Это количественная мера замещения материнского поколения дочерним с учетом повозрастной рождаемости и смертности женщин детородного возраста.

Кроме количества рождающихся детей важное значение имеет их здоровье и способность дожить до репродуктивного возраста. Не все младенцы доживают до периода вступления в брак. Учет этих потерь с расчетом "нетто-нетто коэффициента воспроизводства" позволит более точно характеризовать истинный репродуктивный потенциал населения.

2. Продолжительность жизни

Для оценки продолжительности жизни (дожития) наиболее распространенным является показатель "ожидаемой продолжительности жизни" (ОПЖ). Чаще всего он рассчитывается от рождения (ОПЖ-0). ОПЖ-0 - это усредненная продолжительность жизни всех родившихся младенцев, рассчитанная по тем уровням повозрастной смертности, которая имелась в предшествующий год.

Однако применение ОПЖ-0 для прогностической характеристики общественного здоровья оказывается недостаточным потому, что смертность детей и взрослых определяется разными социальными факторами, которые при суммарной оценке могут нейтрализовать эффект друг друга. Младенческая смертность в значительной мере зависит от экономического потенциала государства, благосостояния семьи, технической и технологической оснащенности здравоохранения, гигиенической и общей культуры населения, условий проживания и т.д. При прочих равных условиях, чем богаче общество, тем меньше младенческая смертность. Поэтому одинаковые по потенциалу здоровья новорожденные будут с разной частотой умирать в странах бедных и богатых, при хорошем и плохом оснащении родильных домов и т.д. В результате различия ОПЖ-0 отражают разницу не только самого здоровья родившегося поколения, но и особенности экономических условий существования.

Взрослая смертность, в отличие от детской, определяется в значительной мере влиянием привычек поведения, производственных отношений, характера труда, социально-психологических факторов. Поэтому повышение степени урбанизации и технического прогресса часто ухудшает здоровье, что ведет к росту смертности от "болезней цивилизации": неинфекционных заболеваний, травматизма, самоубийств и др. За счет этого продолжительность жизни взрослого населения более развитых стран может оказаться меньше, чем менее развитых (при прочих равных условиях).

ОПЖ новорожденных в развитых странах (Великобритания, Германия, Ирландия, Люксембург и др.) в 1980 г. была выше, чем в бедных странах (Армения, Грузия, Белоруссия, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан). Зато ОПЖ пожилых оказалась больше в бедных странах по сравнению с богатыми.

При суммарном расчете ОПЖ-0 смерть ребенка до года означает потерю примерно 70 человеко-лет наблюдения, а смерть взрослого пятидесятилетнего человека несет потерю только 20 человеко-лет. Тем самым влияние на ОПЖ-0 смерти одного ребенка в три раза сильнее влияния смертей трех взрослых 50-летнего возраста.

Следовательно, одна и та же величина ОПЖ-0 может иметь разное качественное содержание. Например, в одном случае среди родившихся младенцев половина умерла сразу, а вторая половина дожила до 100 лет. Во втором случае никто при рождении не умер, и все дожили до 50 лет. Однако и там, и там ОПЖ-0 равна 50 годам. Значит, ОПЖ детей и взрослых должна оцениваться раздельно. Иначе расчет ОПЖ-0 в богатых странах по сравнению с бедными будет затушевывать высокую смертность взрослых за счет низкой младенческой смертности.

При полноценной оценке дожития рационально выделять следующие возрастные страты ОПЖ: от рождения до года, от рождения до пяти лет, в возрасте 45 лет, в возрасте 65 лет.

3. Дееспособность

Для характеристики дееспособности населения предлагается использоваться показатель продолжительности трудоспособной жизни. Его можно рассчитать как долю человеко-лет без потерь трудоспособности (временной и устойчивой) ко всей величине прожитых человеко-лет населением трудоспособного возраста.

Все три указанные выше группы индикаторов могут стать основой для расчета суммарного (интегрального) коэффициента общественного здоровья. Получаемые показатели общественного здоровья должны мониторироваться, то есть регулярно отслеживаться по стандартным критериям. Иначе невозможно проводить контроль за их динамикой и осуществлять оценку эффективности оздоровительных программ и деятельности системы здравоохранения. Чтобы не ошибиться в интерпретации наблюдаемых трендов, следует проводить сравнение с аналогичными показателями соседних территорий. При проведении оздоровительной работы требуется также отслеживать факторы, влияющие на здоровье, и усилия по их коррекции.

Информация о динамике показателей общественного здоровья должна регулярно направляться в структуры государственного аппарата для принятия управленческих решений. Такая система политического регулирования с использованием обратной связи способна в короткий срок обеспечить достижение приемлемого уровня общественного здоровья и нормализацию демографической ситуации в современной России.

ОСОБЕННОСТИ РАССМОТРЕНИЯ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Александров М.А.
Научный консультант редакции

Диагноз психического заболевания не повод для отказа рассмотрения обращения гражданина. Лица, страдающие психическими расстройствами, обладают всеми правами и свободами граждан, предусмотренными Конституцией Российской Федерации и федеральными законами, в том числе правом обращаться лично, а также направлять индивидуальные и коллективные обращения в государственные органы и органы местного самоуправления.

Ограничение прав и свобод граждан, связанное с психическим расстройством, допустимо лишь в случаях, предусмотренных законами Российской Федерации. Обращения гражданин, страдающих психическими расстройствами, рассматривается в общем порядке, предусмотренным Федеральным законом от 02.05.2006 N 59-ФЗ "О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации" и настоящей инструкцией.

Порядок обжалования действий по оказанию психиатрической помощи регламентируется законом "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" от 02.07.1992 N 3185-1. Все лица, страдающие психическими расстройствами, при оказании им психиатрической помощи имеют право на получение информации о своих правах, а также в доступной для них форме и с учетом их психического состояния информации о характере имеющихся у них психических расстройств и применяемых методах лечения.

В соответствии со статьей 37 закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" все пациенты, находящиеся на лечении или обследовании в психиатрическом стационаре, вправе обращаться непосредственно к главному врачу или заведующему отделением по вопросам лечения, обследования, выписки из психиатрического стационара и соблюдения прав, предоставленных настоящим Законом; а также подавать без цензуры жалобы и заявления в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд и адвокату.

Администрация и медицинский персонал психиатрического стационара обязаны создать условия для осуществления прав пациентов и их законных представителей, предусмотренных настоящим Законом, в том числе обеспечивать возможность направления жалоб и заявлений пациентов в органы представительной и исполнительной власти, прокуратуру, суд, а также адвокату.

Действия медицинских работников, иных специалистов, работников социального обеспечения и образования, врачебных комиссий, ущемляющие права и законные интересы граждан при оказании им психиатрической помощи, могут быть обжалованы по выбору лица, приносящего жалобу, непосредственно в суд, а также в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу) или прокурору. Жалоба может быть подана лицом, чьи права и законные интересы нарушены, его представителем, а также организацией, которой законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, в месячный срок, исчисляемый со дня, когда лицу стало известно о совершении действий, ущемляющих его права и законные интересы. Лицу, пропустившему срок обжалования по уважительной причине, пропущенный срок может быть восстановлен органом или должностным лицом, рассматривающим жалобу.

В целях обеспечения рассмотрения жалоб граждан по оказанию психиатрической помощи при Министерстве образования и социального развития Российской Федерации, территориальных органах управления образованием субъектов Российской Федерации создаются комиссии по рассмотрению жалоб граждан по оказанию психиатрической помощи в составе соответствующих специалистов.

Жалоба по оказанию психиатрической помощи, поданная в вышестоящий орган (вышестоящему должностному лицу), рас-

сматривается в десятидневный срок с момента обращения. Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) по существу жалобы должно быть мотивированным и основанным на законе. Копия решения в трехдневный срок после рассмотрения жалобы по существу направляется или вручается заявителю и лицу, чьи действия обжалуются. Решение вышестоящего органа (вышестоящего должностного лица) может быть обжаловано в суд в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

При рассмотрении жалобы по оказанию психиатрической помощи необходимо обеспечить сохранение врачебной тайны. Сведения о наличии у гражданина психического расстройства, фактах обращения за психиатрической помощью и лечении в учреждении, оказывающем такую помощь, а также иные сведения о состоянии психического здоровья являются врачебной тайной, охраняемой законом. Для реализации прав и законных интересов лица, страдающего психическим расстройством, по его просьбе либо по просьбе его законного представителя им могут быть предоставлены сведения о состоянии психического здоровья данного лица и об оказанной ему психиатрической помощи.

Заявление представителя психиатрического учреждения о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке[1] рассматривается судом в течение пяти дней с момента его принятия в помещении суда либо в психиатрическом учреждении. Лицу должно быть предоставлено право лично участвовать в судебном рассмотрении вопроса о его госпитализации. Если по сведениям, полученным от представителя психиатрического учреждения, психическое состояние лица не позволяет ему лично участвовать в рассмотрении вопроса о его госпитализации в помещении суда, то заявление о госпитализации рассматривается судьей в психиатрическом учреждении. Участие в рассмотрении заявления прокурора, представителя психиатрического учреждения, ходатайствующего о госпитализации, и представителя лица, в отношении которого решается вопрос о госпитализации, обязательно.

[1]В соответствии со статьей 33 закона "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании" вопрос о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке по основаниям, предусмотренным статьей 29 данного закона, решается в суде по месту нахождения психиатрического учреждения. Заявление о госпитализации лица в психиатрический стационар в недобровольном порядке подается в суд представителем психиатрического учреждения, в котором находится лицо. К заявлению, в котором должны быть указаны предусмотренные законом основания для госпитализации в психиатрический стационар в недобровольном порядке, прилагается мотивированное заключение комиссии врачей-психиатров о необходимости дальнейшего пребывания лица в психиатрическом стационаре. Принимая заявление, судья одновременно дает санкцию на пребывание лица в психиатрическом стационаре на срок, необходимый для рассмотрения заявления в суде. Постановление судьи об удовлетворении заявления является основанием для госпитализации и дальнейшего содержания лица в психиатрическом стационаре. Постановление судьи в десятидневный срок со дня вынесения может быть обжаловано лицом, помещенным в психиатрический стационар, его представителем, руководителем психиатрического учреждения, а также организацией, которой законом либо ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан, или прокурором в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации.

КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ ОБЯЗАНЫ РАЗМЕЩАТЬ НА СВОИХ САЙТАХ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НЕЗАВИСИМОЙ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМЫХ ИМИ УСЛУГ?

Приказом Минздрава России от 30.12.2014 N 956н утверждены перечень сведений, необходимых для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями, и требования к содержанию и форме предоставления информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Минздрава России, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций.

Информация, предоставляемая медицинскими организациями, необходимая для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями[1]

На официальных сайтах медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет") размещается следующая информация, необходимая для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями:

1) о медицинской организации:

полное наименование, место нахождения, включая обособленные структурные подразделения (при их наличии), почтовый адрес, схема проезда;

дата государственной регистрации, сведения об учредителе (учредителях);

структура и органы управления;

режим и график работы;

правила внутреннего распорядка для потребителей услуг;

контактные телефоны, номера телефонов справочных служб, адреса электронной почты;

график приема граждан руководителем медицинской организации и иными уполномоченными лицами с указанием телефона, адреса электронной почты;

2) об адресах и контактных телефонах органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, территориального органа Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;

3) о страховых медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

4) о правах и обязанностях граждан в сфере охраны здоровья;

5) о медицинской деятельности медицинской организации:

о наличии лицензии на осуществление медицинской деятельности (с приложением электронного образа документов);

о видах медицинской помощи;

о возможности получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

о порядке, об объеме и условиях оказания медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

о показателях доступности и качества медицинской помощи, установленных в территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на соответствующий год;

о сроках, порядке, результатах проводимой диспансеризации населения в медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и имеющей прикрепленное население;

о правилах записи на первичный прием/консультацию/обследование;

о правилах подготовки к диагностическим исследованиям;

о правилах и сроках госпитализации;

о правилах предоставления платных медицинских услуг;

о перечне оказываемых платных медицинских услуг;

[1] *Приложение N 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2014 N 956н.*

о ценах (тарифах) на медицинские услуги (с приложением электронного образа документов);

6) о медицинских работниках медицинской организации, включая филиалы (при их наличии):

фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, занимаемая должность;

сведения из документа об образовании (уровень образования, организация, выдавшая документ об образовании, год выдачи, специальность, квалификация);

сведения из сертификата специалиста (специальность, соответствующая занимаемой должности, срок действия);

график работы и часы приема медицинского работника;

7) о вакантных должностях;

8) о перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения;

9) о перечне лекарственных препаратов, предназначенных для обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также лиц после трансплантации органов и (или) тканей;

10) о перечне лекарственных препаратов для медицинского применения, в том числе лекарственных препаратов для медицинского применения, назначаемых по решению врачебных комиссий медицинских организаций;

11) о перечне лекарственных препаратов, 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, а также в соответствии с Перечнем групп населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства отпускаются по рецептам врачей с пятидесятипроцентной скидкой;

12) об отзывах потребителей услуг;

13) иная информация, которая размещается, опубликовывается по решению учредителя и (или) руководителя медицинской организации и (или) размещение, опубликование которой являются обязательными в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Требования к содержанию и форме информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Минздрава России, органов государственной власти субъектов РФ, органов местного самоуправления и медицинских организаций[1]

1. Настоящим приложением определяются общие требования к содержанию и форме информации о деятельности медицинских организаций, размещаемой на официальных сайтах Министерства здравоохранения Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и медицинских организаций в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее соответственно - сеть "Интернет", официальные сайты).

2. На официальных сайтах размещается информация, предоставление которой является обязательным в соответствии с законодательством Российской Федерации, и иная информация, необходимая для проведения независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями (далее - информация).

3. Информация размещается в доступной, наглядной, понятной форме, в том числе в форме открытых данных, при этом обеспечиваются открытость, актуальность, полнота, достоверность информации, простота и понятность восприятия информации, наличие карты официального сайта для удобства навигации по сайту, работоспособного поиска по сайту, версии для слабовидящих, отсутствие ошибок, а также другие возможности для удобной работы пользователей сайта.

4. Информация на официальных сайтах размещается на русском языке, а также может быть размещена на государственных языках республик, входящих в состав Российской Федерации, и (или) на иностранных языках.

5. Размещенная на официальных сайтах информация должна быть доступна пользователям для ознакомления круглосуточно без взимания платы и иных ограничений.

6. Информация размещается на официальных сайтах в текстовой и (или) табличной формах, в форме электронного образа копий документов, а также может содержать схемы, графики, разъяснения.

7. При размещении информации на официальных сайтах и ее обновлении обеспечивается соблюдение требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

[1] *Приложение N 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2014 N 956н.*

8. Технические и программные средства, которые используются для функционирования официальных сайтов, должны обеспечивать:

а) доступ к размещенной на официальном сайте информации без использования программного обеспечения, установка которого на технические средства пользователя информации требует заключения лицензионного или иного соглашения с правообладателем программного обеспечения, предусматривающего взимание с пользователя информации платы;

б) защиту информации от несанкционированного уничтожения, модификации и блокирования доступа к ней, а также иных неправомерных действий в отношении ее;

в) возможность копирования информации на резервный носитель, обеспечивающий ее восстановление;

г) защиту от несанкционированного копирования авторских материалов.

9. На официальных сайтах обеспечивается возможность выражения мнений получателями медицинских услуг о качестве оказания услуг медицинскими организациями (анкетирование).

10. На официальном сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации формируется раздел "Медицинские организации", в котором размещается информация о деятельности медицинских организаций, содержащая:

сведения о подведомственных медицинских организациях, участвующих в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая полное наименование, место нахождения, почтовый адрес, контактные телефоны, номера телефонов справочных служб, адреса электронной почты, виды и профили оказываемой медицинской помощи, а также ссылки на официальные сайты медицинских организаций в сети "Интернет";

сведения о медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая полное наименование, место нахождения, почтовый адрес, контактные телефоны, номера телефонов справочных служб, адреса электронной почты, виды и профили оказываемой медицинской помощи, а также ссылки на официальные сайты медицинских организаций в сети "Интернет".

11. На официальном сайте органа государственной власти субъекта Российской Федерации формируются следующие разделы:

"Медицинские организации", в котором размещается информация, содержащая сведения о деятельности медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая полное наименование, место нахождения, почтовый адрес, контактные телефоны, номера телефонов справочных служб, адреса электронной почты, виды и профили оказываемой медицинской помощи, а также ссылки на официальные сайты медицинских организаций в сети "Интернет";

"Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями", в котором размещается информация о результатах независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

12. На официальном сайте органа местного самоуправления формируются разделы:

"Медицинские организации", в котором размещается информация, содержащая сведения о деятельности медицинских организаций, муниципальной системы здравоохранения, участвующих в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая полное наименование, место нахождения, почтовый адрес, контактные телефоны, номера телефонов справочных служб, адреса электронной почты, виды и профили оказываемой медицинской помощи, а также ссылки на официальные сайты медицинских организаций в сети "Интернет";

"Независимая оценка качества оказания услуг медицинскими организациями", в котором размещается информация о результатах независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями муниципальной системы здравоохранения.

13. На официальном сайте медицинской организации размещается информация о деятельности медицинской организации, включая обособленные структурные подразделения (при их наличии), в соответствии с приложением N 1 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 30.12.2014 N 956н.

Медицинская организация размещает информацию на официальном сайте в соответствии с документами, в которых содержатся соответствующие сведения (нормативные правовые акты, локальные нормативные акты, учредительные документы).

Редакция журнала

“Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения”
принимает для опубликования статьи по вопросам медицинской статистики и оргметодработы в учреждениях здравоохранения

К сведению авторов:

1. Статьи представляются в двух экземплярах.
2. На первой странице указываются инициалы авторов, их должности, ученые степени и звания, полное название учреждения, где работают авторы.
3. На последней странице должны быть подписи авторов с указанием почтового адреса и телефонов.
4. Таблицы, графики и рисунки должны быть компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Цветные графики и рисунки к публикации не принимаются.
5. Редакция оставляет за собой право редактирования и сокращения текста.
6. Обязательно предоставляется электронная версия по E–mail.

Статьи с указанием почтового адреса направляйте по адресу:

142703 г. Видное, Московская обл., ул. Школьная, 78
Центр изучения проблем здравоохранения и образования,
редакция журнала **“Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения”**
Телефон: (495) 541–89–22 (9–17 ч.)
Факс: (495) 541–89–22 (круглосуточно)
E–mail: zdrav1@mail.ru

Журнал “Медицинская статистика и оргметодработа в учреждениях здравоохранения” распространяется по подписке.
Подписаться на журнал можно в любом почтовом отделении по следующим каталогам:
– каталог "Роспечать" – подписной индекс **80306**
– объединенный каталог "Пресса России" – подписной индекс **12143**
– каталог российской прессы “Почта России" – подписной индекс **12304**

Подписку можно осуществить через редакцию:
телефон: (495) 541–89–22 (9–17 ч.),
факс: (495) 541–89–22 (круглосуточно)
адрес: 142703 Москва, Видное, ул. Школьная, 78
E–mail: zdrav1@mail.ru

Стоимость подписки на полугодие – **2940 руб. 00 коп.**
В стоимость подписки входит почтовая доставка.

Почтовый адрес редакции: 142703 г. Видное, Московская обл., ул. Школьная, 78
Главный редактор: Стариков К.А.
Подписано в печать 26.01.2016 г. Формат 60x84 1/8
Печать офсетная. Бумага офсетная №1
Печ. л. 10. Тираж 450 экз. Заказ

Отпечатано в Академиздатцентре «Наука» РАН,
ОП Производственно–издательский комбинат «ВИНИТИ»–«Наука»,
140014, Московская обл., г. Люберцы, Октябрьский пр–т, д. 403.
Тел./факс: 554–21–86, 554–25–97, 974–69–76.