

ФГБУ «ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

# СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

## РУКОВОДСТВО



МОСКВА  
2017

**ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

# **СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

**Руководство**

**Москва, 2017 год**

**Руководство подготовлено:**

доктором медицинских наук, профессором ***В.И. Стародубовым***

доктором медицинских наук, профессором ***И.М. Сон***

доктором медицинских наук, профессором ***С.А. Леоновым***

доктором медицинских наук ***Д.Ш. Вайсманом***

кандидатом политических наук ***О.В. Обуховой***

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	5
1. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ МЕТОДОЛОГИИ ОРГАНИЗАЦИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	6
2. СИСТЕМА СБОРА И ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	11
3. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АНАЛИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ.....	14
4. СХЕМА АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ РЕСУРСОВ.....	19
4.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИКРЕПЛЕННОЙ ТЕРРИТОРИИ.....	19
4.2. АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ.....	20
4.3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	21
4.4. ШТАТЫ И КАДРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	21
4.5. ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ.....	22
4.5.1. Расчет стоимостных показателей медицинских организаций на основе данных плана финансово-хозяйственной деятельности (ПФХД).....	31
4.5.2. Показатели деятельности медицинских организаций, влияющие на стоимостные характеристики.....	33
4.5.3. Деятельность медицинских организаций в условиях ОМС и выполнение территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.....	37
4.6. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.....	41
4.6.1. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ.....	41
4.6.2. АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ.....	44
4.7. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ И СЛУЖБ.....	45
4.7.1. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ.....	45
4.7.2. АНАЛИЗ РАБОТЫ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ.....	58
4.7.3. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРОВ КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ.....	59
4.7.4. КАЧЕСТВО ВРАЧЕБНОЙ ДИАГНОСТИКИ.....	61
4.7.5. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ ПОЛИКЛИНИКИ И СТАЦИОНАРА.....	62
4.7.6. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ СЛУЖБ.....	63
4.7.7. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ (КАБИНЕТОВ) И СЛУЖБ.....	63
5. ВЫВОДЫ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ.....	64
Приложение 1 Расчеты основных статистических показателей оценки здоровья населения и деятельности медицинских организаций.....	69
Приложение 2 О введении показателя «Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений» в практику планирования здравоохранения.....	81
Приложение 3 О правах руководителей учреждения здравоохранения по установлению штатов.....	86
Приложение 4 «Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности».....	88
Приложение 5 О порядке введения в действие закона Российской Федерации "Об	

ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности".....	89
Приложение 6 Типовые должностные инструкции.....	90
Приложение 7 УКАЗ ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ "О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения".....	106

## **Введение**

В условиях реформирования здравоохранения неоценимое значение имеет медицинская статистика, которая позволяет организаторам здравоохранения и практическим врачам применять научный подход к решению организационно-методических и медицинских проблем, правильно оценивать получаемую информацию, анализировать ее и принимать соответствующие решения.

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

К сожалению, многие руководители органов исполнительной власти в сфере здравоохранения и медицинских организаций, а также практические врачи, не владеют даже простейшими методами статистического анализа и делают зачастую неверные выводы.

Целью данного руководства является подготовка руководителей медицинских организаций, работников службы медицинской статистики, экономической службы и практических врачей по применению унифицированных методик расчетов основных показателей, характеризующих состояние здоровья прикрепленного населения, проведению на их основе анализа для оценки эффективности деятельности медицинских организаций и принятию решений.

В руководстве приведены основные показатели оценки здоровья населения, алгоритм их расчета, а также ряд необходимых нормативных документов. Приказы Министерства здравоохранения СССР являются рекомендательными и могут быть использованы в работе до принятия аналогичных документов Минздравом Российской Федерации.

## **1. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ МЕТОДОЛОГИИ ОРГАНИЗАЦИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Еще в 70-х годах прошлого века изучались воздействия услуг здравоохранения на рождаемость и смертность: обследование проводилось в 17 странах<sup>1</sup>.

В Декларации четвертой конференции по состоянию окружающей среды и здоровья, проводившейся 23-25 июня 2004 года в Будапеште, отмечалась ключевая роль информации о здоровье для формирования политики, обоснованного выбора приоритетов, координации взаимодействия. Это определяет первостепенную важность выработки и согласования базового набора индикаторов в этой области, как на государственном, так и на международном уровне.

Начало XXI в. отмечено интенсивной разработкой и внедрением государственных электронных сетей информации о здоровье. Это предполагает регламентацию принципов и механизмов поддержания национального минимума в отношении состава данных, статистических стандартов, технологии сбора, передачи и обработки информации.

Принципиально важна ориентация алгоритмов обработки информации не на ее источник, а на потенциальные сферы применения. Это предполагает:

- единство системы классификации и кодирования;
- согласование форматов и разрезов данных;
- контроль непротиворечивости;
- ориентацию в спектре потребностей пользователя и оперативную адаптацию к их изменениям.

Наряду с подготовкой методологических руководств по разработке и регламентов сопровождения информационных систем значительное внимание уделяется популяризации механизмов доступа и раскрытию принципов интерпретации данных для пользователя.

1

Мониторинг состояния здоровья населения, частоты распространения и

<sup>1</sup> Turner, A. G., G. Angeles, A. O. Tsui, M. Wilkinson, and R. J. Magnani. 2001. "Sampling Manual for Facility Surveys." MEASURE Evaluation and USAID.

характера различных нарушений здоровья, деятельности системы здравоохранения строится с таким расчетом, чтобы не просто дать представление о текущей ситуации и ее динамике, а обеспечить выявление их детерминантов и причин, определение мер для сокращения проблем и их влияния на здоровье, обоснование эффективной политики охраны здоровья, оптимизацию использования ресурсов в данной области, защиту прав пациентов, сокращение неравенства пациентов по состоянию здоровья и доступности медицинских услуг.

Это обуславливает жесткие требования к качеству медико-статистических данных и необходимость его постоянного повышения. Особое внимание уделяется обеспечению сопоставимости статистической отчетности медицинских организаций, результатов опросов населения, как на определенный момент времени, так и в динамике.

Акцент делается не на полноту учета, так как могут быть использованы и выборочные статистические исследования, а на достоверность и актуальность анализируемых выборок данных. Изменение национальных приоритетов в отношении охраны здоровья требует постоянного развития информационного обеспечения без ущерба для его целостности и сопоставимости.

Связь современной динамики состояния здоровья с демографическими, эпидемиологическими, технологическими и рискогенными переходами определяет необходимость комплексного анализа синергетического эффекта широкого спектра разнородных факторов.

Под **демографическими** переходами подразумевается изменение численности и половозрастной структуры населения.

**Эпидемиологические** переходы заключаются в доминировании неинфекционной составляющей в структуре заболеваемости (представленной злокачественными новообразованиями, сердечно-сосудистыми заболеваниями, внешними причинами). В то же время глобальные изменения климата, активизация международных контактов, непрекращающиеся вооруженные конфликты и угроза биотерроризма остаются факторами риска вспышек инфекционных заболеваний.



**Технологические** переходы обусловлены стремительным развитием науки, медицины, биотехнологий, информационных технологий.

**Рискогенные** переходы связаны с распространением вредных привычек и опасных для здоровья аспектов экономического развития.

Активизируется рассмотрение информации о здоровье населения в общем контексте его формирования, включающем:

- деятельность системы здравоохранения;
- экологическую ситуацию;
- социально-экономические условия;
- культурные традиции;
- образ жизни;
- научные достижения.

Укрепление общественного здоровья требует комплексного подхода, учета сбалансированности и взаимосвязей между здоровьем и политическими, социальными, экономическими и другими факторами развития общества.

Политика охраны здоровья должна обеспечивать распределение ответственности между всеми участниками на уровне общества в целом, координацию их усилия и контроль результатов.

Совершенствование моделей влияния на здоровье приобретает особую актуальность в связи с активизацией экономических, социальных и экологических преобразований. Например, линейный рост валового регионального продукта (ВРП) способствует сокращению материнской и младенческой смертности, инфекционной заболеваемости и улучшению качества питания при условии адекватных инвестиций в развитие человеческого потенциала (здравоохранение, образование, сокращение неравенства). Но рост ВРП зачастую связан и с усилением негативных аспектов: загрязнение окружающей среды, потребление табака и алкоголя, нерациональное питание.

Для организации эффективного противодействия им, в первую очередь, необходимо предусмотреть сбор и анализ соответствующей информации.

К ключевым показателям психического здоровья помимо распространенности различного рода патологической зависимости (не только от алкоголя, табака, наркотиков и галлюциногенов, но и от компьютерных игр и др.) относится подверженность депрессии.

Физическое здоровье в значительной степени детерминируется питанием, его объемом, качеством и сбалансированностью.

Все большее значение придается не динамике отдельных показателей, а их взаимосвязи: заболеваемости и смертности; стационарной, амбулаторной и экстренной помощи; потребности в отдельных медицинских услугах; затрат на здравоохранение и бремя болезней; объемов и качества медицинской помощи. С другой стороны, акцент переносится с отслеживания средних значений показателей на характер их распределения по отдельным группам населения: половым, возрастным, этническим, социально-экономическим и т.п.

В соответствии с основными принципами оценки результативности системы здравоохранения, ВОЗ были обозначены три социально значимые цели, достижению которых способствует система здравоохранения, а именно:

- улучшение состояния здоровья населения (по уровню и распределению),
- улучшение отзывчивости (по уровню и распределению) с учетом законных ожиданий населения (уважительное отношение к человеку и ориентация на его нужды),
- обеспечение справедливого финансового вклада в охрану здоровья (процент вложения в здоровье членов семьи от общих затрат последней за вычетом прожиточного минимума).

Вплоть до конца прошлого века основу отчетности о состоянии здоровья составляла статистика смертности, а также частота возникновения и распространения заболеваний. С переносом акцента с инфекционных на неинфекционные болезни особую актуальность приобрело измерение не связанных с угрозой для жизни последствий заболеваний. В связи с этим стал использоваться сводный показатель ожидаемой продолжительности здоровой жизни (ОПЗЖ). Он основывается на ожидаемой продолжительности жизни при

рождении, которая представляет собой сводный индекс смертности, но скорректированный по времени, которое приходится на неудовлетворительное состояние здоровья (определяется по результатам одномоментных исследований). ВОЗ считает распределение ОПЗЖ среди отдельных групп населения индикатором справедливости распределения результатов охраны здоровья.

Большое внимание уделяется сбору данных, характеризующих результативность медицинской помощи. Его ключевыми аспектами являются:

охват профилактическими мероприятиями (вакцинация, скрининг, приобщение к здоровому образу жизни);

своевременность диагностики (доля случаев, выявленных в последней стадии; продолжительность жизни после выявления);

соблюдение стандартов оказания помощи;

доступность отдельных видов помощи (степень удовлетворения потребности; время ожидания в очереди; потребность в экстренной помощи).

Анализ зарубежного опыта наблюдения за состоянием здоровья населения свидетельствует о необходимости:

- методологического единства и обеспечения преемственности в динамике;
- акцента не на полноту учета, а на актуальность, представительность и достоверность информации;
- ориентации алгоритмов обработки информации не на ее источник, а на потенциальные сферы применения;
- отслеживания взаимосвязей отдельных показателей;
- анализа и характера их распределения;
- использование унифицированной системы кодирования, единых форматов представления и разрезов данных;
- адаптации состава и интерпретации показателей к эволюции социально-политических приоритетов;
- выявления ключевых тенденций, их детерминантов и механизмов модификации.

Назрела актуальность во внедрении в нашей стране Международной классификации медицинских вмешательств (International Classification of Health Interventions - ICHI), разработанной Австралийским национальным центром классификаций в области здоровья для семейства международных классификаций ВОЗ (WHO-FIC). В настоящее время проводится ее адаптация и подготовка к публикации.

## **2. СИСТЕМА СБОРА И ОБРАБОТКИ ИНФОРМАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Система сбора и анализа статистических данных подчинена целям государства, связанным с контролем деятельности его органов, общества, и в целом - результатам развития общественных процессов. Соответственно, система государственной статистической отчетности в стране всегда строится на основании реальной политики государства во всех сферах его деятельности.

Система сбора основывается на учетной медицинской документации, утверждаемой Минздравом России. Далее информация обрабатывается и сводится в отчетные формы федерального и отраслевого статистического наблюдения.

Федеральная служба государственной статистики (Росстат) ответственна за предоставление обществу достоверной информации относительно его жизни и развития. Предоставляемые данные тем или иным способом используются в качестве информационной основы при принятии решений во всех сферах жизни граждан, общества, государства.

Именно государственная статистика является информационным фундаментом, на котором строятся планы и проекты будущего страны. По этой причине информация, предоставляемая органами государственной статистики, должна отвечать на вопросы, которые касаются проблем государственного строительства, экономического и социального развития и жизни граждан в целом. В соответствии с этими потребностями и должна формироваться стратегия развития службы государственной статистики, на ее основании - система статистических показателей.

В период масштабных политических, экономических и социальных преобразований в России система отчетности также претерпевает значительные изменения в соответствии с поставленными задачами экономического и социального развития общества, а также с происходящими в нем политическими процессами. Службе государственной статистики необходимо отражать ход реформ в соответствии с поставленными целями, динамику показателей результата, процесса, структурных изменений и ресурсного обеспечения, позволяющих анализировать причины возможных отклонений от запланированных результатов. Однако в настоящее время имеется значительный резерв возможностей развития отечественной статистики с целью наиболее полного, своевременного и прозрачного отражения ситуации в различных областях жизни общества и государства.

Еще одним важным качеством системы статистического учета является ее экономическая эффективность, то есть, система должна быть не избыточной по объему, а простой в плане сбора первичной информации, исключающей неоднозначность толкования и отвечающей на вопросы приоритетных целей развития и важнейших проблем, заслуживающих общественного внимания.

Помимо этого, важным качеством работы статистической службы является доступность информации, что подразумевает наличие возможности для гражданина свободно пользоваться информацией.

Для решения этой задачи необходимо выполнение ряда условий:

- статистические данные должны быть доступны физически, то есть, публиковаться свободно, бесплатно для пользователя;
- информация должна быть максимально понятной для пользователей - неспециалистов и не вводить в заблуждение;
- информация должна быть в удобной для пользователя форме.

Современным оптимальным решением является публикация основных показателей состояния здоровья населения и медицинских организаций на основе баз данных. Для неспециалистов должны быть доступны пояснения и справки по характеристике и оценке показателей.

Несмотря на уникальные традиции сбора и анализа статистической

информации о заболеваемости населения в нашей стране (учет и отражение в статистических документах содержания каждого контакта населения с медицинской службой и всех зарегистрированных в медицинской практике диагнозов), современная ситуация в медицинской статистике Российской Федерации, ведомственных службах и частной медицинской практике требует координации учетно-статистической деятельности на межведомственном уровне, т.е. со стороны Росстата.

В настоящее время в стране повсеместно действует обязательная система регистрации и учета всех установленных врачом диагнозов у обратившихся в медицинские организации, при этом на каждый законченный случай обращения за медицинской помощью заполняется статистический талон («Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» - учетная форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 №834н).

Содержание документа подробно характеризует социальный и медицинский статус пациента, позволяет учесть все зарегистрированные диагнозы по достаточно широкому спектру реквизитов и оказанных медицинских услуг. Целью введения единого документа было достижение максимально возможной в пределах страны унификации сбора статистических данных.

При оценке результативности деятельности медицинских организаций в качестве критериев оценки предлагаются такие показатели, как снижение частоты осложнений и обострений заболевания. На основе действующей статистики просчитать эти показатели невозможно, т.е. необходимо либо вводить новые показатели, либо изобретать и внедрять другие методы оценки.

Медицинская статистика должна учитывать, собирать и анализировать данные о состоянии здоровья населения, объемах, качестве и эффективности оказываемой населению медицинской помощи, деятельности по предупреждению болезней и угрожающих жизни состояний, а также данные об эффективности проводимых мероприятий по отношению к разным группам населения и регионам.

### **3. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АНАЛИЗА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

Анализ деятельности медицинских организаций базируется на:

1. грамотном сборе первичной информации о состоянии здоровья населения и деятельности медицинских организаций;
2. использовании современных информационных технологий и математических методов обработки информации;
3. умении устанавливать причинно-следственные связи между действиями и результатами (выводы должны основываться на доказанных фактах);
4. системном подходе к рассматриваемым явлениям.

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

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

По целевому признаку проведение анализа можно разделить на следующие основные виды:

для объективной оценки функционирования объекта и субъекта управления;

для разработки прогноза развития;

для составления обоснованного плана развития;

для контроля выполнения принятых решений;

для оперативного регулирования деятельности;

для выявления узких мест и имеющихся резервов;

для подведения результатов деятельности за конкретный промежуток времени.

При обработке медицинской информации, с управленческой точки зрения, необходимо использование таких процедур, которые в последующем

обеспечат принятие обоснованных решений. Среди таких процедур необходимо отметить проведение сравнений (с нормативами, в динамике с предыдущими периодами; со средними значениями показателей по территории или отрасли, с оптимальными или достигнутыми значениями, с передовыми медицинскими организациями и службами). Важной задачей при этом является определение тенденций, выявление причинно-следственных связей и оценка влияния на результаты деятельности различных факторов.

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

Показатели деятельности медицинских организаций оценивают на основе динамических сравнений (по годам, месяцам, дням) с последующим определением результативности работы.

Практическое значение статистических сравнений состоит в том, что, являясь основой временного и пространственного анализа, они способствуют выполнению контрольно-организаторской функции статистики, помогают находить резервы и неиспользованные возможности служб и медицинских организаций.

В практике здравоохранения часто используются сравнения с нормативными, средними сложившимися (при отсутствии нормативных и, как правило, за последние 3 года), а также специальными расчетными показателями. Сравнение с нормативными и сложившимися показателями производится в процентах, баллах, сигмальных отклонениях. В ряде случаев реальные показатели сравнивают с прогнозируемыми (ожидаемыми) показателями.

Процедуру сравнения можно представить следующим образом: после определения цели отбираются объекты для сравнения - подразделения, отделения, кабинеты.

Затем выбирается вид сравнения, который определяется задачей при анализе. Если задача заключается в исследовании динамики показателя, выбирается динамическое сравнение, если нужно оценить результаты работы



одинаковых (типовых) подразделений - используется пространственное сравнение, если интересует качество работы, ведется сравнение с нормативом.

Для углубленной характеристики рекомендуется проводить сравнения по всем направлениям. На использовании статистических сравнений основываются статистические таблицы и графики. Таблицу нельзя прочесть и понять, если не проведено сравнение имеющихся в ней данных друг с другом. Качество анализа зависит от выбора методов и соблюдения правил сравнения.

При проведении анализа могут применяться различные методы: системного анализа, экономико-статистический, последовательной подстановки, структуризации целей, нормативный, организационно-функционального и математического моделирования, функционально-стоимостной, балансовый и другие.

Перечень применяемых методов зависит от целей анализа и подготовленности специалистов. В обычных условиях набор применяемых методов должен, как минимум, включать те процедуры, которые были перечислены выше.

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

Для всех медицинских организаций существуют единые подходы к ведению учета и отчетности и, соответственно, единые учетные формы и порядки по их заполнению, единые формы статистической отчетности, утверждаемые Минздравом России (отраслевая статистическая отчетность) и Федеральной службой государственной статистики (федеральное статистическое наблюдение).

Это позволяет обобщать в государственном масштабе статистические данные по здравоохранению для возможности сравнения результатов, оценки деятельности и принятия решений.

Недостатком такой системы анализа следует считать, что формы федерального статистического наблюдения используются только медицинскими организациями, подведомственными Минздраву России. Другие ведомства заполняют отчетную форму федерального статистического наблюдения № 1-здрав, которая содержит ограниченное число показателей, что не дает возможности свода всех показателей состояния здоровья населения и деятельности всех медицинских организаций Российской Федерации, включая ведомственные.

Традиционная система медицинской статистики основана на организации сбора информации с помощью первичной учетной документации, получении данных в виде отчетов, которые составляются в медицинских организациях, а затем сводятся на различных уровнях.

Система отчетов имеет как преимущества (единая программа, сравнение однотипных показателей объемов работы и использования ресурсов, простота и малая стоимость сбора материалов), так и определенные недостатки (малая оперативность, жесткость и негибкость программ, ограниченный набор сведений, неконтролируемые ошибки учета и т.д.).

Деятельность медицинских организаций учитывается в первичной учетной медицинской документации, разделенной на шесть групп:

- документация, используемая в стационаре;
- документация, используемая в поликлинике;
- документация, используемая в стационаре и поликлинике;
- документация других медицинских организациях;
- документация организаций судебно-медицинской экспертизы;
- документация лабораторий.

Статистический учет и отчетность осуществляются каждой медицинской организацией и ее руководитель несет ответственность за их организацию. Годовой медицинский статистический отчет представляет собой сводку данных

об объемах и характере работы медицинской организации, условиях, в которых протекала ее деятельность.

Анализ этих данных помогает выявить причины отрицательной динамики показателей работы медицинской организации в целом или ее отдельных структурных подразделений. В то же время, являясь как бы летописью медицинской организации, последовательно, из года в год, составляемые годовые отчеты содержат сведения, необходимые проведения анализа в динамике, для составления различного рода справок, докладов и т.д. и принятия решений.

Если годовые отчетные данные освещают существующее положение дела, то анализ материалов за более длительный период позволяет определить динамику отраженных в отчете явлений, указывает направление, в котором развивается та или иная сторона деятельности медицинской организации.

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

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

По кругу изучаемых вопросов анализ подразделяется на полный и тематический.

На основании сведений, содержащихся в учетных и отчетных формах, разрабатываются всевозможные таблицы, диаграммы, графики. Графический прием анализа информации является средством иллюстрации процессов работы и исчисления ряда показателей и оформления результатов анализа. Далее разрабатывается текстовая часть анализа с учетом всей полученной информации.

Оценка и анализ деятельности любой медицинской организации проводятся для:

1. разработки мероприятий для текущего и перспективного

планирования;

2. совершенствования управления деятельностью медицинской организации в целом и ее отдельных структурных подразделений;

3. более углубленного изучения эффективности различных методов диагностики, лечения и профилактики, новых медицинских технологий, различных организационных форм работы;

4. совершенствования организации труда в медицинской организации;

5. оценки финансово-экономической деятельности медицинской организации;

6. оценки всех компонентов структуры, технологии и результатов качества оказания медицинской помощи и совершенствования работы в соответствии со стратегией непрерывного улучшения качества и доступности медицинской помощи.

#### **4. СХЕМА АНАЛИЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И ЕЕ РЕСУРСОВ**

##### **4.1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИКРЕПЛЕННОЙ ТЕРРИТОРИИ**

Анализ административно-территориального деления включает:

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

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

- численностью работающих в организациях, тысяч человек;
- среднемесячной номинальной начисленной заработной платой, рублей;
- общей площадью жилых домов (на конец года), тысяч квадратных

метров;

- числом предприятий и организаций (на конец года), в т.ч. в промышленности, сельском хозяйстве, строительстве, транспорте и связи, торговле и общественном питании, жилищно-коммунальном хозяйстве, бытовом обслуживании населения, образовании, культуре, управлении;
- численностью работающих в промышленности, человек;
- числом предприятий, имеющих выбросы вредных веществ в атмосферу.

## **4.2. АНАЛИЗ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ**

Анализ медико-демографических данных включает описание динамики численности и состава населения. Анализируется численность населения по состоянию на конец отчетного, или начало следующего года и среднегодовая численность за отчетный год. Взрослое население рассматривается с разбивкой по возрасту (детское население - до 1 года, 0-14 лет, 15-17 лет включительно, трудоспособное население, население старше трудоспособного возраста - мужчины 60 лет и старше, женщины - 55 лет и старше) и полу (мужчины и женщины, женщины фертильного возраста - 15-49 лет) отдельно по городу и селу.

Сведения о численности и составе населения предоставляются по данным территориального органа Росстата, а недостающие сведения учитываются по данным паспортов участков.

Далее проводится анализ тенденций изменений медико-демографических показателей в динамике (как минимум, за пять последних лет) и в сравнении со средне областными значениями. Основные медико-демографические показатели предоставляются территориальным органом Росстата.

При проведении анализа описываются тенденции изменения медико-демографической ситуации по прикрепленной территории, желательно с указанием возможных причин колебания коэффициентов, сравнение этих тенденций с данными других медицинских организаций, а также со средне областными значениями.

#### **43. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Общая характеристика медицинской организации включает в себя:

- месторасположение медицинской организации и ее почтовый адрес;
- кадры медицинской организации, их специализация и уровень подготовки (категории, ученые степени);
- плановую мощность поликлиник;
- фактическое число коек на конец года;
- структуру медицинской организации (подразделения);
- количество и техническое состояние зданий;
- оснащенность подразделений медицинской организации
- диагностической и лечебной аппаратурой;
- перечень медицинских услуг, внедрение новых диагностических и лечебных методов.

Общие сведения о медицинской организации содержатся в отчетной форме федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации».

#### **44. ШТАТЫ И КАДРЫ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Для анализа кадров медицинских работников медицинской организации используется информация из отчетной формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации», которая содержит абсолютные данные о штатных и занятых должностях, физических лицах врачей и средних медицинских работников, а также о числе лиц, имеющих квалификационные категории и сертификаты.

Анализируется численность и кадровый состав медицинских работников. Для этого рассматривается распределение кадров врачей и средних медработников (по полу, возрасту, квалификации, стажу). При этом перечень должностей отдельных категорий медицинских работников представляется в соответствии с номенклатурой специальностей в медицинских организациях, утвержденной приказом Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н (ред. от 01.08.2014) «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских

работников и фармацевтических работников» (Зарегистрировано в Минюсте России 18.03.2013 N27723).

При анализе обращают внимание на обязательное наличие определенного объема работы, который должен соответствовать числу должностей врачей и средних медицинских работников.

При несоответствии объемов выполненной работы должностям специалистов, необходимо провести оптимизацию штатного расписания медицинской организации с помощью ведомости замены.

#### **4.5. ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Финансово-экономическая деятельность медицинской организации оценивается в разрезе финансовых источников, которые могут быть использованы при оказании медицинской помощи населению, а также в разрезе направлений деятельности медицинской организации.

Из направлений деятельности можно выделить мероприятия, напрямую относящиеся к оказанию медицинской помощи населению в разрезе ее видов, условий предоставления с использованием показателей единиц учета и отчетности, таких как объемны посещения, случаев госпитализации, вызовов, так и финансовых показателей в виде совокупных расходов на тот или иной вид деятельности, структуры потребляемых при этом ресурсов.

К мероприятиям, напрямую к оказанию медицинской помощи не относящимся, но влияющим на доступность, качество предоставляемых медицинских услуг, можно отнести информацию о движении основных фондов (средств), затраты на научные исследования и разработки, сведения о заработной плате работников.

Государственные финансовые источники, к которым относятся средства бюджетов всех уровней и средства обязательного медицинского страхования, применяются в целях обеспечения Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - Программа).

В целях оценки реализации Программы за соответствующий год

применяется отчетная форма федерального статистического наблюдения № 62 «Сведения о ресурсном обеспечении и оказании медицинской помощи населению» (далее - форма № 62). Форма № 62 построена по принципу международного статистического инструмента - Национальных счетов здравоохранения и позволяет формировать показатели о государственных расходах страны на задачу охраны здоровья граждан для предоставления в международные организации - ВОЗ, Организацию экономического развития и сотрудничества.

По форме № 62 предоставляют сведения медицинские организации (юридические лица) государственной (муниципальной) формы собственности независимо от их ведомственной подчиненности, а также медицинские организации (юридические лица) иных форм собственности, функционирующие на территории субъекта Российской Федерации и оказывающие медицинскую помощь населению в соответствии с территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - Программы) и, являющимися их составной частью, с территориальными Программами обязательного медицинского страхования (далее - ОМС). Сведения по форме № 62 предоставляются только юридическими лицами.

Помимо информации о расходах медицинских организаций и объемах оказанной медицинской помощи в разрезах источников финансирования, видов и условий предоставления медицинской помощи, детализованной структуры затрат, данная форма позволяет проанализировать состав медицинских организаций по типам, организационно-правовым формам и формам собственности, которые принимали участие в реализации Программы.

Информация формы № 62 позволяет обобщить данные о фактически выполненных объемах посещений и их финансирования в разрезе целей и основных государственных источников финансирования.

Посредством формы собирается и анализируется информация о деятельности медицинских организаций, подведомственных Минздраву России, ФМБА, ФАНО России, Управлению делами Президента Российской



Федерации и другим ведомствам, по субъектам Российской Федерации, по видам и условиям предоставления медицинской помощи.

В форме № 62 собираются расчетные и фактические показатели объема и государственного финансового обеспечения специализированной медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, по 45 профилям медицинской помощи.

Информация об объемах помощи, оказанных населению на возмездной основе, и их финансовому выражению представлена в разрезе основных негосударственных финансовых источников, видов и условий предоставления медицинской помощи. Форма позволяет также проанализировать расходы на оказание лабораторных услуг (проведение исследований), в медицинских лабораториях, являющихся самостоятельными юридическими лицами.

Помимо информации, указанной выше, с помощью формы № 62 собирается и анализируется информация об объемах штрафов, выплаченных медицинскими организациями страховым медицинским организациям за неоказание медицинской помощи, несвоевременное оказание медицинской помощи либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на здравоохранение, включая взносы на ОМС неработающих граждан, в том числе расходы бюджетов муниципальных образований и расходы бюджета субъекта Российской Федерации, расходы консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации на обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июля 1994 года № 890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения».

Медицинские организации, не участвующие в реализации Программы и являющиеся юридическими лицами (коммерческие и некоммерческие организации, в том числе казенные учреждения) независимо от формы собственности и организационно-правовой формы, за исключением

микропредприятий, оказывающих платные услуги населению или владеющие информацией об объемах оказанных населению услуг другими организациями или индивидуальными предпринимателями, адвокатские образования, включая адвокатские кабинеты, заполняют форму федерального статистического наблюдения № 1-услуги «Сведения об объеме платных услуг населению» (Приказ Росстата от 27.07.2012 N 422 «Об утверждении статистического инструментария для организации федерального статистического наблюдения за рыночными услугами, административными правонарушениями в сфере экономики и туризмом») за соответствующий год по объему платных медицинских и санаторно-оздоровительных услуг населению в тысячах рублей.

Форму № 1-ИП (услуги) предоставляют граждане, осуществляющие предпринимательскую деятельность в сфере здравоохранения без образования юридического лица (индивидуальные предприниматели), оказывающие платные услуги населению или владеющие информацией об объемах оказанных населению услуг другими организациями или индивидуальными предпринимателями.

Расходы на основные фонды (средства) играют решающую роль в предоставлении товаров и услуг здравоохранения посредством поддержания или расширения производства. В официальном статистическом учете к основным фондам относятся произведенные активы, подлежащие использованию неоднократно или постоянно в течение длительного периода времени, но не менее одного года, для производства товаров, оказания рыночных и нерыночных услуг, для управленческих нужд либо для предоставления другим организациям за плату во временное владение и пользование или во временное пользование, то есть те произведенные активы, для которых одновременно выполняются следующие условия:

- объект предназначен для использования в производстве продукции, при выполнении работ или оказании услуг, для управленческих нужд организации либо для предоставления организацией за плату во временное владение и пользование или во временное пользование;

- объект предназначен для использования в течение длительного времени, то есть срока продолжительностью свыше 12 месяцев или обычного операционного цикла, если он превышает 12 месяцев;
- организация не предполагает последующую перепродажу данного объекта;
- объект способен приносить организации экономические выгоды в будущем.

Состав основных фондов, учитываемых в формах федерального статистического наблюдения № 11 «Сведения о наличии и движении основных фондов (средств) и других нефинансовых активов» и № 11 (краткая) «Сведения о наличии и движении основных фондов (средств) некоммерческих организаций», в целом соответствует составу основных средств, отражаемых в бухгалтерском учете и отчетности.

Форму федерального статистического наблюдения № 11 «Сведения о наличии и движении основных фондов (средств) и других нефинансовых активов» предоставляют все юридические лица, независимо от ведомственной принадлежности, вида их экономической деятельности, формы собственности и организационно-правовой формы, кроме:

- некоммерческих организаций,
- субъектов малого предпринимательства (в том числе относящихся к ним организаций потребительской кооперации).

Форму федерального статистического наблюдения № 11 (краткая) «Сведения о наличии и движении основных фондов (средств) некоммерческих организаций» предоставляют юридические лица независимо от ведомственной принадлежности, вида экономической деятельности, формы собственности, являющиеся некоммерческими организациями, а также органы государственного управления и местного самоуправления.

При заполнении форм федерального статистического наблюдения № 11 и № 11 (краткая) необходимо руководствоваться принципами бухгалтерского учета основных средств:

- Методическими указаниями по бухгалтерскому учету основных средств (приказ Минфина России от 13.10.2003 № 91н);
- Положением по бухгалтерскому учету «Учет основных средств» ПБУ 6/01 (приказ Минфина России от 30.03.2001 № 26н);
- Положением по бухгалтерскому учету «Учет нематериальных активов» ПБУ 14/2007 (приказ Минфина России от 27.12.2007 № 153н);
- Планом счетов бухгалтерского учета финансово-хозяйственной деятельности организаций и Инструкцией по его применению, утвержденными приказом Минфина России от 31.10.2000 № 94н;
- Планом счетов бухгалтерского учета бюджетных учреждений и Инструкцией по его применению, утвержденными приказом Минфина России от 16.12.2010 № 174н;
- Планом счетов бухгалтерского учета автономных учреждений и Инструкцией по его применению, утвержденными приказом Минфина России от 23.12.2010 № 183н;
- Планом счетов бюджетного учета и Инструкцией по его применению, утвержденными приказом Минфина России от 06.12.2010 № 162н;
- Единым планом счетов бухгалтерского учета для органов государственной власти (государственных органов), органов местного самоуправления, органов управления государственными внебюджетными фондами, государственных академий наук, государственных (муниципальных) учреждений, и Инструкцией по его применению, утвержденными приказом Минфина России от 01.12.2010 № 157н;
- Положением по ведению бухгалтерского учета и бухгалтерской отчетности в Российской Федерации (приказ Минфина России от 29.07.1998 № 34н).

Форму федерального статистического наблюдения № П-4 «Сведения о численности и заработной плате работников» предоставляют все юридические

лица, являющиеся коммерческими организациями, а также некоммерческие организации всех форм собственности, осуществляющие все виды экономической деятельности (кроме субъектов малого предпринимательства).

В форме указывается средняя численность работников организации, которая включает:

- среднесписочную численность работников;
- среднюю численность внешних совместителей;
- среднюю численность работников, выполнявших работы по договорам гражданско-правового характера
- количество отработанных человеко-часов

В целях обеспечения сопоставимости данных о заработной плате по видам экономической деятельности, а также международных сопоставлений при заполнении статистической отчетности по труду в фонд заработной платы включаются начисленные организациями суммы оплаты труда в денежной и неденежной формах за отработанное и неотработанное время, компенсационные выплаты, связанные с условиями труда и режимом работы, доплаты и надбавки, премии, единовременные поощрительные выплаты, а также оплата питания и проживания, имеющая систематический характер.

В форме № П-4 показываются начисленные работникам денежные суммы оплаты труда за отчетный период (с учетом налога на доходы физических лиц и других удержаний в соответствии с законодательством Российской Федерации) независимо от источников их выплаты, статей бюджетов и предоставленных налоговых льгот в соответствии с платежными документами, по которым с работниками производятся расчеты по заработной плате, премиям и т.д., независимо от срока их фактической выплаты.

Сведения о численности и оплате труда работников сферы здравоохранения по категориям персонала (форма № ЗП-здрав) предоставляются медицинскими организациями независимо от ведомственной принадлежности государственной и муниципальной форм собственности.

В форме № ЗП-здрав приводятся данные:

- о средней численности работников списочного состава или среднесписочной численности работников за отчетный период;
- о средней численности внешних совместителей;
- фонд начисленной заработной платы включает все суммы выплат независимо от источников их финансирования, статей смет и предоставленных налоговых льгот, включая оплату труда работающих в районах Крайнего Севера и приравненных к ним местностях; единовременные поощрения (гранты) работников за счет средств бюджетов; оплату стоимости бесплатно (полностью или частично) предоставленных работникам в соответствии с законодательством Российской Федерации жилых помещений и коммунальных услуг или суммы соответствующего денежного возмещения компенсации; суммы, уплаченные организацией в порядке возмещения расходов работников (не предусмотренные законодательством Российской Федерации) по оплате жилого помещения (квартирной платы, места в общежитии, найма) и коммунальных услуг;
- по источникам финансирования: о средствах, поступивших за счет бюджетов всех уровней, о средствах ОМС, о средствах от приносящей доход деятельности и иных средствах.

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

Конечной целью всей экономической деятельности является удовлетворение многообразных потребностей людей, в том числе в медицинских услугах.

Потребности людей в медицинской помощи для сохранения и укрепления здоровья, профилактики, диагностики, лечения и реабилитации достаточно велики и продолжают расти, а финансовые и материально-технические ресурсы

медицинских организаций для их удовлетворения недостаточны, и поиск дополнительных ресурсов - весьма нелегкая задача, решать которую нужно исходя из возможностей рыночной экономики.

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

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

При анализе связей между объектами принято выделять две стадии - качественный и количественный анализ связей, а также влияние внешней (нормативно-правовые акты, органы управления, финансирования и контроля в сфере здравоохранения, медицинские организации и др.) и внутренней (организационная структура, материально-техническая база медицинской организации, финансовые потоки, перечень предоставляемых услуг, прикрепленное и/или обслуживаемое население) среды на результат функционирования объекта. Важно определить влияние одной группы показателей (внешних) на другую группу показателей (внутренних).

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

Состав и последовательность экономического анализа включают:

- анализ обобщающих показателей, характеризующих реальный спрос населения на виды медицинской помощи в разрезе условий ее предоставления;
- анализ обобщающих показателей, характеризующих реальное

предложение медицинских организаций, позволяющее удовлетворить спрос населения на виды медицинской помощи в разрезе условий ее предоставления;

- анализ стоимостных показателей использования материальных и финансовых ресурсов;
- анализ использования трудовых ресурсов;
- анализ себестоимости медицинских услуг;
- анализ финансового обеспечения;
- анализ эффективности деятельности хозяйственных подразделений;
- принятие управленческих решений.

#### **4.5.1. Расчет стоимостных показателей медицинских организаций на основе данных плана финансово-хозяйственной деятельности (ПФХД)**

При работе медицинских организаций в условиях государственного задания или выполнении условий договора в системе ОМС финансирующая сторона устанавливает стоимостные характеристики на выполняемые услуги и работы в виде норматива финансовых затрат или тарифа. При этом, важно использовать информацию о структуре и наполнении тарифа на отдельные виды медицинской помощи, отдельные медицинские услуги или показатели, которые позволяют оценивать финансовую достаточность установленного финансовым органом тарифа или норматива, обосновывать утверждаемые коэффициенты уровня медицинской организации, изыскивать дополнительные резервы или финансовые источники покрытия дефицита, формировать прейскуронт на медицинские услуги, которые могут быть предоставлены на платной основе. Важна такая информация и для оценки рентабельности подразделений медицинских организаций, справедливого распределения получаемого дохода между подразделениями и работниками медицинской организации, и для других целей.

Для расчета стоимостных показателей используются данные о выполнении плана финансово-хозяйственной деятельности по финансовым



источникам в разрезе статей расходов, статистические отчетные данные за отчетный временной отрезок. Алгоритм расчета представлен в следующем виде:

- средняя стоимость содержания одной больничной койки (за квартал, полугодие, год) рассчитывается делением суммы всех расходов стационара на среднегодовое число коек за промежуток времени. Среднегодовое число коек определяем путем деления суммы функционирующих коек ежемесячно на 12 (число месяцев в году);
- средняя стоимость одного дня пребывания пациента в отделении и в целом по стационару можно определить, разделив сумму всех затрат за анализируемый промежуток времени на число проведенных пациентами в стационаре койко-дней;
- средняя стоимость пролеченного пациента рассчитывается путем деления суммы всех затрат по стационару (отделению, профилю коек) на число выбывших пациентов (выписанные плюс умершие) за анализируемый промежуток времени;
- удельный вес постатейных затрат (в процентном отношении) в стоимости содержания одной больничной койки стационара (отделения) определяем следующим путем: фактические затраты по N-й статье расходов делим на всю сумму затрат по больнице (отделению), умножаем на 100 и полученное произведение делим на среднегодовое число коек. Данный показатель может быть рассчитан за квартал, полугодие, год;
- удельный вес постатейных затрат в стоимости выбывших пациентов определяется аналогичным путем: фактические затраты по N-й статье расходов делим на всю сумму расходов по больнице (отделению), умножаем на 100 и полученное произведение делим на число выбывших пациентов;
- стоимость одного дня пребывания пациента в стационаре по N-й статье расходов определяем так: фактические затраты по N-й статье

делим на число выполненных больницей койко-дней.

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

Удельный вес затрат на услуги других медицинских организаций в стоимости пролеченного пациента получаем путем деления суммы всех фактических затрат (станции переливания крови, станции скорой медицинской помощи, консультативные поликлиники и т.д.) на затраты больницы (отделения) и умножением на 100.

Удельный вес необоснованных затрат (штраф, пени и др.) в стоимости пролеченного пациента рассчитываем делением суммы выплаченных штрафов на сумму всех затрат больницы (отделения) и умножением на 100.

Удержания из оплаты свидетельствуют о том, что медицинские услуги, представленные в счете на оплату не подтверждены документально, либо не могли быть выполнены данному пациенту, т.е. речь идет не о том, что медицинская организация сделала что-либо лишнее, а о том, что она захотела получить деньги за невыполненные услуги.

#### **4.5.2. Показатели деятельности медицинских организаций, влияющие на стоимостные характеристики**

Известно, что на содержание пустующей койки приходится около 75% от всех расходов на занятую койку, поэтому весьма важно определить нормативно-плановое число дней работы койки в году и обеспечить его выполнение.

Определение фактической среднегодовой занятости койки (Д):

$D = 365 \text{ дней в году} - t_r - (t_o \times F)$ , где:

$t_r$  - среднее время простоя койки на ремонт (примерно 10 - 15 дней в году), для расчета этого показателя необходимо общее число койко-дней

закрытия на ремонт разделить на среднегодовое число развернутых коек;

то - простой койки в связи с оборотом койки, т.е. время необходимое на санацию койки после выписки и приема больного и время ожидания госпитализации (1,0 для всех профилей; кроме: фтизиатрических - 3; акушерских - 2,5 - 3; инфекционных - 3; коек для абортотв - 0,5 и т.п.);

F - плановый оборот койки (число пролеченных больных на одной койке за год).

В качестве некоторого интегрированного показателя, характеризующего эффективность использования больничных коек, может быть взят показатель «оборот больничной койки», то есть, сколько человек может пролечиться в течение года на одной койке.

Определение планового оборота койки (F):

$$F = \frac{365 - t_r}{T + t_o}, \text{ где}$$

T - средние сроки лечения.

При формировании государственного задания, объема медицинской помощи в системе ОМС учитываются оптимальные значения показателей: число дней работы койки, средняя длительность лечения и потребность населения (прогноз госпитальной заболеваемости) каждой медицинской организации.

Интенсивность использования коек стационара во многом зависит от длительности лечения каждого случая, то есть пребывания пациента в стационаре. Сокращение сроков лечения не должно отразиться на результатах лечения. Поэтому для расчета планового значения данного показателя необходимо учитывать не только динамику показателя, но и уровень использования современных методов диагностики и лечения, применение новых технологий.

Расчеты условного экономического эффекта (в рублях) проводятся по следующей формуле (  $\mathcal{E} = \frac{B_{CT}}{K_{II}} \times (K_{II} - K_{\Phi}) \times 0,75$

где:

Э - условный экономический эффект в рублях;

Бет - расходы по ПФХД на функционирование стационара;

Кф - фактическое число дней работы койки в году;

К<sub>п</sub> - расчетно-плановое число дней работы койки в году;

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

Коэффициент соответствия фактического дохода расчетному определяется по отделению и по больнице в целом путем отношения фактического значения дохода к расчетному. Его оптимальное значение должно быть равно 1,0 ( $\pm 0,05$ ). Расчетное значение получаем путем суммирования произведения числа пролеченных пациентов с N-ой нозологией на стоимость нозологии (по факту).

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

Фондовооруженность койки рассчитывается делением стоимости основных средств за минусом стоимости здания, сооружения на среднегодовое число коек. Стоимость основных средств берется из бухгалтерской отчетности.

Показатель выполнения ПФХД рассчитывается путем деления фактического исполнения ПФХД по статьям в разрезе финансовых источников за установленный период времени на показатели утвержденной сметы и умножением на 100.

Процент выполнения ПФХД по статьям в разрезе финансовых источников и в целом может быть рассчитан по отделению и по медицинской организации.

Для определения коэффициента тяжести пролеченных пациентов в стационаре, необходимо всех поступивших пациентов в зависимости от тяжести состояния больного разделить на три группы: первая группа - легкая

степень, вторая группа - средней и третья группа - с тяжелой степенью тяжести.

Коэффициент тяжести рассчитываем по формуле:

$$K = \sum \frac{I_{yx} N_i}{N},$$

где:

$I_y$  - порядковый номер группы;

$N_i$  - число пациентов в данной группе тяжести;

$N$  - число пациентов, всего.

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

Индекс связи между показателем «оборот койки» и показателем «выполнение плана пролеченных пациентов» рассчитывается путем отношения этих показателей. Определяется по отделению, профилю коек, в целом по стационару круглосуточного пребывания.

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

Анализ производственно-экономических показателей медицинской организации проводится аналитической группой, в состав которой входят врачи, медицинские статистики и экономист.

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

- таблицы с набором показателей, характеризующих выполнение статей
- таблицы с набором показателей, характеризующих выполнение плана

- таблицы с перечнем расчетных стоимостных показателей, показатели результативности;
- таблицы с набором показателей, характеризующие взаимосвязь показателей.

#### **4.5.3. Деятельность медицинских организаций в условиях ОМС и выполнение территориальной Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи**

Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (далее - ПГГ) на каждый конкретный год утверждается постановлением Правительства Российской Федерации. Данной ПГГ установлены требования к содержанию территориальной Программы. Медицинская помощь на территории Российской Федерации предоставляется за счет средств ОМС и средств бюджетов всех уровней.

В рамках ПГГ бесплатно предоставляются:

- первичная медико-санитарная помощь, в том числе первичная доврачебная, первичная врачебная и первичная специализированная;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь, оказываемая медицинскими организациями.

За счет ПГГ предоставляется медицинская помощь, при следующих заболеваниях и состояниях: инфекционные и паразитарные болезни; новообразования; болезни эндокринной системы; расстройства питания и нарушения обмена веществ; болезни нервной системы; болезни крови, кроветворных органов; отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни уха и сосцевидного отростка; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания; болезни органов пищеварения, в том числе болезни полости рта,

слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования); болезни мочеполовой системы; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; врожденные аномалии (пороки развития); деформации и хромосомные нарушения; беременность, роды, послеродовой период и аборты; отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период; психические расстройства и расстройства поведения; симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

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

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, учитывают расходы, установленные Федеральным Законом № 326-ФЗ от 29.11.10 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»: расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских

организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

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

Подушевыми нормативами финансирования ПГГ являются показатели, отражающие размер средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 жителя в год за счет средств бюджетов и на 1 застрахованное лицо за счет средств ОМС.

Деятельность медицинской организации может быть проанализирована по следующему комплексу экономических показателей:

- Процент выполнения государственного задания,
- Средняя занятость койки дневного пребывания в стационарах
- Средняя длительность пребывания больного на койке в круглосуточном стационаре
- Уровень госпитализации в стационары дневного пребывания
- Доля средств бюджетов в общих государственных расходах медицинской организации, %
- Доля средств обязательного медицинского страхования в общих государственных расходах медицинской организации, %
- Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров в общих расходах на территориальную Программу
- Доля расходов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях в неотложной форме в общих расходах на территориальную Программу



- Доля расходов, осуществляемых по подушевому нормативу финансирования амбулаторной медицинской помощи, в общих фактических расходах на медицинскую помощь, оказанную в амбулаторных условиях в соответствии с территориальной Программой ОМС, %
- Доля расходов, осуществляемых по подушевому нормативу финансирования, на стационарную медицинскую помощь, в общих фактических расходах на медицинскую помощь, оказанную в стационарных условиях в соответствии с территориальной Программой ОМС
- Доля расходов, осуществляемых по подушевому нормативу финансирования медицинской помощи в условиях дневного стационара, в общих фактических расходах на медицинскую помощь, оказанную в условиях дневного стационара в соответствии с территориальной Программой ОМС
- Доля расходов, осуществляемых по подушевому нормативу финансирования, в общих фактических расходах на оказание медицинской помощи в рамках территориальной Программы ОМС
- Доля расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь в общем объеме расходов на специализированную медицинскую помощь из средств ОМС, %
- Доля дохода от приносящей доход деятельности в общем объеме финансирования медицинской организации, %
- Средняя стоимость случая госпитализации в стационарных условиях из средств ОМС, руб.
- Средняя стоимость случая лечения в дневных стационарах из средств ОМС, руб.
- Средняя стоимость посещения с профилактическими и иными целями из средств ОМС, руб.
- Средняя стоимость посещения в неотложной форме из средств ОМС,

руб.

- Средняя стоимость посещения в связи с заболеванием из средств ОМС, руб.
- Средняя стоимость вызова скорой медицинской помощи из средств ОМС, руб.
- Выполнение объемов финансирования медицинской помощи по видам и условиям ее предоставления в рамках территориальной Программы, %
- Доля штрафов, выплаченных медицинскими организациями страховым медицинским организациям за неоказание медицинской помощи, несвоевременное оказание медицинской помощи либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества от утвержденных объемов финансирования из средств ОМС, %
- Объем платных медицинских услуг, руб.
- Полная учетная стоимость основных средств за отчетный год, тыс. руб.
- Средняя заработная плата руководителей организации, тыс.руб.
- Средняя заработная плата врачей, тыс. руб.
- Средняя заработная плата среднего медицинского персонала, тыс.руб.
- Средняя заработная плата младшего медицинского персонала, тыс. руб.

## **4.6. СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ**

### **4.6.1. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИНВАЛИДНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ**

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

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

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

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

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

- общая заболеваемость (распространенность, болезненность);
- первичная заболеваемость (заболевания с впервые в жизни установленным диагнозом);
- заболеваемость острыми инфекционными (эпидемическими) болезнями;
- заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями;
- заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
- заболеваемость госпитализированных пациентов;
- заболеваемость по данным медицинских осмотров (комплексных, профилактических осмотров, специальных обследований);
- профессиональная заболеваемость;
- заболеваемость отдельных групп населения, состоящих под диспансерным наблюдением;
- заболеваемость по данным о численности умерших и по причинам смерти;
- первичный выход на инвалидность (по данным МСЭК).

Каждому виду заболеваемости присущи специфические формы и методы

сбора, обработки и анализа первичных материалов.

Заболеваемость по территориям рассчитывают, как правило, на 1000 прикрепленного населения; по Российской Федерации - на 100 тыс. соответствующего населения.

Наиболее важными для анализа тенденций являются показатели первичной заболеваемости. Для оценки динамики общего числа пациентов со всеми заболеваниями, включая хронические, необходимо оценивать и показатели общей заболеваемости.

Однако к этим показателям следует относиться с осторожностью, так как часто не соблюдаются правила их сбора. Так, при оценке динамики с предыдущим годом нельзя проводить баланс исходя из числа пациентов, стоящих под диспансерным наблюдением на конец года. Данное число завышено за счет пациентов некоторых нозологий (инфаркты миокарда, инсульты, пневмонии и др.), которые находятся под диспансерным наблюдением на конец отчетного года, но не подлежат перерегистрации в следующем году. Кроме того, не учитываются переходы из одной возрастной группы в другую, когда заболевание одного и того же пациента учитывается дважды. Следует также иметь в виду, что зарегистрированные в одном году, но не взятые под диспансерное наблюдение пациенты, в следующем не перерегистрируются из-за неявки, что влияет на достоверность показателей общей заболеваемости.

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

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

На уровень заболеваемости влияют:

- **доступность** медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях (радиус обслуживания, число врачей, коек, организаций приема врачей и др.);

- **активность** в работе амбулаторно-поликлинического звена (активные посещения пациентов, медицинские осмотры, диспансерное наблюдение, санитарно-просветительная работа);

- **степень специализации** медицинской помощи (наличие различных врачей-специалистов и профилей коечного фонда, оснащенность соответствующей медицинской аппаратурой);

- **законодательство** в области здравоохранения и медико-социальной экспертизы;

- **культурный уровень** населения и его отношением здоровому образу жизни.

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

При анализе заболеваемости населения необходимо сравнивать соответствующие показатели за несколько лет по территории, анализировать их в сравнении со средне областными значениями. Необходимо описывать тенденции уровней заболеваемости населения на прикрепленной территории, желательно с объяснением возможных причин колебаний показателей, сравнение этих тенденций с другими медицинскими организациями в целом по области (республике, краю) и по Российской Федерации.

#### **4.6.2. АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ**

Смертность является наиболее точным показателем состояния здоровья населения, так как регистрируются все ее случаи.

Так как показатели смертности рассчитываются Росстатом, то для анализа используют официальные данные из таблиц С51 и С52. Как правило, используются общие показатели смертности, хотя более точными являются стандартизованные показатели (по европейскому стандарту). При анализе

обращают внимание на динамику и тенденции общих показателей в их сравнении со средне областными и российскими показателями.

Так же проводится анализ по причинам смерти. При этом следует иметь в виду, что достоверность этих показателей и структура смертности напрямую зависят от правильности кодирования и выбора первоначальной причины смерти строго в соответствии с правилами МКБ-10.

Необходимо также анализировать динамику и тенденции структуры смертности в сравнении со средне областными и российскими показателями. Особое внимание следует уделять международным сопоставлениям. Это связано с тем, что в Российской Федерации используется ручной способ оформления медицинских свидетельств о смерти, сопровождающийся множеством ошибок, в то время как в мире используются автоматизированные системы, позволяющие проводить автоматическое кодирование и автоматический выбор первоначальной причины смерти.

При анализе необходимо обращать внимание также на смертность на дому и частоту патологоанатомических вскрытий.

Для получения достоверной информации о смерти необходим системный подход: проведение обучения врачей по МКБ-10 и внедрение автоматизированных систем, освобождающих врачей от функции кодирования и выбора первоначальной причины смерти.

## **4.7. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ЕЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ И СЛУЖБ**

### **4.7.1. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОЛИКЛИНИКИ**

Большую часть объемов первичной медико-санитарной помощи населению оказывают медицинские организации и их подразделения, оказывающие помощь в амбулаторных условиях, что делает крайне важным возможность оценки деятельности медицинской организации с целью совершенствования их работы.

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

Характеристику территории обслуживания:

численность и состав населения;

число участков;

численность населения на каждом терапевтическом, педиатрическом, акушерско-гинекологическом и других участках.

Количество прикрепленных жителей к участку должно быть определено приказом органа исполнительной власти в сфере здравоохранения с учетом нормативных актов Министерства здравоохранения Российской Федерации.

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

Комплексный терапевтический участок - это участок, который обслуживается врачом терапевтом участковым, медсестрой и фельдшером (акушеркой); численность прикрепленного населения - 2000 человек и более (приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 15.05.12 г. № 543н).

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

Далее анализируют плановую мощность медицинских организаций (подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, которая определяется в соответствии с приложениями 1 и 2 к приказу Минздрава СССР от 20.07.1979 года № 650 «О введении показателя «Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений» в практику планирования здравоохранения».

Сведения о плановой мощности амбулаторно-поликлинических организаций содержатся в таблице 1010 отчетной формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации». Плановая мощность медицинской организации служит основанием для определения показателя обеспеченности амбулаторно-поликлиническими медицинскими организациями (на 10 тыс. человек прикрепленного населения).

По данному показателю путем сравнения его со средне областными цифрами и показателями по Российской Федерации судят о достаточности площадей в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

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

Посещение - это контакт пациента с врачом медицинской организации или подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях по любому поводу с последующей записью в «Медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма № 025/у), включающей жалобы, анамнез, объективные данные, диагнозы: основного, фонового, конкурирующего и сопутствующих заболеваний, травм, отравлений с кодами их по МКБ-10, группу здоровья, назначенное лечение, обследование, а также результаты обследования и динамического наблюдения.

Обращение - это цель посещения. Обращение подразделяется по заболеванию и по профилактическим и другим причинам. При обращении может быть одно или несколько посещений пациента, пока цель не будет достигнута.

Обращения по заболеваниям и посещения с этой целью отражаются в отчетной форме федерального статистического наблюдения № 30, а обращения с профилактической и иными целями - в отчетной форме федерального статистического наблюдения № 12.

Учету подлежат следующие посещения:

- врачей любых специальностей, ведущих прием в амбулаторных условиях, в том числе консультативный прием (терапевтов, педиатров, хирургов, акушеров-гинекологов, урологов, оториноларингологов и т.д., включая заведующих отделениями) в медицинских организациях и вне медицинских организаций;

- врачей пунктов (отделений) неотложной медицинской помощи на дому;



- врачей здравпунктов, цеховых терапевтов, акушеров-гинекологов и других, ведущих прием в амбулаторных условиях на здравпунктах в часы, специально выделенные для амбулаторного приема;

- врачей, оказывающих медицинскую помощь в специально выделенные дни для приема в амбулаторных условиях, при выездах в другие медицинские организации (районные больницы, участковые больницы, амбулатории, фельдшерско-акушерские пункты);

- врачей-психотерапевтов при проведении групповых занятий (число посещений учитывается по числу пациентов, занимающихся в группе);

- посещение пациента или родственника пациента для повторной выписки рецепта (по поводу злокачественных новообразований, сахарного диабета и др. заболеваний);

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

- консультации пациентов в амбулаторных условиях врачами подразделения, оказывающего медицинскую помощь в стационарных условиях, для учета которых заполняют «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (далее - Талон) (ф. № 025-1/у) отдельно по каждой специальности врача;

- случаи оказания медицинской помощи в приемных отделениях медицинских организаций пациентам, не подлежащим госпитализации, для учета которых помимо записи в «Журнале учета приема пациентов и отказов в медицинской помощи в стационарных условиях» (ф. № 001/у), заполняется Талон;

- консультации врачами подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях пациентов, находящихся на лечении в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

- профилактические осмотры детей в детских дошкольных учреждениях, школах, профилактические осмотры населения, включая периодические

осмотры рабочих промышленных предприятий, работников других предприятий (учреждений), независимо от того, проведены ли они в стенах подразделения, оказывающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или непосредственно на предприятиях (в учреждениях);

- к врачам призывных комиссий.

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

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

Основным показателем для оценки объема амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой прикрепленному населению, является среднее число посещений на 1 жителя за год (всего и по отдельным специальностям). Структура посещений по специальностям говорит об удельном весе посещений по данной специальности в общем числе посещений.

Анализируется также число и удельный вес посещений, совершенных сельскими жителями. Вычисляется этот показатель как в целом по поликлинике, так и по отдельным специальностям врачей. Величина его зависит не только от обеспеченности медицинских организаций врачами, их квалификации, но и от состава прикрепленного населения, численности сельских населенных пунктов. Этот показатель показывает, какой удельный вес в работе данной поликлиники занимает оказание медицинской помощи сельским жителям.

В ряде случаев возникает необходимость оценить посещения по их цели. Для этого используют показатели удельного веса посещений в связи с заболеваниями и с профилактической и иными целями.

При наличии сельского прикрепленного населения необходимо анализировать выездную работу врачей поликлиники по оказанию медицинской помощи сельскому населению.

При анализе необходимо сопоставлять данные по посещениям с нагрузкой врачей, с характером их работы, составом прикрепленного населения. Руководитель медицинской организации выборочным путем может рассмотреть характер профилактических посещений у некоторых врачей (профилактические медицинские осмотры, выдача различных справок, оформление санаторно-курортной карты и т.д.).

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

Анализ посещений врачей производится в разрезах: всего, по платным услугам и отдельно посещения к зубным врачам.

**К посещениям по поводу заболеваний относятся:**

- посещения, когда у пациента выявлены заболевания, классифицируемые в I-XX классах МКБ-10;
- посещения для коррекции лечения;
- посещения пациентов, находящихся под диспансерным наблюдением в период ремиссии;
- посещения пациентов в связи с оформлением на МСЭК, санаторно-курортной карты, открытием и закрытием листка нетрудоспособности, получением справки о болезни ребенка, направлением на аборт по медицинским показаниям, по поводу патологии беременности, после абортов по медицинским показаниям, а также по поводу консультаций у специалистов, если врач при этом установил диагноз по своей специальности.

**К посещениям с профилактической и иными целями относятся** состояния, классифицируемые в XXI классе МКБ-10.

**Не подлежат учету как посещения врачей:**

- случаи оказания медицинской помощи персоналом станций (отделений) скорой медицинской помощи;

- обследования в рентгеновских кабинетах, лабораториях и др. вспомогательных отделениях (кабинетах);
- случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;
- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями (ВК) в соответствии со статьей 48 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- посещения к врачам вспомогательных отделений (кабинетов), за исключением случаев «ведения» пациента врачом данных отделений (кабинетов): назначение лечения с записью в первичной медицинской документации, контроль и динамика состояния пациента в процессе и после окончания курса проведенного лечения (лучевого, физиотерапевтического и др.).

Посещения среднего медицинского персонала подлежат учету в случаях ведения самостоятельного приема в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, врачебных и фельдшерских здравпунктах, фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктах (ФАП), включая посещения по поводу процедур. Посещение засчитывается как одно, если при обращении по поводу заболевания одновременно выполняется и процедура. Посещения в течение дня пациентом одного и того среднего медицинского работника учитывается как одно посещение.

Сведения о пациентах, принятых средними медицинскими работниками отражаются в учетной форме № 074/у «Журнал регистрации амбулаторных больных».

Каждое посещение к врачу в поликлинике (или на дому), независимо от цели, записывается в учетной форме № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

На каждого пациента в медицинской организации или его структурном подразделении, оказывающем медицинскую помощь в амбулаторных условиях, заполняется одна карта, независимо от того, сколькими врачами проводится прием.

Учетная форма № 025/у не ведется на пациентов, 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.

На детей в возрасте 0-17 лет включительно ведут учетную форму № 112/у «История развития ребенка».

Посещения на дому записываются также в учетной форме № 031/у «Книга записей вызовов врачей на дом», заполняемой в регистратуре медицинских организаций.

Расчетные нормы обслуживания для некоторых специальностей врачей медицинских организаций (подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, регламентированы приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2015 г. N 290н «Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога».

Ссылки на нормативные документы, утверждающие нормы других видов формирования труда некоторых специальностей врачей приведены в таблице 1.

При отсутствии норм нагрузки руководителям медицинских организаций предоставлено право разрабатывать индивидуальные нормы нагрузки врачей медицинских организаций (подразделений), оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в зависимости от конкретных условия и с учетом рациональной организации труда врачебного и среднего медицинского персонала (приказ Минздрава СССР от 22.07.87 года № 902). Основой для такой разработки могут служить данные проведенного хронометража работы каждого врача, что оформляется приказом по медицинской организации.

Таблица 1

**НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ  
ВИДОВ ФОРМИРОВАНИЯ ТРУДА  
НЕКОТОРЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ВРАЧЕЙ**

<b>Вид нормирования труда</b>	<b>Документ или орган, утвердивший нормы труда</b>
Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-кардиолога, врача-эндокринолога, врача-стоматолога-терапевта	Приказ Минздрава России от 19.12.2016 N973Н
Типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога	Приказ Минздрава России от 02.06.2015 N290Н
Расчетные нормы нагрузки специалистов по лечебной физкультуре и спортивной медицине	Приказ Минздрава РФ от 20.08.2001 N337
Рекомендуемые нормы нагрузки на врача-ревматолога на амбулаторном приеме	Приказ Минздрава РФ от 27.05.1999 N202
Методика расчета по нормированию труда в системе центров профпатологии. Методические рекомендации N 99/40	Минздрав РФ 11.03.1999
Нормы времени на выполнение основных видов микробиологических исследований. Методические указания	Минздрав РФ от 18.01.1999 N 1100/82-99-23
Нормы нагрузки логопедов учреждений здравоохранения Российской Федерации	Приказ Минздрава РФ от 28.12.1998 N383
Нормы нагрузки врачей-психиатров учреждений и подразделение специализированной помощи больным с нарушениями речи и других высших психических функций	Приказ Минздрава РФ от 28.12.1998 N383
Примерные расчетные нормы времени на проведение магнитно-резонансных исследований	Приказ Минздрав-медпрома РФ от 05.04.1996 N 128
Расчетные нормы времени на проведение микробиологических (бактериологических) исследований в лабораториях клинической микробиологии (бактериологии)	Приказ Минздрав-медпрома РФ от 19.01.1995 N8
Методические рекомендации по нормированию труда работников аптек лечебно-профилактических учреждений	Письмо Минздрав-медпрома РФ от 15.07.1994 N31-6/107-6
Расчетные нормы времени на функциональные исследования, проводимые в кабинетах функциональной диагностики лечебно-профилактических учреждений Инструкция по применению расчетных норм времени на функциональные исследования Инструкция по разработке расчетных норм времени при внедрении новой аппаратуры или новых видов исследований	Приказ Минздрава РФ от 30.11.1993 N283
Примерные расчетные нормы времени на проведение рентгенологических и ультразвуковых исследований	Приказ Минздрава РСФСР от 02.08.1991 N 132

Работу участковых врачей (терапевтов, педиатров и др.) оценивают по показателю  $\text{участковое}^{\text{TM}}$ , который представляет собой долю посещений пациентов своего участка ко всем посещениям врача и выражается в %.

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

Для характеристики организации профилактической работы поликлиники основным показателем является полнота **охвата населения профилактическими осмотрами**. Данные о профилактических осмотрах анализируют по таблице 2510 отчетной формы федерального статистического наблюдения № 30 «Сведения о медицинской организации». Данный показатель вычисляется по отдельным группам населения, подлежащим осмотру. Размер показателя должен стремиться к 100%.

В случаях изменения контингента лиц, периодически осматриваемых в течение года, план должен быть скорректирован (показатель не может быть выше 100%).

Отдельно проводится анализ целевых осмотров населения - на туберкулез, онкопатологию и т.д., с использованием тех же показателей.

Целевые осмотры на туберкулез оценивают дополнительно: по частоте выявления случаев туберкулеза на 1000 осмотренных, по охвату населения флюорографией (в %), по выявлению случаев туберкулеза методом флюорографии на 1000 осмотренных, а также по показателям охвата детей в % и на 1000 осмотренных методом туберкулинодиагностики.

**Диспансеризация населения** является одним из важнейших методов профилактической работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Большое место в этой работе занимает диспансеризация пациентов с ранними стадиями заболевания, нуждающихся в оздоровлении.

Данные разработок учетных форм № 03 0/у «Контрольная карта диспансерного наблюдения» и отчетной формы федерального статистического наблюдения №12 дают возможность получить ряд показателей, характеризующих проведение и результаты этой работы.

Для анализа диспансерной работы используют три группы показателей:

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

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

- показатель охвата населения диспансерным наблюдением (на 1000 человек населения) всего и по контингентам;

показатель охвата населения диспансерным наблюдением по отдельным заболеваниям (на 1000 человек населения) всего и по контингентам;

**К показателям качества диспансерного наблюдения относятся:**

- охват диспансерным наблюдением впервые выявленных пациентов всего и по нозологическим единицам (взятые под диспансерное наблюдение пациенты с впервые выявленными заболеваниями по отношению ко всем пациентам с впервые выявленными заболеваниями в %);

- полнота взятия пациентов под диспансерное наблюдение: отношение всех взятых под диспансерное наблюдение пациентов с (+) и (-) ко всем зарегистрированным пациентам в % с (+) и (-), всего и по нозологическим единицам;

- соблюдение сроков диспансерных осмотров (плановость наблюдения): число пациентов, не явившихся на диспансерный осмотр в течение года, ко всем пациентам, находящимся под диспансерным наблюдением в %;

- полнота проведения лечебно-оздоровительных мероприятий: число пациентов, которым были проведены лечебно-оздоровительные мероприятия в полном объеме в течение года ко всем пациентам, находящимся под диспансерным наблюдением в %.

Для расчетов показателей эффективности диспансерного наблюдения следует учитывать состояние здоровья пациента для планирования тактики его медицинского наблюдения<sup>2</sup> (группы здоровья):

**I группа состояния здоровья** - граждане, у которых не установлены

<sup>2</sup> Приказ Минздрава России от 03.02.2015 № 36н



хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний). Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится краткое профилактическое консультирование;

**II группа состояния здоровья** - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном суммарном сердечно-сосудистом риске, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

Таким гражданам в рамках диспансеризации проводится коррекция факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и(или) групповое профилактическое консультирование) в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте, при наличии медицинских показаний врачом-терапевтом назначаются лекарственные препараты для медицинского применения в целях фармакологической коррекции указанных факторов риска.

Эти граждане подлежат диспансерному наблюдению врачом (фельдшером) отделения (кабинета) медицинской профилактики, а также фельдшером фельдшерского здравпункта или фельдшерско-акушерского пункта;

**IIIa группа состояния здоровья** - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

**IIIб группа состояния здоровья** - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного

наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

Граждане с Ша и Шб группами состояния здоровья подлежат диспансерному наблюдению врачом-терапевтом, врачами-специалистами с проведением лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий.

Гражданам с Ша группой состояния здоровья, имеющим факторы риска развития хронических неинфекционных заболеваний, и гражданам с Шб группой состояния здоровья, имеющим высокий и очень высокий суммарный (абсолютный или относительный) сердечно-сосудистый риск, проводится коррекция имеющихся факторов риска (углубленное индивидуальное профилактическое консультирование и(или) групповое профилактическое консультирование) в рамках диспансеризации в отделении (кабинете) медицинской профилактики, центре здоровья, фельдшерском здравпункте или фельдшерско-акушерском пункте.

Основными показателями (критериями) эффективности диспансеризации взрослого населения являются:

- удельный вес числа пациентов, снятых с диспансерного наблюдения в связи с выздоровлением или улучшением состояния здоровья (переход в группу здоровья с меньшим числом);
- показатель первичного выхода на инвалидность (снижение в динамике);
- показатель смертности, всего и от отдельных нозологических единиц, на 100 тыс. населения.

**Анализ диспансерного наблюдения** инвалидов Великой Отечественной войны, воинов-интернационалистов и участников Великой Отечественной войны (отчетная форма федерального статистического наблюдения № 30) проводится по следующим показателям:

- охвата комплексными медицинскими осмотрами, %;
- изменению структуры лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, по группам инвалидности (I, II, III группы), %;

- удовлетворению потребности в стационарном лечении (от общего числа нуждающихся в стационарном лечении), %;
- удовлетворению потребности в санаторно-курортном лечении, %;
- смертности лиц, состоящих под диспансерным наблюдением, %.

#### **4.7.2. АНАЛИЗ РАБОТЫ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ**

Дневные стационары являются стационарозамещающими видами медицинской помощи. Сведения об их работе берутся из отчетной формы отраслевого статистического наблюдения № 14-дс.

Работа дневного стационара регламентируется приказом Минздрава Российской Федерации № 438 от 09.12.1999 года. Стационар может работать в одну или две смены.

Для сравнения работы дневных стационаров в отчетных формах их необходимо привести к единому формату - работе в одну смену.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной Программы, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских услуг в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Анализ работы дневных стационаров предусматривает оценку в динамике следующих основных показателей:

- число коек в дневных стационарах, оказывающих медицинскую помощь в стационарных, амбулаторных условиях и на дому;
- средняя занятость коек дневных стационаров;
- число пролеченных в них пациентов;
- число дней проведенных пациентами в дневном стационаре всего и по профилям коек;
- средняя длительность лечения пациентов всего и по профилям коек;
- летальность.

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

В течение года необходимо обращать внимание на эффективное использование коечного фонда дневных стационаров и своевременность внесения приказом руководителя медицинской организации изменений в количество и профиль коек в зависимости от потребности.

#### **4.7.3. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРОВ КРУГЛОСУТОЧНОГО ПРЕБЫВАНИЯ**

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

Анализ статистических данных о работе стационара включает профили отделений, наличие диагностической и вспомогательной служб, систему работы стационара, систему дежурств, характеристику кадров, порядок госпитализации в стационар, потоки госпитализированных пациентов, преемственность со службой скорой медицинской помощи и поликлиникой.

Анализ деятельности медицинской организации по оказанию медицинской помощи в стационарных условиях проводится на основании таблицы 3100 отчетной формы федерального статистического наблюдения №30.

Временные приставные койки, развернутые в палатах, коридорах и т.д. в связи с перегрузкой подразделения, оказывающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в таблицу 3100 не включают.

Койки для производства абортов должны быть предусмотрены в составе гинекологических коек, движение пациенток на них показывают в стр. «гинекологические койки для взрослых».

Ранее существовавшие «хосписные» койки должны быть перепрофилированы в «онкологические паллиативные» и показаны в соответствующей строке.

Койки общего профиля должны быть перепрофилированы и показаны по соответствующему профилю в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 17.05.2012 № 555н, зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 04.06.2012 № 24440 (терапевтические, сестринского ухода, паллиативные или др.).

Койки для новорожденных в родильных отделениях, финансируемые за счет коек для беременных и рожениц, в таблицу 3100 не включают.

В стр. «Койки для новорожденных» показывают только те койки для новорожденных, которые выделены приказом по медицинской организации и имеют самостоятельное финансирование.

Реанимационные койки, развернутые по приказу руководителя медицинской организации, показывают в соответствующей строке.

Койки интенсивной терапии, развернутые по приказу руководителя медицинской организации, включают в состав реанимационных коек и показывают в строке «койки интенсивной терапии».

К показателям деятельности круглосуточного стационара относятся:

- абсолютное число круглосуточных коек на конец года;
- среднегодовое число круглосуточных коек, которое используется для расчета их средней занятости;
- обеспеченность населения койками круглосуточного пребывания, которые рассчитываются в целом по стационару и по профилям коек;
- частота госпитализации на 100 жителей, вычислять которую целесообразно как в целом по стационару, так и по профилям коек. Уровень госпитализации можно рассчитать и по отдельным заболеваниям, в связи с которыми проводилось стационарное лечение, и по возрастам.
- основные показатели выполнения территориальной Программы.

Вопросы эффективного использования коечного фонда необходимы как в итоговой оценке деятельности стационара, так и в оперативной работе руководителей медицинских организаций различных уровней.

Показатели, характеризующие использование коечного фонда, должны рассматриваться не только за год, но и за месяц, квартал и т.д.

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

При проведении общей оценки работы коечного фонда следует иметь в виду, что средняя занятость койки в целом по медицинской организации может соответствовать нормативной, а по отдельным профилям может значительно различаться. Это связано с отсутствием контроля за работой коек по профилям в течение года, когда оперативно перепрофилирование коечного фонда не проводится.

#### **4.7.4. КАЧЕСТВО ВРАЧЕБНОЙ ДИАГНОСТИКИ**

Качество врачебной диагностики оценивают по ряду следующих показателей:

- частота совпадения клинических и патологоанатомических диагнозов;
- частота совпадения диагнозов поликлиники и стационара;
- неправильно сформулированный диагноз, неправильный выбор «основного» состояния в статистике заболеваемости и первоначальной причины смерти в статистике смертности в соответствии с МКБ-10;
- удельный вес неуточненных диагнозов (по рубрике МКБ-10 с четвертым знаком -.9);
- экспертная оценка полноты выполнения необходимых диагностических исследований.

Для оценки качества организации медицинской помощи в стационарных условиях дополнительно анализируют:

- удельный вес числа пациентов, госпитализированных без показаний;
- состав госпитализированных пациентов (по возрасту, полу и т.д.);
- среднюю длительность пребывания пациента на койке;

применение медицинской организацией стандартов оказания медицинской помощи;

- больничную летальность;
- результаты экспертной оценки результатов лечения.

Эти показатели дают возможность руководителю медицинской организации решать вопросы организации медицинской помощи, включая обеспечение современным диагностическим и лечебным оборудованием и медикаментами, повышения квалификации врачей и т.д.

Большое значение имеет преемственность в работе поликлиники и стационара, которая характеризуется:

- своевременностью передачи учетных форм № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» из поликлиники в стационар;
- полнотой проведенного обследования пациента, поступающего в стационар в плановом порядке;
- минимальными сроками ожидания госпитализации;
- отсутствие очереди и отказов в госпитализации;
- своевременной передачей выписок из учетных форм № 003/у «Медицинская карта стационарного больного» в поликлинику.

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

- лицах, которым была оказана скорая медицинская помощь;
- лицах, страдающих хроническими заболеваниями, которые обращались в службу скорой помощи, но не нуждались в оказании скорой медицинской помощи и могли быть обслужены поликлиникой.

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

#### **4.7.5. ПРЕЕМСТВЕННОСТЬ В РАБОТЕ ПОЛИКЛИНИКИ И СТАЦИОНАРА**

В данном разделе оцениваются следующие показатели:

- сроки ожидания на плановую госпитализацию;
- частота отказов в госпитализации по причинам;

- досуточная летальность в стационаре;
- поздняя госпитализация пациентов с экстренными хирургическими заболеваниями;
- процент расхождения диагнозов поликлиники и стационара.

#### **4.7.6. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ СЛУЖБ**

Этот раздел включает сведения о работе специализированных служб - педиатрической, акушерско-гинекологической, терапевтической, хирургической, онкологической, противотуберкулезной, психиатрической, наркологической, дермато-венерологической и других. Анализ деятельности этих служб имеет свои особенности, но в обязательном порядке включает следующие разделы:

- общая характеристика службы;
- обеспеченность врачами и средними медработниками;
- показатели оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях;
- показатели оказания медицинской помощи в стационарных условиях;
- специализированные показатели работы службы в динамике и сравнении.

#### **4.7.7. АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ (КАБИНЕТОВ) И СЛУЖБ**

Этот раздел включает сведения о работе вспомогательных (параклинических) служб - рентгенологической, физиотерапевтической, эндоскопической, лабораторной, функциональной диагностики и других. Анализ деятельности этих служб имеет свои особенности, но в обязательном порядке включает следующие разделы:

- общая характеристика службы;
- обеспеченность врачами и средними медработниками;
- показатели работы в амбулаторно-поликлинических подразделениях, дневных стационарах и круглосуточных стационарах;
- общие показатели работы для большинства служб в динамике и сравнении (среднее число исследований (процедур) на 100 амбулаторных



посещений; среднее число исследований (процедур) на 1 пациента, закончившего лечение в дневном стационаре; среднее число исследований (процедур) на 1 пациента, закончившего лечение в круглосуточном стационаре).

Обязательно следует отразить наличие аппаратуры, ее количество, введенное в эксплуатацию, а также среднюю нагрузку на единицу диагностического оборудования.

При анализе следует обращать внимание на имеющиеся и необходимые для диагностики и лечения вспомогательные подразделения, от наличия которых зависит качество оказания медицинской помощи.

## **5. ВЫВОДЫ, ПРЕДЛОЖЕНИЯ, РЕКОМЕНДАЦИИ**

Проведенный комплексный статистический анализ деятельности и эффективности работы медицинской организации завершается выводами, в которых последовательно отражаются основные положительные и негативные тенденции в ее деятельности.

### **Принципы статистического анализа:**

**Научность.** Анализ должен соответствовать статистическим законам и использовать достижения современной науки.

**Системный подход.** Статистический анализ необходимо проводить с учетом всех закономерностей в состоянии здоровья населения и деятельности системы здравоохранения, то есть изучать все явления в их взаимосвязи и взаимозависимости.

**Комплексность.** При анализе необходимо учитывать влияние множества различных факторов.

**Исследование в динамике.** В процессе анализа все явления должны рассматриваться в их развитии, а также при сопоставлении, что позволяет не только понять, но и выяснить причины происходящих изменений.

**Выделение основной цели.** Важным моментом является постановка задачи анализа и выявление наиболее важных причин, не дающих

возможности достижения цели.

**Конкретность и практическая полезность.** Результаты анализа обязательно должны быть конкретными, т.е. иметь числовое выражение, с определением причин возникновения неблагоприятных тенденций и путей их устранения.

На основании полученного комплекса показателей (Приложение 1) и проведенного анализа можно оценить как состояние лечебно-профилактической работы как основной, так и отдельных структурных подразделений медицинской организации. Наиболее распространенный метод представления итогов деятельности медицинской организации - показать уровни (ранги), которые занимает данная медицинская организация в регионе.

Представление итогов анализа деятельности медицинской организации с применением метода ранжирования возможно при условии сравнения полученных показателей с соответствующими показателями по другим медицинским организациям территории, со средне областными показателями за тот же период времени.

Метод ранжирования можно применить и для оценки состояния здоровья населения и деятельности медицинской организации с целью получения объективной оценки функционирования отдельных звеньев, выявления «узких мест» и имеющихся резервов, оценки рациональности использования имеющихся ресурсов, составления обоснованного плана развития здравоохранения данного региона.

Полученные в результате проведенного анализа данные ориентируют руководителя медицинской организации в отношении состояния кадров и лечебно-профилактической и другой деятельности медицинской организации, указывают на имеющиеся достижения, вскрывают недостатки, тем самым содействуют определению путей дальнейшего развития здравоохранения.

Полученный анализ в том или ином его разрезе и объеме может быть представлен на медицинском совете.

Анализ деятельности медицинской организации должен дать возможность руководителю принять обоснованные решение о реальных путях

по улучшению результатов работы.

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

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

Управление состоит, как минимум, из двух частей - выявление проблем и их устранение. При отсутствии любой из них процесс управления не может быть реализован. Внутри этих двух основных частей, для удобства практического применения, можно выделить более детальные технологические этапы управленческого процесса. Представляется целесообразным пройти шесть этапов:

- выявление проблем;
- анализ проблем;
- разработка проектов решений;
- принятие решений;
- реализация решений;
- анализ эффективности решений.

**На первом этапе** должны быть выявлены, обоснованы и учтены все имеющиеся проблемы в управляемой системе. Это осуществляется на основе сравнения полученных результатов функционирования системы здравоохранения с теми целевыми параметрами, которые предполагалось получить.

**На втором этапе** выясняются причины появления проблем и факторы, влияющие на их возникновение и развитие. При этом выделяются причины управляемые и неуправляемые, субъективные и объективные, устранимые и неустраиваемые. Также определяется необходимость привлечения для устранения проблемы дополнительных ресурсов и других подсистем.

Следует помнить, что чем конкретнее определены причины и факторы

возникновения проблемы, тем эффективнее впоследствии будут осуществляться последующие этапы управленческого процесса. Необходимо всегда иметь в виду, что даже в самой трудноразрешимой проблеме есть та часть, которая может быть решена в настоящий момент и собственными силами.

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

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

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

**На шестом этапе** анализируется эффективность реализации принятых решений исходя из основного критерия - хода устранения проблемы. В случае отсутствия эффекта в динамике устранения проблемы необходимо установить, на каком этапе управленческого процесса и по какой причине была допущена недостаточная эффективность. Кроме того, следует также оценить правильность формирования целей, так как нередко именно здесь закладываются предпосылки будущего неэффективного управления. По результатам реализации шестого этапа разрабатываются соответствующие коррективы в функционировании управляющей и управляемой подсистем.

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

Таким образом, данный раздел должен содержать конкретные предложения и рекомендации для всех служб и ответственных лиц, направленные на дальнейшее повышение качества лечебно-профилактической помощи населению.

Предложения и рекомендации, как правило, выносятся дифференцированно, с соблюдением иерархических принципов управления, то есть:

- уровень главного врача и его заместителей;
- предложения, касающиеся деятельности организационно-методических отделов (кабинетов);
- уровень отделений медицинских организаций;
- предложения, касающиеся деятельности отдельных служб и т.д.

Принятие решений по результатам анализа остается за руководителем медицинской организации.

**Расчеты основных статистических показателей оценки здоровья  
населения и деятельности медицинских организаций**

№ п/п	Название показателей	Алгоритм расчета показателей	Источник информации
<i>Демографические показатели</i>			
1	Численность постоянного населения на 01.01.	Абсолютные числа	Росстат
2	Среднегодовая численность населения	Абсолютные числа	Росстат
3	Общий коэффициент рождаемости (на 1 000 населения)	Число родившихся живыми за год $\times$ 1000 Среднегодовая численность населения	Росстат
4	Возрастной коэффициент рождаемости	Число родившихся у матерей в возрасте X $\times$ 1000 Число женщин в возрасте X	Росстат
5	Суммарный коэффициент рождаемости	Сумма возрастных коэффициентов рождаемости по 5-летним группам $\times$ 5 1000	Росстат
6	Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	Число умерших год $\times$ 1000 Среднегодовая численность населения	Росстат
7	Стандартизованный коэффициент смертности	по специальным методикам	Росстат
8	Коэффициент смертности по причинам смерти (на 100 тыс. населения)	Число умерших от указанной причины $\times$ 100000 Среднегодовая численность населения	Росстат
9	Коэффициент естественного прироста	Разность общих коэффициентов рождаемости и смертности	Росстат
10	Коэффициент депопуляции	Число родившихся Число умерших	Росстат
11	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (лет)	по специальным методикам	Росстат
12	Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	Число детей, умерших в возрасте до года $\times$ 1000 Число живорожденных	Росстат
13	Смертность детей в возрасте до 5 лет	по специальным методикам	Росстат
14	Коэффициент мертворожденное™	Число смертей плода на 22-й и более неделе беременности $\times$ 1000 Число живорожденных + число смертей плода на 22-й и более неделе беременности	Росстат
15	Коэффициент перинатальной смертности	(Число смертей 0-6 дней жизни + число смертей плода на 22-й и более неделе беременности) $\times$ 1000 Число живорожденных + число смертей плода на 22-й и более неделе беременности	Росстат
16	Коэффициент неонатальной смертности	Число смертей до 28 дней жизни $\times$ 1000 Число живорожденных	Росстат
17	Материнская смертность (на 100000 живорожденных)	Число женщин, умерших во время беременности, родов и в течение 42-х дней после родов $\times$ 100000 Число живорожденных	Росстат

18.	Смертность населения данной возрастной группы (повозрастная смертность)	Число лиц, умерших в данном возрасте за год x 1000 Среднегодовая численность населения данного возраста	Росстат
19.	Структура причин смерти (%)	Число умерших за год от данной причины смерти x 100 Число умерших за год	Росстат
<b>Обеспеченность медицинскими кадрами</b>			
1	Обеспеченность врачами (на 10000 населения)	Число врачей на конец года x 10000 Численность населения на конец года	отч. форма №30, табл.1100; Росстат
2	Обеспеченность средним медицинским персоналом (на 10000 населения)	Число средних медработников на конец года x 10000 Численность населения на конец года	отч. форма №30, табл.1100; Росстат
3	Коэффициент совместительства основных работников	Число должностей, занятых основными работниками Число физических лиц основных работников	отч. форма № 30, табл. 1100
4	Укомплектованность медицинскими работниками (в %)	Число занятых должностей мед. работников x 100 Число штатных должностей мед. работников	отч. форма № 30, табл. 1100
5	Укомплектованность городских участков (терапевтических, цеховых, педиатрических) врачами (в%)	Число занятых должностей врачей городских участков x 100 Число штатных должностей врачей городских участков	отч. форма № 30, табл. 1100
6	Доля врачей-специалистов и среднего медицинского персонала по отдельным специальностям в общей численности врачей и среднего медицинского персонала (в %)	[Число врачей (среднего медицинского персонала) данной специальности! x 100 Общее число врачей (среднего медперсонала)]	отч. форма №30, табл.1100
7	Доля врачей (среднего медперсонала), имеющих сертификат специалиста (в%)	[Число врачей (среднего медперсонала), имеющих сертификат специалиста! x 100 Число врачей (среднего медперсонала) на конец года]	отч. форма №30, табл.1100
8	Доля врачей (среднего медперсонала), имеющих квалификационную категорию, всего (в %)	[Число врачей (среднего медперсонала), имеющих квалификационную категорию, всего! x 100 Число врачей (среднего медперсонала) всего на конец года]	отч. форма №30, табл.1100
<b>Показатели работы поликлиники</b>			
1	Плановая мощность поликлиники	<b>см. приложение 2</b>	отч. форма №30, табл. 1010
2	Обеспеченность амбулаторно-поликлинической помощью на 10000 населения	(Плановое число посещений в смену) x 10000 Среднегодовая численность прикрепленного населения	отч. форма №30, табл.1010, Росстат

3	Динамика числа посещений поликлиники (в %)	Число посещений врачей поликлиники в данном году $\times 100$ Число посещений врачей поликлиники за предыдущий год	отч. форма №30, табл.2100, 2700
4	Доля посещений сельских жителей от числа всех посещений (в %)	Число посещений врачей сельскими жителями $\times 100$ Число всех посещений врачей поликлиники	отч. форма №30, табл.2100, 2700
5	Доля посещений детей по поводу заболеваний в возрасте до 17 лет включительно (в %)	Число посещений, сделанных детьми по поводу заболеваний в возрасте до 17 лет включительно $\times 100$ Число всех посещений врачей поликлиники	отч. форма №30, табл.2100, 2700
6	Число посещений на 1 жителя в год	Число всех посещений Среднегодовая численность населения	отч. форма №30, табл. 2100, 2700; Росстат
7	Структура посещений в %	[Число посещений (по поводу заболеваний, профилактических)! $\times 100$ Общее число посещений в поликлинику	отч. форма № 30, табл. 2100, 2700
8	Число посещений на 1 ФАП	Число посещений на ФАПы число ФАПов	отч. форма №30, табл. 2101
9	Число посещений на 1 сельского жителя	Число посещений сельских жителей Среднегодовая численность сельского населения	отч. форма № 30, табл. 2100; 2700 Росстат
10	Число посещений на 1 занятую должность врача-специалиста в год (функция врачебной должности)	Число посещений врача-специалиста поликлиники на приеме и на дому Число занятых должностей врача-специалиста поликлиники	отч. форма № 30, табл. 1100;2100

***Заболеваемость, диспансеризация и инвалидность населения***

1.	Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) населения (всего, детей, взрослых)	[Число всех зарегистрированных заболеваний (всего, детей, взрослых) с данным заболеванием! $\times 1000$ Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)	отч. форма №12, табл. 1000, 2000, 3000; Росстат
2.	Первичная заболеваемость населения (всего, детей, взрослых)	[Число зарегистрированных заболеваний (всего, детей, взрослых) с, впервые в жизни установленным диагнозом! $\times 1000$ Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)	отч. форма №12, табл. 1000, 2000, 3000; Росстат
3.	Структура заболеваемости (общей, первичной) (в %)	Число отдельных зарегистрированных заболеваний $\times 100$ Общее число всех заболеваний	отч. форма №12, табл. 1000, 2000, 3000
4.	Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности:		
4.1	Число случаев на 100 работающих	Число случаев временной нетрудоспособности $\times 100$ Число работающих	отч. форма № 16-ВН, табл. 1000
4.2	Число дней на 100 работающих	Число дней временной нетрудоспособности $\times 100$ Число работающих	отч. форма № 16-ВН, табл. 1000
4.3	Средняя продолжительность одного случая	Число дней временной нетрудоспособности Число случаев временной нетрудоспособности	отч. форма № 16-ВН, табл. 1000



4.4	Структура заболеваемости с временной утратой трудоспособности (в % по случаям и дням)	[Число случаев (дней) утраты трудоспособности по поводу данного заболевания] x 100 число случаев (дней) утраты трудоспособности по поводу всех заболеваний	отч. форма № 16-ВН, табл.1000
5.	Показатель охвата диспансерным наблюдением	Число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением на конец года x 1000 Численность населения на конец отчетного года	отч. форма №12, табл. 1000, 2000, 3000; Росстат
6.	Специальные показатели охвата диспансерным наблюдением по отдельным заболеваниям	Число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением по данному заболеванию на конец года x 1000 Численность населения на конец отчетного года	отч. форма №12, табл. 1000, 2000, 3000
7.	Показатель первичного выхода на инвалидность	Число пациентов, впервые признанных инвалидами x 10 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 7 (собес) МСЭК; Росстат
8.	Показатель первичного выхода на инвалидность детей 0-17 лет	Число пациентов 0-17 лет, впервые признанных инвалидами x 10 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 7 (собес) МСЭК; Росстат
9.	Показатель общей инвалидности	Число инвалидов всего x 10 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 30, табл. 2610; Росстат
10.	Показатель общей детской инвалидности	(Число детей-инвалидов всего в возрасте 0-17 лет) x 1000 Среднегодовая численность детей в возрасте 0-17 лет	отч. форма № 19, табл. 1000; Росстат
<b>Профилактические медицинские осмотры населения</b>			
1	Охват отдельных групп населения медицинскими осмотрами в %	Число осмотренных лиц x 100 Число подлежащих медицинским осмотрам	отч. форма № 30, табл. 2510
2	Частота выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах	Число заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах x 1000 Число осмотренных лиц	отч. форма № 30, отч. форма №12, табл. 1000, 2000, 3000
<b>Стоматологическая помощь</b>			
1.	Число посещений на 1 жителя в год	Число всех посещений к стоматологам и зубным врачам Среднегодовая численность населения	отч. форма № 30, табл. 2700, 2710; Росстат
2.	Удельный вес первичных посещений (в %)	Число первичных посещений к стоматологам и зубным врачам x 100 Число всех посещений	отч. форма № 30, табл. 2700, 2710
3.	Доля лиц, нуждавшихся в санации (в %)	Число лиц, нуждавшихся в санации x 100 Число осмотренных лиц	отч. форма № 30, табл. 2700, 2710
4.	Число saniрованных на 1000 населения	Всего saniровано x 1000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 30, табл. 2700, 2710; Росстат

<b>Показатели службы скорой медицинской помощи</b>			
1.	Число обращений на 1000 населения	(Всего выполнено выездов + безрезультатные выезды) x 1000 Среднегодовая численность населения	отч. форма №30; Росстат
2.	Число безрезультатных выездов на 1 000 населения	Всего безрезультатных выездов x 1000 Среднегодовая численность населения	отч. форма №30; Росстат
3.	Число лиц, которым скорая медицинская помощь оказана при выездах и амбулаторно на 1000 населения	Число лиц, которым скорая медицинская помощь оказана при выездах + амбулаторно x 1000 Среднегодовая численность населения	отч. форма №30; Росстат
4.	Доля числа лиц, которым оказана амбулаторная помощь (в %)	Число лиц, которым оказана амбулаторная помощь x 100 (Число лиц, которым оказана помощь при выездах + число лиц, которым оказана амбулаторная помощь)	отч. форма №30
5.	Выполнено вызовов по поводу несчастных случаев на 1000 населения	Число вызовов по поводу несчастных случаев x 1000 Среднегодовая численность населения	отч. форма №30; Росстат
6.	Выполнено вызовов по поводу внезапных заболеваний на 1000 населения	Число вызовов по поводу внезапных заболеваний x 1000 Среднегодовая численность населения	отч. форма №30; Росстат
7.	Удельный вес госпитализированных пациентов (в %)	Число госпитализированных пациентов x 100 Число лиц, которым оказана помощь при выездах	отч. форма №30
8.	Число выездов бригад скорой помощи со временем доезда до пациента до 20 мин. (в %)	Число выездов бригад скорой помощи со временем доезда до пациента до 20 мин. x 100 Число выполненных выездов всего	отч. форма №30
<b>Деятельность круглосуточного стационара. Коечный фонд и его использование</b>			
1.	Обеспеченность населения койками (на 10 000 населения)	Число коек, развернутых на конец года x 10000 Численность населения на конец года	отч. форма № 30, табл. 3100; Росстат
2.	Показатель использования пропускной способности (%)	Число койко-дней, проведенных пациентами x 100 (Число дней в отчетном году x среднегодовое число коек)	отч. форма № 30, табл. 3100
3.	Средняя занятость койки в году	Число койко-дней, проведенных пациентами Среднегодовое число коек	отч. форма № 30, табл. 3100
4.	Число использованных пациентов	(Число поступивших + число выписанных + число умерших пациентов) 2	отч. форма № 30, табл. 3100
5.	Средняя длительность пребывания пациента на койке	Число койко-дней, проведенных пациентами Число использованных пациентов	отч. форма № 30, табл. 3100
6.	Средняя длительность лечения по нозологиям	Число койко-дней, проведенных пациентами (выписанными, умершими) Число пациентов (выписанных, умерших) с данным заболеванием	отч. форма № 14, табл. 2000, форма № 066/y

7.	Оборот койки	Число использованных пациентов Среднегодовое число коек	отч. форма № 30, табл. 3100
8.	Среднее время простоя койки (общее)	(Число дней работы койки в году - средняя занятость койки) Оборот койки	отч. форма № 30, табл. 3100
9.	Уровень( частота) госпитализации	Число поступивших пациентов х 100 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 30, табл. 3100; Росстат
10.	Летальность больничная (в%)	Число умерших всего х 100 Число выбывших пациентов (выписанные + умершие)	отч. форма № 30, табл. 3100
11.	Летальность больничная от отдельных заболеваний (в%)	Число умерших от отдельных заболеваний х 100 Число выбывших пациентов с данным заболеванием (выписанные + умершие)	отч. форма № 14, табл. 2000
12.	Показатель выполнения плана койко-дней (в %)	Число койко-дней, проведенных пациентами в стационаре х 100 Плановое количество койко-дней	отч. форма № 30, табл. 3100; финансовый план

#### *Хирургическая работа стационара*

1.	Хирургическая активность (в%)	Число оперированных пациентов х 100 Число пациентов, выбывших с коек хирургического профиля	отч. форма № 14, табл. 4000; отч. форма № 30, табл. 3100
2.	Структура оперативных вмешательств (в %)	Число произведенных отдельных видов операций х 100 Число операций всего	отч. форма № 14, табл. 4000
3.	Послеоперационная летальность (в %)	Число умерших всего от операций х 100 Число оперированных пациентов	отч. форма № 14, табл. 4000
4.	Структура послеоперационной летальности (в %)	(Число умерших от отдельных видов операций х 100 Число оперированных пациентов при данных видах операций	отч. форма № 14, табл. 4000

#### *Переливание крови и кровезаменяющих жидкостей*

1.	Среднее число переливаний на 1-го пациента	Число переливаний Число пациентов, которым произведено переливание	отч. форма № 30, табл. 3200
2.	Среднее количество крови на 1 переливание (в л.)	Перелито крови в л. Число переливаний	отч. форма № 30, табл. 3200
3.	Частота осложнений при переливаниях	(Число пациентов, у которых наблюдались осложнения после переливаний) х 100 Число пациентов, которым произведено переливание	отч. форма № 30, табл. 3200

#### *Работа вспомогательных отделений*

**Лучевая диагностика (рентгенодиагностические исследования, компьютерные томографии, ультразвуковые и магниторезонансные исследования)**

1.	Доля амбулаторных лучевых исследований (в %)	Число лучевых исследований в поликлинике x 100 Общее число лучевых исследований	отч. форма № 30, табл. 5110,5112
2.	Среднее число лучевых исследований на 1-го стационарного пациента	Число лучевых исследований стационарным пациентам Число использованных пациентов в стационаре	отч. форма № 30, табл. 5110,5111
3.	Среднее число лучевых исследований на 100 амбулаторных посещений	Число лучевых исследований в поликлинике x 100 Общее число амбулаторных посещений, включая посещения к стоматологам и зубным врачам	отч. форма № 30, табл. 2100, 2700, 5110,5111
4.	Кратность рентгенологических просвечиваний (снимков)	Число рентгенологических просвечиваний (снимков) Число рентгенологических исследований	отч. форма № 30, табл. 5110
5.	Структура лучевых исследований (в %)	Число отдельных видов лучевых исследований x 100 Общее число лучевых исследований	отч. форма № 30, табл. 5110
6.	Среднедневная нагрузка врачей в поликлинике (стационаре)	Число исследований за год в поликлинике (стационаре) Число рабочих дней в году	отч. форма № 30, табл. 5110
<b>Флюорографическое обследование</b>			
1.	Нагрузка на 1 флюорограф в год	Число обследований за год Число флюорографов	отч. форма № 30, табл. 5114,5117
<b>Деятельность радиологического отделения</b>			
1.	Доля пациентов, получивших отдельные виды радиологического лечения	Число пациентов, получивших отдельные виды радиологического лечения x 100 Число пациентов, закончивших радиологическое лечение всего	отч. форма № 30, табл. 4201
2.	Частота сканирований (функциональных исследований)	Число сканирований x 100 Общее число радиологических исследований	отч. форма № 30, табл. 4201
<b>Деятельность лаборатории</b>			
1.	Доля лабораторных анализов, проведенных амбулаторным пациентам, %	Число лабораторных анализов, проведенных амбулаторным пациентам x 100 Общее число лабораторных анализов	отч. форма № 30, табл. 5300
2.	Среднее число лабораторных анализов на 1 стационарного пациента	Число лабораторных анализов произведенных стационарным пациентам Число использованных пациентов в стационаре	отч. форма № 30, табл. 5300,3100
3.	Среднее число лабораторных анализов на 100 амбулаторных посещений (включая помощь на дому)	Число анализов, произведенных амбулаторным пациентам x 100 Общее число амбулаторных посещений	отч. форма № 30, табл. 2100, 5300
4.	Структура лабораторных анализов (в %)	Число отдельных видов лабораторных анализов x 100 Общее число лабораторных анализов	отч. форма № 30, табл. 5300
5.	Число лабораторных анализов на 1 000 населения	Число лабораторных анализов x 1000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 30, табл. 5300; Росстат

<b>Деятельность кабинета функциональной диагностики</b>			
1.	Среднее число исследований на 1-го стационарного пациента	Число исследований в стационаре Число использованных пациентов в стационаре	отч. форма № 30, табл. 5401
2.	Среднее число исследований на 100 амбулаторных посещений	Число исследований в поликлинике и на дому x 100 Число посещений в поликлинику	отч. форма № 30, табл. 5401, 2100
3.	Среднее число исследований на 1-го обследованного пациента	Число исследований Число обследованных пациентов	отч. форма № 30, табл. 5401
4.	Структура функциональных исследований (в %)	Число отдельных видов функциональных исследований x 100 Общее число функциональных исследований	отч. форма № 30, табл. 5402
<b>Деятельность физиотерапевтического отделения (кабинета)</b>			
1.	Среднее число процедур на 1-го пациента, закончившего лечение	Число отпущенных процедур Число лиц, закончивших лечение	отч. форма № 30, табл. 4601
2.	Среднее число физиотерапевтических процедур на 100 амбулаторных посещений	Число физиотерапевтических процедур, полученных амбулаторными пациентами x 100 Число посещений в поликлинику	отч. форма № 30, табл. 4601, 2100
3.	Среднее число физиотерапевтических процедур на 1 пациента в стационаре	Число физиотерапевтических процедур, отпущенных пациентам в стационаре Число использованных пациентов	отч. форма № 30, табл. 4601, 3100
4.	Охват стационарных пациентов физиотерапевтическими методами лечения (в %)	(Число стационарных пациентов, пользовавшихся физиотерапевтическими методами лечения) x 100 Число использованных пациентов	отч. форма № 30, табл. 4601, 3100
<b>Деятельность отделения (кабинета) ЛФК</b>			
1.	Среднее число отпущенных процедур на 1-го пациента, закончившего лечение	Число отпущенных процедур Число лиц, закончивших лечение	отч. форма № 30, табл. 4701
2.	Среднее число отпущенных процедур на 100 амбулаторных посещений	Число процедур, отпущенных амбулаторным пациентам x 100 Число посещений в поликлинику	отч. форма № 30, табл. 4701, 2100
3.	Среднее число отпущенных процедур на 1-го пациента, выбывшего из стационара	Число процедур, отпущенных стационарным пациентам Число выбывших пациентов	отч. форма № 30, табл. 4701, 3100
4.	Охват стационарных пациентов ЛФК (в %)	Число стационарных пациентов, охваченных ЛФК x 100 Число выбывших пациентов	отч. форма № 30, табл. 4701, 3100
<b>Стационарозамещающая помощь</b>			
1.	Обеспеченность койками дневных стационаров (на 10000 населения)	Число коек, развернутых на конец года по всем видам дневных стационаров x 10000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 14-дс, Росстат

		на конец года	
2	Средняя занятость койки в году в дневных стационарах	Число дней лечения, проведенных пациентами Среднегодовое число коек в дневных стационарах	отч. форма № 14-дс
3	Уровень госпитализации	Число поступивших пациентов x 100 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 14-дс, Росстат
4	Средняя длительность пребывания пациента в дневных стационарах	Число дней лечения, проведенных пациентами Число использованных пациентов	отч. форма № 14-дс
<b>Охрана здоровья матери и ребенка</b>			
1.	Своевременность охвата беременных наблюдением женской консультацией (в %)	(Число женщин, поступивших под наблюдение консультации_со сроком беременности до 12 нед).x 100 Число беременных женщин, поступивших под наблюдение консультации всего	отч. форма № 32, табл. 2110
2.	Доля женщин, закончивших беременность в отчетном году родами (в %)	Число женщин, закончивших беременность родами x 100 Число женщин, закончивших беременность	отч. форма № 32, табл.2110
3.	Число аборт на 1000 женщин фертильного возраста (от 15 до 49 лет)	Число абортов x 1000 Численность женщин фертильного возраста	отч. форма № 13; Росстат
4.	Число абортов на 100 родившихся живыми и мертвыми	Число абортов x 100 Число родившихся живыми и мертвыми	отч. форма № 13, табл.1000, Росстат
5.	Соотношение родов и абортов	Число родов за отчетный период Число абортов за отчетный период	отч. форма № 13, табл. 1000, отч. форма № 32, табл.2110
6.	Удельный вес нормальных родов (в %)	Число нормальных родов x 100 Число родов	отч. форма № 32, табл.2210
7.	Охват женщин средствами контрацепции (ВМС + гормональная контрацепция)	Число женщин на конец года, имеющих ВМС и использующих гормональную контрацепцию Численность женщин фертильного возраста (от 15 до 49 лет)	отч. форма № 30; Росстат
8.	Заболеваемость детей 1-го года жизни	(Число зарегистрированных заболеваний у детей в возрасте до 1 года) x 1000 Среднегодовая численность детей в возрасте до 1 года	отч. форма № 12, табл. № 1500; Росстат
9.	Структура заболеваемости детей 1-го года жизни (в %)	(Число зарегистрированных данных заболеваний у детей до 1 года) x 100 Общее число заболеваний детей в возрасте до 1 года	отч. форма № 12, табл. № 1500; Росстат
10.	Удельный вес детей, находящихся на грудном вскармливании (в %)	[(Число детей, находившихся на грудном вскармливании (с 3-х до 6 мес; с 6 мес. до 1 года)1 x 100 Среднегодовая численность детей до 1 года	отч. форма № 30, табл. № 2650; Росстат
<b>Показатели специализированных служб</b>			
1.	Заболеваемость первичная туберкулезом на 100 000 населения	Число впервые выявленных больных туберкулезом x 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 8; табл.1000

			Росстат
2.	Заболеваемость первичная туберкулезом органов дыхания на 100 000 населения	Число впервые выявленных больных туберкулезом органов дыхания х 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 33; Росстат
3.	Заболеваемость первичная туберкулезом детей 0-17 лет на 100 000 соответствующего населения	(Число впервые заболевших детей + число умерших детей с посмертно установленным диагнозом туберкулеза х) 100 000 Среднегодовая численность населения 0-17 лет	отч. форма № 33; табл.2100 Росстат
4.	Частота распространения туберкулеза	(Число пациентов с активным туберкулезом, состоящих на учете на конец года) х 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 33; табл.2100 Росстат
5.	Смертность от туберкулеза на 100 000 населения	Число умерших от туберкулеза х 100 000 Среднегодовая численность населения	Росстат, табл. С51
6.	Частота выявления больных активным туберкулезом при профилактических осмотрах на 1000	(Число пациентов с активным туберкулезом, выявленных при профилактических осмотрах) х 1000 Число осмотренных лиц при профосмотрах	отч. форма № 33, табл.2110
7.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под диспансерное наблюдение	(Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, взятых под диспансерное наблюдение) х 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 36, табл. №2100; Росстат
8.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, обратившихся за консультативно-лечебной помощью	(Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом психического расстройства, обратившихся за консультативно-лечебной помощью) х 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 36, табл. №2110; Росстат
9.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом синдрома зависимости от алкоголя на 100 000 населения	(Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом синдрома зависимости от алкоголя) х 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 37, табл. №2100; отч. форма № 11, табл.№2000; Росстат
10.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом алкогольного психоза на 100 000 населения	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом алкогольного психоза) х 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 37, табл. №2100; отч. форма № 11, табл.№2000; Росстат
11.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании, токсикомании на 100 000 населения	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании, токсикомании) х 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 37, табл. №2100; отч. форма № 11, табл.№2000; Росстат
12. к	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом синдрома 'iaBHCYisvocTH от алкоголя, взятых под диспансерное наблюдение, на 100 000 населения	(Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом синдрома зависимости от алкоголя, взятых за жсияасетое тбзюзшв&Л х 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 37, табл. №2100; Росстат
13.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом алкогольного	(Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом алкогольного психоза, взятых	отч. форма № 37, табл. №2100;

	психоза, взятых под диспансерное наблюдение, на 100 000 населения	под диспансерное наблюдение) x 100 000 Среднегодовая численность населения	Росстат
14.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании, токсикомании, взятых под диспансерное наблюдение, на 100 000 населения	(Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом наркомании, токсикомании, взятых под диспансерное наблюдение) x 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 37, табл. №2100; Росстат
15.	Первичная заболеваемость злокачественными новообразованиями на 100 000 населения	Число впервые выявленных злокачественных новообразований x 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 7, табл. № 2000; Росстат
16.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сифилиса на 100 000 населения	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом сифилисах 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 9, табл. № 1000; Росстат
17.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом гонореи на 100 000 человек	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом гонореи x 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 9, табл. № 1000; Росстат
18.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом чесотки на 100 000 населения	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом чесотки x 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 9, табл. № 1000; Росстат
19.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом микроспории на 100 000 населения	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом микроспории x 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 9, табл. № 1000; Росстат
20.	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом трихофитии на 100 000 населения	Число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом трихофитии x 100 000 Среднегодовая численность населения	отч. форма № 9, табл. № 1000; Росстат
<b>Основные показатели медицинского обслуживания ИОВ, участников ВОВ и воинов-интернационалистов</b>			
1.	Число инвалидов Отечественной войны (ИОВ)	Абсолютные числа	отч. форма № 30 таб. № 2600
2.	Число участников Отечественной войны (УОВ)	Абсолютные числа	отч. форма № 30 таб. № 2600
3.	Число воинов-интернационалистов	Абсолютные числа	отч. форма № 30 таб. № 2600
4	Структура состоящих под диспансерным наблюдением (ИОВ, УОВ, воинов-интернационалистов), в %	[Число состоящих под диспансерным наблюдением (ИОВ, УОВ, воины-интернационалисты) на конец года] x 100 Общее число состоящих под диспансерным наблюдением ИОВ, УОВ, воинов-интернационалистов	отч. форма № 30, табл. № 2600
5	Охват ИОВ, УОВ, воинов-интернационалистов комплексными медицинскими осмотрами, в %	(Число осмотренных лиц) x 100 Число лиц, состоящих под диспансерным наблюдением на конец отчетного года	отч. форма № 30, табл. № 2600
6	Охват ИОВ, УОВ, воинов-интернационалистов стационарным лечением (в%)	(Число ИОВ, УОВ, воинов-интернационалистов, получивших стационарное лечение) x 100 Число их нуждавшихся в стационарном	отч. форма № 30, табл. № 2600



		лечения	
7.	Охват ИОВ, УОВ, воинов-интернационалистов санаторно-курортным лечением (в %)	(Число ИОВ, УОВ, воинов-интернационалистов, получивших санаторно-курортное лечение) x 100 Число ИОВ, УОВ, воинов-интернационалистов, всего	отч. форма № 30, табл. № 2600
<b>Основные показатели выполнения Программы государственных гарантий (государственный заказ) *</b>			
1.	Число посещений на 1 человека в год		отч. форма № 62
2.	Число пациенто-дней на 1 человека в год		отч. форма № 62
3.	Число койко-дней на 1 человека в год		отч. форма № 62
4.	Число вызовов скорой помощи на 1 человека в год		отч. форма № 62
* Расчет показателей производится в соответствии с Постановлением Правительства РФ «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» на соответствующий год.			
<b>Оснащенность электронно-вычислительной техникой (ЭВТ)</b>			
1.	Доля медицинских организаций, оснащенных ЭВТ (в %)	(Число медицинских организаций, оснащенных ЭВТ) x 100 Число всех медицинских организаций	отч. форма № 30, табл. 7000
2.	Доля медицинских организаций, оснащенных ЭВТ, имеющих выход в Интернет (в %)	(Число медицинских организаций, оснащенных ЭВТ, имеющих выход в Интернет) x 100 Число медицинских организаций, оснащенных ЭВТ	отч. форма № 30, табл. 7000

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ПРИКАЗ

20 июня 1979 г.

№ 650

**О введении показателя «Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений» в практику планирования здравоохранения**

Дальнейшее развитие и совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи, как наиболее массового вида медицинской помощи населению, является в настоящее время одним из ведущих направлений в работе органов и учреждений здравоохранения. Все большее значение приобретают вопросы, связанные с планированием расширения и укрепления материальной базы сети внебольничных учреждений.

В соответствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 22 сентября 1977 г. № 870 "О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения", в проектах Государственного плана экономического и социального развития СССР и Государственного бюджета СССР, начиная с 1981 года, должны быть предусмотрены задания союзным республикам, министерствам и ведомствам СССР по развитию сети амбулаторно-поликлинических учреждений.

Госпланом СССР установлен плановый показатель "Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений", измеряемая числом посещений в смену. С 1970 г. он используется в планах экономического и социального развития для планирования строительства и ввода в действие амбулаторно-поликлинических учреждений, а с 1981 г. будет применяться для планирования сети лечебно-профилактических учреждений, оказывающих населению амбулаторно-поликлиническую помощь.

В целях обеспечения условий для введения планового показателя "Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений" в практику планирования здравоохранения:

**И. УТВЕРЖДАЮ:**

1.1. Инструкцию по определению планового показателя "Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений" для планирования сети учреждений (подразделений) здравоохранения, оказывающих населению амбулаторно-поликлиническую помощь (приложение № 1);

1.2. "Нормативные показатели площадей для определения плановой мощности учреждений (подразделений) здравоохранения, оказывающих населению амбулаторно-поликлиническую помощь" (приложение № 2).

**П. ПРИКАЗЫВАЮ:**

2.1. Министрам здравоохранения союзных и автономных республик, заведующим областными (краевыми) отделами здравоохранения, начальникам главных управлений здравоохранения, Президиуму Академии медицинских наук СССР, начальникам главных управлений и управлений Министерства здравоохранения СССР:

- до 1 сентября 1979 года рассмотреть и утвердить (по подчиненности) плановую мощность каждого учреждения (подразделения), оказывающего населению амбулаторно-поликлиническую помощь, исходя из данных паспортизации лечебно-профилактических учреждений, проведенной по состоянию на 1 января 1978 года. Использовать эти данные при определении исходной базы для планирования мощности амбулаторно-поликлинических учреждений в проекте плана развития здравоохранения на 1981 год;

- ежегодно, начиная с 1980 г., перед представлением в вышестоящие органы проекта плана развития здравоохранения на очередной год, утверждать плановую мощность этих учреждений (подразделений).

2.2. В целях отработки порядка раздельного планирования и финансирования стационарной амбулаторно-поликлинической помощи и подготовки для министерств и местных органов здравоохранения методических указаний по этому вопросу поручить Министру здравоохранения Молдавской ССР (тов. Драганюку К.А.) разработать проект плана и бюджета на 1980 г. раздельно по развитию стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) и осуществить раздельное их финансирование.

Первый заместитель Министра  
здравоохранения СССР

С.П.БУРЕНКОВ

Приложение N 1  
к приказу Министерства  
здравоохранения СССР  
от 20 июня 1979 г. N 650

**ИНСТРУКЦИЯ  
ПО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПЛАНОВОГО ПОКАЗАТЕЛЯ  
"МОЩНОСТЬ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ"  
ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕТИ УЧРЕЖДЕНИЙ (ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ)  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НАСЕЛЕНИЮ АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ**

1. Показатель плановой мощности амбулаторно-поликлинической сети устанавливается для всех лечебно-профилактических учреждений (подразделений), оказывающих населению амбулаторно-поликлиническую помощь. При наличии в составе лечебно-профилактического учреждения нескольких поликлиник (отделений), оформленных в установленном порядке, показатель плановой мощности устанавливается по каждому из них.

2. Показатель плановой мощности амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) утверждается (по подчиненности) городским, областным (краевым) отделом (управлением) здравоохранения, министерством здравоохранения АССР, союзной республики, Союза ССР в соответствии с изложенным ниже порядком.

3. Плановая мощность амбулаторно-поликлинических учреждений выражается числом посещений в смену.

4. Для учреждений, построенных по типовым или индивидуальным проектам, в которых указана проектная мощность в посещениях в смену, плановая мощность принимается равной проектной. Если проектная

мощность выражена числом посещений в день, то плановая мощность принимается равной 60% от проектной.

5. При отсутствии проектной документации, или если в проекте не указана мощность учреждения в посещениях в смену (в день), плановая мощность определяется расчетным путем:

- для самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений, а также для входящих в состав других лечебно-профилактических учреждений, но размещенных автономно (в отдельном здании, пристройке, на отдельном этаже), плановая мощность каждого из них определяется как частное от деления их фактически занимаемой площади на нормативный показатель площади (приложение N 2 к данному приказу);

- для амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений), входящих в состав других лечебно-профилактических учреждений и размещенных в одном комплексе, площадь, которую они непосредственно занимают, следует увеличить за счет части площади общих лечебно-диагностических кабинетов и вспомогательных служб пропорционально объему работы, выполняемой ими для амбулаторно-поликлинических подразделений. Затем для определения их плановой мощности следует полученную суммарную площадь разделить на приведенный в приложении N 2 соответствующий нормативный показатель.

Примечание:

1. При определении мощности амбулаторно-поликлинических учреждений следует исходить из рабочей площади, которая определяется как сумма всех площадей, занимаемых учреждением, за исключением коридоров, тамбуров, переходов, а также площадей, занятых инженерными сетями и оборудованием (котельные с вспомогательными помещениями, бойлерные, насосные водопровода и канализации, узлы управления, щитовые, трансформаторные подстанции, вентиляционные камеры, камеры для кондиционирования воздуха, машинные отделения, лифты) в соответствии с СНиП-Л. 2.72.

2. В 1979 г. при установлении исходного показателя мощности берутся данные переписи на 1 января 1978 года.

Начальник Планово-  
финансового управления

В.В.ГОЛОВТЕЕВ

### НОРМАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПЛОЩАДЕЙ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПЛАНОВОЙ МОЩНОСТИ УЧРЕЖДЕНИЙ (ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ) ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИХ НАСЕЛЕНИЮ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ

+ NN		1	1	Размер площади (кв. м' на одно	
п/п				посещение в смену для	
1		1	1	учреждений:	1
1		I	Тип учреждения		1
1		1		входящих в состав	самостоятель-
1		1		других лечебно-	ных, автономно
1		1		профилактических	расположенных
1		1		учреждений	1
1		1	2	3	4
1		1			1
1	1	1	11. I Поликлиника областной, краевой!		
1	1	1	I республиканской больницы	7,2	8,6
1	1	1	12. [Поликлиника детской областной,		
1	1	1	I краевой, республиканской боль-		
1	1	1	I ницы	7,6	10, 9
1	1	1	13. I Городская поликлиника (отделе-		
1	1	1	I ние)	4,6	6,8
1	1	1	14. I Детская городская поликлиника!		
1	1	1	I (консультация)	7, 6	10, 9
1	1	1	15. (Центральная районная (район-		
1	1	1	I ная) поликлиника (отделение)	3, 2	5,2
1	1	1	16. I Амбулатория	-	5,4
1	1	1	17. I Стоматологическая поликлиника	-	2,7
1	1	1	18. I Детская стоматологическая по-	-	2,7
1	1	1	I ликлиника		
1	1	1	19. I Женская консультация	4,4	6,3
1	1	1	10. I Диспансеры:		
1	1	1	I - врачебно-физкультурный	-	13,2
1	1	1	I - кардиологический	6, 0	
1	1	1	I - кожно-венерологический	2,4	3,4
1	1	1	I [- наркологический	3, 8	5,3
1	1	1	I I - онкологический	6, 2	9,2
1	1	1	I I - противозобный	3, 6	4,7
1	1	1	I I - противотуберкулезный	3, 6	4,7
1	1	1	I I - психоневрологический	3,8	5,3
1	1	1	I I - трахоматозный	2,4	3,4
1	1	1	11. I Поликлиника госпиталя для ин-		
1	1	1	I валидов Отечественной войны	4,6	6, 8
1	1	1	12. I Поликлиническое отделение спе-		
1	1	1	I циализированной больницы (спе-		
1	1	1	I циализированная поликлиника):		
1	1	1	I I - ортопедо-хирургическая боль-		
1	1	1	I ница восстановительн. лечения	16,2	28,0
1	1	1	I I - психиатрическая больница	3,8	5,3
1	1	1	I I - туберкулезная больница	3, 6	4,7
1	1	1	I I - отоларингологическая больни-	2,2	3, 6
1	1	1	I I ца		
1	1	1	I I - офтальмологическая больница	2,2	3, 6
1	1	1	I I - физиотерапевтическая больни-		
1	1	1	I I ца (поликлиника)	5, 0	5,2
1	1	1	I I - косметологическая лечебница	5, 0	5,2

Примечание:

1. Плановая мощность поликлиник (отделений) клинических больниц и клиник вузов и НИИ определяется по нормам городской

поликлиники.

2. Плановая мощность поликлиник (отделений) водздравотдела определяется: для бассейновых и портовых - по нормам областных поликлиник, для линейных - по нормам городских поликлиник.

Начальник Планово-  
финансового управления  
В.В.ГОЛОВТЕЕВ

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР  
МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ СССР**

**ПИСЬМО**

**3 января 1989 года N 01-14/1-24**

**О правах руководителей учреждения здравоохранения по  
установлению штатов**

В связи с поступившим запросами от делегатов Всесоюзного съезда врачей, работников здравоохранения о правах руководителей учреждений здравоохранения по установлению штатов Министерство здравоохранения СССР и Министерство финансов СССР сообщают:

Установленное постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 20.06.88 года N 764 "О мерах по дальнейшему улучшению охраны здоровья населения и укреплению материально-технической базы здравоохранения" (приказ Министерства здравоохранения СССР от 05.07.88 года N 528) право, начиная с 1989 года, утверждать штатные расписания учреждений здравоохранения в пределах установленного планового фонда заработной платы, осуществляется руководителями учреждений здравоохранения самостоятельно в целях более рационального решения вопросов подбора и расстановки кадров с учетом возложенных на медицинских организаций задач и других конкретных условий (демографического состава населения, экологических особенностей местности, заболеваемости, инвалидности, эпидемических ситуаций, комплектности участков и др.).

Штатные нормативы медицинского персонала и типовые штаты руководящих работников, специалистов, служащих и рабочих учреждений здравоохранения, утвержденные Министерством здравоохранения СССР и Министерствами здравоохранения союзных республик, служат методическим пособием в этой работе и не ограничивают права руководителей в установлении структуры медицинских организаций и численности должностей работников, предусмотренных номенклатурой. При этом обязательным при установлении штатов медицинских организаций является только не превышение фонда заработной платы, выделяемого в соответствии с постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 19.11.87 года N 1318 "О доработанном по результатам всенародного обсуждения проекта ЦК КПСС и Совета Министров СССР У"Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года".

Руководителям учреждений здравоохранения предоставлено также право устанавливать индивидуальные нормы нагрузки врачей амбулаторно-

поликлинических учреждений (подразделений) в зависимости от конкретных условия и с учетом рациональной организации труда врачебного и среднего медицинского персонала (приказ Минздрава СССР от 22.07.87 года N 902).

Предоставление самостоятельности руководителям учреждений здравоохранения по установлению штатов предопределяет оперативность и гибкость в решении практических задач здравоохранения экономически обоснованной численностью работников и направлено на повышение уровня и полное удовлетворение потребности населения в квалифицированной медицинской помощи.

Министерство здравоохранения СССР и Министерство финансов СССР предлагают довести настоящее письмо до руководителей органов здравоохранения, финансовых органов и всех руководителей учреждений здравоохранения.

Министр здравоохранения СССР

Е.И.ЧАЗОВ

Министр финансов СССР

Б.И.ГОСТЕВ



13 мая 1992 года

N 2761-1

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**

**Закон**

**«Об ответственности за нарушение порядка представления  
государственной статистической отчетности»**

Список изменяющих документов  
(в ред. Федерального закона от 30.12.2001 N 196-ФЗ)

Настоящий Закон определяет правовую ответственность предприятий, учреждений, организаций и объединений за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности и других данных, необходимых для проведения государственных статистических наблюдений.

Статьи 1-2. Утратили силу. - Федеральный закон от 30.12.2001 N 196-ФЗ.

КонсультантПлюс: примечание.

Административная ответственность за непредоставление первичных статистических данных установлена статьей 13.19 Кодекса РФ об административных правонарушениях.

О возмещении убытков, причиненных неисполнением или ненадлежащим исполнением обязательств, см. статьи 15 и 1064 Гражданского кодекса РФ.

Статья 3. Установить, что предприятия, учреждения, организации и объединения возмещают в установленном порядке органам статистики ущерб, возникший в связи с необходимостью исправления итогов сводной отчетности при представлении искаженных данных или нарушении сроков представления отчетности.

Президент  
Российской Федерации  
Б.ЕЛЬЦИН

Москва, Дом Советов России  
13 мая 1992 года  
N 2761-1

**ВЕРХОВНЫЙ СОВЕТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**  
**от 13 мая 1992 г. N 2762-1**

**О порядке введения в действие закона Российской Федерации**  
**"Об ответственности за нарушение порядка представления**  
**государственной статистической отчетности"**

Верховный Совет Российской Федерации постановляет:

1. Ввести в действие Закон Российской Федерации "Об ответственности за нарушение порядка представления государственной статистической отчетности" с момента его принятия.
2. Комитету Верховного Совета Российской Федерации по законодательству, Комиссии Совета Республики Верховного Совета Российской Федерации по бюджету, планам, налогам и ценам подготовить и представить в Верховный Совет Российской Федерации предложения о внесении соответствующих изменений в Кодекс РСФСР об административных правонарушениях.
3. Государственному комитету Российской Федерации по статистике утвердить по согласованию с Комиссией Совета Республики Верховного Совета Российской Федерации по бюджету, планам, налогам и ценам Положение о порядке представления государственной отчетности.

Председатель  
Верховного Совета  
Российской Федерации  
Р.И.ХАСБУЛАТОВ

**Типовые должностные инструкции<sup>3</sup>**

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО ВРАЧА ПО ЭКОНОМИЧЕСКИМ ВОПРОСАМ**

**1. Общие положения**

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность заместителя главного врача по экономическим вопросам.

2. На должность заместителя главного врача по экономическим вопросам назначается лицо, имеющее высшее экономическое образование и стаж работы по специальности не менее 3 лет.

3. Заместитель главного врача по экономическим вопросам должен знать основы законодательства Российской Федерации о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие хозяйственную и финансово-экономическую деятельность медицинской организации; методические материалы, касающиеся экономики здравоохранения; систему экономических показателей медицинских организаций; основы финансового анализа и экономического планирования; организацию статистического учета, планово-учетную документацию, сроки и порядок составления отчетности; методы экономического анализа показателей деятельности медицинских организаций и их подразделений; порядок определения себестоимости медицинских услуг, разработки нормативов материальных и трудовых затрат; основы ценообразования в здравоохранении; методы определения экономической эффективности внедрения новых медицинских технологий; экономические аспекты организации труда и управления; отечественный и зарубежный опыт экономической деятельности медицинской организации; основы финансовой системы здравоохранения; основы социальной гигиены и организации здравоохранения; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

4. Заместитель главного врача по экономическим вопросам назначается на должность и освобождается от должности приказом главного врача в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. Заместитель главного врача по экономическим вопросам непосредственно подчиняется главному врачу.

**2. Должностные обязанности**

Осуществляет руководство работой по экономическому обеспечению деятельности медицинской организации. Определяет экономическую эффективность организации труда и лечебно-диагностического процесса. Организует расчеты себестоимости медицинских услуг. Организует учет экономических показателей результатов деятельности медицинской организации и ее структурных подразделений. Подготавливает экономико-

<sup>3</sup> Татарников М.А. Сборник должностных инструкций работников здравоохранения, Госсанэпиднадзора и аптечных учреждений. М.: 2005

статистическую и иную отчетность в установленные сроки. Организует работы по формированию, ведению и хранению баз данных экономической информации в здравоохранении. Осуществляет руководство проведением комплексного экономического анализа всех видов деятельности медицинской организации и разработкой мероприятий по эффективному использованию капитальных вложений, материальных, трудовых и финансовых ресурсов, повышению производительности труда, снижению издержек на оказание медицинских услуг, устранению потерь и непроизводительных расходов. Осуществляет проверку экономической документации и качество ее ведения. Контролирует выполнение требования правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, охраны труда подчиненных ему работников.

### **3. Права**

Заместитель главного врача по экономическим вопросам имеет право:

1. отдавать распоряжения, обязательные для исполнения подчиненными ему работниками;
2. участвовать в подборе и расстановке кадров по своей деятельности;
3. вносить предложения руководству медицинских организаций по поощрению и наложению взысканий на работников медицинской организации по своей деятельности;
4. вносить предложения по повышению экономической эффективности деятельности медицинской организации;
5. запрашивать у руководства, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;
6. принимать участие в конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются экономические вопросы деятельности медицинской организации;
7. повышать свою квалификацию.

Заместитель главного врача по экономическим вопросам пользуется всеми правами в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

### **4. Ответственность**

Заместитель главного врача по экономическим вопросам несет ответственность за:

1. своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей;
2. организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений вышестоящего руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности;
3. рациональное и эффективное использование материальных, финансовых и кадровых ресурсов;
4. соблюдение правил внутреннего распорядка, санитарно-противоэпидемического режима, противопожарной безопасности и техники безопасности;
5. ведение документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми актами;
6. предоставление в установленном порядке статистической и иной

информации по своей деятельности;

7. обеспечение соблюдения исполнительской дисциплины и выполнения своих должностных обязанностей подчиненными ему работниками;

8. готовность к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов заместитель главного врача по экономическим вопросам может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

## **НАЧАЛЬНИК ПЛАНОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО ОТДЕЛА**

### **1. Общие положения**

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность начальника планово-экономического отдела.

2. На должность начальника планово-экономического отдела назначается лицо, имеющее высшее профессиональное (экономическое или инженерно-экономическое) образование и стаж работы по специальности в области экономического планирования не менее 5 лет.

3. Начальник планово-экономического отдела должен знать основы законодательства Российской Федерации о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие финансово-экономическую деятельность медицинской организации; основы, принципы и методы планирования деятельности медицинской организации; стратегию и перспективы развития медицинской организации; профиль, специализацию и особенности структуры медицинской организации; состояние и перспективы развития рынка медицинских услуг; систему финансово-экономических стандартов и показателей деятельности медицинской организации; организацию статистического учета, планово-учетную документацию, сроки и порядок составления отчетности; методы экономического анализа показателей деятельности медицинской организации и ее подразделений; порядок определения себестоимости медицинских услуг, разработки нормативов материальных и трудовых затрат; методы определения экономической эффективности внедрения нового оборудования и технологий, мероприятия по повышению качества медицинской помощи, совершенствованию организации труда и управления; отечественный и зарубежный опыт рациональной организации экономической деятельности медицинской организации; теоретические основы экономики, финансов и организации здравоохранения; основы технологии оказания основных видов медицинской помощи; средства вычислительной техники, коммуникаций и связи; основы трудового законодательства; правила и нормы охраны труда.

4. Начальник планово-экономического отдела назначается на должность и освобождается от должности приказом руководителя медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. Начальник планово-экономического отдела непосредственно подчиняется руководителю медицинской организации или его заместителю.

## **2. Должностные обязанности**

Осуществляет руководство работой по экономическому обеспечению деятельности медицинской организации. Определяет экономическую эффективность организации труда и лечебно-диагностического процесса. Организует расчеты себестоимости медицинских услуг. Организует учет экономических показателей результатов деятельности медицинской организации и ее структурных подразделений. Подготавливает экономико-статистическую и иную отчетность в установленные сроки. Организует работы по формированию, ведению и хранению баз данных экономической информации в здравоохранении. Осуществляет руководство проведением комплексного экономического анализа всех видов деятельности медицинской организации и разработкой мероприятий по эффективному использованию капитальных вложений, материальных, трудовых и финансовых ресурсов, повышению производительности труда, снижению издержек на оказание медицинских услуг, устранению потерь и непроизводительных расходов. Осуществляет проверку экономической документации и качество ее ведения. Возглавляет подготовку проектов текущих и перспективных планов деятельности медицинской организации и ее подразделений, а также обоснования и расчетов к ним. Обеспечивает доведение плановых заданий до всех подразделений медицинской организации. Организует контроль за выполнением подразделениями медицинской организации плановых заданий, а также статистический учет по утвержденным показателям, подготовку периодической отчетности в установленные сроки, систематизацию статистических материалов. Совместно с бухгалтерией осуществляет методическое руководство и организацию работы по учету и анализу результатов деятельности медицинской организации, разработку рациональной учетной документации. Организует разработку унифицированной плановой документации, экономических стандартов, внедрение средств механизированной и автоматизированной обработки плановой и учетной информации. Контролирует выполнение требования правил внутреннего трудового распорядка, техники безопасности, охраны труда подчиненных ему работников. Руководит работниками отдела.

## **3. Права**

Начальник планово-экономического отдела имеет право:

1. отдавать распоряжения, обязательные для исполнения работниками планово-экономического отдела;
2. участвовать в подборе и расстановке кадров по своей деятельности;
3. вносить предложения руководству медицинской организации по поощрению и наложению взысканий на работников медицинской организации по своей деятельности;
4. вносить предложения по развитию и совершенствованию деятельности медицинской организации;
5. запрашивать у руководства, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами,

необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;

6. принимать участие в конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;

7. проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории;

8. повышать свою квалификацию.

Начальник планово-экономического отдела пользуется всеми трудовыми правами в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

#### **4. Ответственность**

Начальник планово-экономического отдела несет ответственность за:

1. своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей;

2. организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений вышестоящего руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности;

3. рациональное и эффективное использование материальных, финансовых и кадровых ресурсов;

4. соблюдение правил внутреннего распорядка, санитарно-противоэпидемического режима, противопожарной безопасности и техники безопасности;

5. ведение документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми актами;

6. предоставление в установленном порядке статистической и иной информации по своей деятельности;

7. обеспечение соблюдения исполнительской дисциплины и выполнения своих должностных обязанностей работниками планово-экономического отдела;

8. готовность планово-экономического отдела к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов начальник планово-экономического отдела может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

## **ЭКОНОМИСТ**

### **1. Общие положения**

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность экономиста.

2. На должность экономиста I категории назначается лицо, имеющее высшее профессиональное (экономическое) образование и стаж работы в должности экономиста II категории не менее 3 лет. На должность экономиста II категории назначается лицо, имеющее высшее профессиональное (экономическое) образование и стаж работы в должности экономиста либо других инженерно-технических должностях, замещаемых специалистами с высшим профессиональным образованием, не менее 3 лет. На должность

экономиста назначается лицо, имеющее высшее профессиональное (экономическое) образование без предъявления требования к стажу работы либо среднее профессиональное (экономическое) образование и стаж работы в должности техника I категории не менее 3 лет или других должностях, замещаемых специалистами со средним профессиональным образованием, не менее 5 лет.

3. Экономист должен знать законодательные и нормативно-правовые акты, методические материалы по планированию, учету и анализу деятельности медицинских организаций; организацию плановой работы; порядок разработки перспективных и годовых планов хозяйственно-финансовой и производственной деятельности медицинских организаций; порядок разработки планов; планово-учетную документацию; порядок разработки нормативов материальных, трудовых и финансовых затрат; методы экономического анализа и учета показателей деятельности медицинских организаций и их подразделений; методы определения экономической эффективности внедрения новой техники и технологий, организации труда, рационализаторских предложений и изобретений; методы и средства проведения вычислительных работ; правила оформления материалов для заключения договоров; организацию оперативного и статистического учета; порядок и сроки составления отчетности; отечественный и зарубежный опыт рациональной организации экономической деятельности медицинских организаций в условиях рыночной экономики; экономику, организацию производства, труда и управления; основы технологии оказания основных видов медицинской помощи; рыночные методы хозяйствования; возможности применения вычислительной техники для осуществления технико-экономических расчетов и анализа хозяйственной деятельности медицинских организаций, основы трудового законодательства; правила и нормы охраны труда.

4. Экономист назначается на должность и освобождается от должности приказом руководителя медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. Экономист непосредственно подчиняется руководителю своего структурного подразделения.

## **2. Должностные обязанности**

Выполняет работу по осуществлению экономической деятельности медицинской организации, направленной на повышение эффективности и рентабельности производства, качества выпускаемой и освоение новых видов продукции, достижение высоких конечных результатов при оптимальном использовании материальных, трудовых и финансовых ресурсов. Подготавливает исходные данные для составления проектов хозяйственно-финансовой деятельности медицинской организации. Выполняет расчеты по материальным, трудовым и финансовым затратам, необходимые для производства и реализации выпускаемой продукции, освоения новых видов продукции, прогрессивной техники и технологий. Осуществляет экономический анализ хозяйственной деятельности медицинской организации и ее подразделения, выявляет резервы производства, разрабатывает меры по обеспечению режима экономии, повышению рентабельности производства,



конкурентоспособности выпускаемой продукции, производительности труда, снижению издержек на производство и реализацию продукции, устранению потерь и непроизводительных расходов, а также выявлению возможностей дополнительного выпуска продукции. Определяет экономическую эффективность организации труда и производства, внедрения новой техники и технологий, рационализаторских предложений и изобретений. Участвует в рассмотрении разработанных производственно-хозяйственных планов, проведении работ по ресурсосбережению, во внедрении и совершенствовании внутрихозяйственного расчета, совершенствовании прогрессивных форм организации труда и управления, а также плановой и учетной документации. Оформляет материалы для заключения договоров, следит за сроками выполнения договорных обязательств. Осуществляет контроль за ходом выполнения плановых заданий по организации и ее подразделениям, использованием внутрихозяйственных резервов. Участвует в проведении маркетинговых исследований и прогнозировании развития производства. Выполняет работу, связанную с не регламентными расчетами и контролем за правильностью осуществления расчетных операций. Ведет учет экономических показателей результатов производственной деятельности медицинской организации и ее подразделений, а также учет заключенных договоров. Подготавливает периодическую отчетность в установленные сроки. Выполняет работы по формированию, ведению и хранению баз данных экономической информации, вносит изменения в справочную и нормативную информацию, используемую при обработке данных. Участвует в формировании экономической постановки задач либо отдельных их этапов, решаемых с помощью вычислительной техники, определяет возможность использования готовых проектов, алгоритмов, пакетов прикладных программ, позволяющих создавать экономически обоснованные системы обработки экономической информации.

### **3. Права**

Экономист имеет право:

1. вносить предложения руководству медицинской организации по вопросам организации и условия своей трудовой деятельности;
2. пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;
3. проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующего квалификационного разряда;
4. повышать свою квалификацию.

Экономист пользуется всеми правами в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

### **4. Ответственность**

Экономист несет ответственность за:

1. своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей;
2. организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства, нормативно-

правовых актов по своей деятельности;

3. соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности;

4. ведение документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми актами;

5. обеспечение соблюдения исполнительской дисциплины и выполнения своих должностных обязанностей подчиненными ему работниками (при их наличии);

6. оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушения техники безопасности, противопожарных и иных правил, создающих угрозу деятельности медицинской организации, ее работникам и иным лицам.

За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов экономист может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

## **ЗАВЕДУЮЩИЙ ОТДЕЛЕНИЕМ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ**

### **1. Общие положения**

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность заведующего отделением медицинской статистики медицинской организации.

2. На должность заведующего отделением медицинской статистики назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование и стаж работы в области медицинской статистики не менее 5 лет.

3. Заведующий отделением медицинской статистики должен знать основы законодательства Российской Федерации о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность медицинской организации; основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения; теоретические основы, принципы и методы диспансеризации; организационно-экономические основы деятельности медицинской организации и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности; общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, принципы комплексного лечения основных заболеваний; правила оказания неотложной медицинской помощи; основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы; основы санитарного

просвещения; правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

По своей специальности (медицинской статистике) заведующий отделением медицинской статистики должен знать современные методы статистического наблюдения; содержание и разделы медицинской статистики как самостоятельной научно-практической дисциплины; задачи, организацию, структуру, штаты и оснащение статистической службы; действующие нормативно-правовые и инструктивно-методические документы по специальности; правила оформления медицинской статистической документации; принципы планирования деятельности и отчетности статистической службы; методы и порядок контроля ее деятельности.

4. Заведующий отделением медицинской статистики назначается на должность и освобождается от должности приказом руководителя медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. Заведующий отделением медицинской статистики непосредственно подчиняется руководителю медицинской организации или его заместителю.

## **2. Должностные обязанности**

1. Организация и ведение медицинской статистики.
2. Сбор и обработка первичных данных для формирования медицинской статистики.
3. Своевременное представление в вышестоящие органы управления полной и достоверной медико-статистической отчетности по утвержденным формам.
4. Создание и ведение баз медико-статистических данных. Обобщение и анализ медико-статистических данных в целях информационного обеспечения руководства медицинской организации.
5. Внедрение прогрессивных методов работы в процессе сбора, обработки и передачи медико-статистической информации, использование современной техники и комплексов программных средств.
6. Подготовка исходной информации для официальных публикаций статистических данных.
7. Представление медико-статистической информации по запросам.
8. Контроль использования медико-статистической информации, имеющей конфиденциальный характер.
9. Организационно-методическое руководство, координация и контроль деятельности структурных подразделений организации по вопросам организации сбора и представления медико-статистических данных.
10. Подготовка и представление руководству информационно-аналитических материалов о состоянии здоровья населения и деятельности медицинской организации.
11. Участие в пределах своей компетенции в подготовке и исполнении управленческих решений руководства медицинской организации.

### **3. Права**

Заведующий отделением медицинской статистики имеет право:

1. отдавать распоряжения, обязательные для исполнения работниками отделения медицинской статистики;
2. участвовать в подборе и расстановке кадров по своей специальности;
3. вносить предложения руководству медицинской организации по поощрению и наложению взысканий на работников медицинской организации по своей деятельности;
4. вносить предложения по развитию и совершенствованию деятельности медицинской организации;
5. запрашивать у руководства, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;
6. принимать участие в конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;
7. проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории;

Заведующий отделением медицинской статистики пользуется всеми правами в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

### **4. Ответственность**

Заведующий отделением медицинской статистики несет ответственность за:

1. своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей;
2. организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений вышестоящего руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности;
3. рациональное и эффективное использование материальных, финансовых и кадровых ресурсов;
4. соблюдение правил внутреннего распорядка, санитарно-противоэпидемического режима, противопожарной безопасности и техники безопасности;
5. ведение документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми актами;
6. предоставление в установленном порядке медико-статистической и иной информации по своей деятельности;
7. обеспечение соблюдения исполнительской дисциплины и выполнения своих должностных обязанностей подчиненных ему работников;
8. готовность отдела медицинской статистики к работе в условиях чрезвычайных ситуаций.

За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов заведующий отделением медицинской статистики может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

## ВРАЧ-СТАТИСТИК

### 1. Общие положения

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность врача-статистика.

2. На должность врача-статистика назначается лицо, имеющее высшее медицинское образование и прошедшее послевузовскую подготовку по одной из клинических или медико-профилактических специальностей.

3. Врач-статистик должен знать основы законодательства Российской Федерации о здравоохранении; нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность медицинской организации; основы организации лечебно-профилактической помощи в больницах и амбулаторно-поликлинических учреждениях, скорой и неотложной медицинской помощи, службы медицины катастроф, санитарно-эпидемиологической службы, лекарственного обеспечения населения; теоретические основы, принципы и методы диспансеризации; организационно-экономические основы деятельности медицинской организации и медицинских работников в условиях бюджетно-страховой медицины; основы социальной гигиены, организации и экономики здравоохранения, медицинской этики и деонтологии; правовые аспекты медицинской деятельности; общие принципы и основные методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем человеческого организма; этиологию, патогенез, клиническую симптоматику, особенности течения, принципы комплексного лечения основных заболеваний; правила оказания неотложной медицинской помощи; основы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы; основы санитарного просвещения; правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

По своей специальности врач-статистик должен знать современные методы статистического наблюдения; содержание и разделы медицинской статистики как самостоятельной научно-практической дисциплины; задачи, организацию, структуру, штаты и оснащение статистической службы; действующие нормативно-правовые и инструктивно-методические документы по специальности; правила оформления медицинской статистической документации; принципы планирования деятельности и отчетности статистической службы; методы и порядок контроля ее деятельности.

4. Врач-статистик назначается на должность и освобождается от должности приказом главного врача медицинской организации в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

5. Врач-статистик непосредственно подчиняется заведующему отделением, а при его отсутствии руководителю медицинской организации или его заместителю.

## **2. Должностные обязанности**

1. Обеспечивает медицинский статистический учет в медицинской организации.
2. Организует сбор и обработку медико-статистических данных.
3. Обеспечивает достоверность сведений в учетной и отчетной медицинской документации.
4. Проводит медико-статистический анализ информации о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения.
5. В соответствии с установленным порядком своевременно представляет в вышестоящие органы управления здравоохранением статистические отчеты.
6. Обеспечивает руководство информацией по вопросам медицинской статистики.
7. Участвует во внедрении современных технологий обработки медико-статистических данных.
8. Оказывает консультативную помощь сотрудникам медицинской организации по вопросам медицинской статистики.
9. Руководит работой подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала (при его наличии), содействует выполнению им своих должностных обязанностей.
10. Контролирует правильность эксплуатации и рационального использования вычислительной и множительной техники, бланков и расходных материалов, соблюдение правил техники безопасности и охраны труда персоналом.
11. Участвует в проведении занятий по повышению квалификации медицинского персонала по вопросам медицинской статистики.
12. Планирует свою работу и анализирует показатели своей деятельности.
13. Обеспечивает своевременное и качественное оформление медицинской и иной документации в соответствии с установленными правилами.
14. Проводит санитарно-просветительную работу.
15. Соблюдает правила и принципы врачебной этики и деонтологии.
16. Квалифицированно и своевременно исполняет приказы, распоряжения и поручения руководства учреждения, а также нормативно-правовые акты по своей профессиональной деятельности.
17. Соблюдает правила внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима. Оперативно принимает меры, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.
18. Систематически повышает свою квалификацию.

### **3. Права**

Врач-статистик имеет право:

1. в соответствии с установленным порядком требовать и своевременно получать первичную и обобщенную медицинскую статистическую информацию;
2. вносить предложения руководству медицинской организации по совершенствованию организации лечебно-диагностического процесса, улучшению работы административно-хозяйственных и параклинических служб, вопросам организации и условий своей трудовой деятельности;
3. контролировать работу подчиненных сотрудников (при их наличии), отдавать им распоряжения в рамках их служебных обязанностей и требовать их четкого исполнения, вносить предложения руководству медицинской организации по их поощрению или наложению взысканий;
4. запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;
5. принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;
6. проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории;
7. повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

Врач-статистик пользуется всеми правами в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

### **4. Ответственность**

Врач-статистик несет ответственность за:

1. своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей;
2. организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности;
3. соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности;
4. своевременное и качественное оформление медицинской и иной служебной документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми документами;
5. предоставление в установленном порядке статистической и иной информации по своей деятельности;
6. обеспечение соблюдения исполнительской дисциплины и выполнения своих должностных обязанностей подчиненными ему работниками (при их наличии);
7. оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.

За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов врач-статистик может быть привлечен в соответствии с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

## **МЕДИЦИНСКИЙ СТАТИСТИК**

### **1. Общие положения**

1. Настоящая должностная инструкция определяет должностные обязанности, права и ответственность медицинского статистика.

2. На должность медицинского статистика назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование и соответствующую подготовку по специальности «Медицинская статистика».

3. Медицинский статистик должен знать организацию статистического учета в медицинской организации, основы медицинской статистики; методы анализа статистических данных; формы первичных документов по статистическому учету и отчетности, положения и инструкции по их заполнению; действующую международную классификацию болезней; правила эксплуатации вычислительной техники; основы трудового законодательства; правила внутреннего трудового распорядка; правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты.

4. Медицинский статистик назначается на должность и освобождается от должности приказом руководителя медицинской организации в соответствии с действующим законодательством РФ.

5. Медицинский статистик непосредственно подчиняется руководителю своего структурного подразделения (отдела, отделения), а при его отсутствии руководителю медицинской организации или его заместителю.

### **2. Должностные обязанности**

1. Проводит систематизацию и обработку учетно-отчетных медико-статистических данных медицинской организации.

2. Определяет медико-статистические показатели, характеризующие работу медицинской организации.

3. Инструктирует персонал подразделений о правилах ведения учетных форм и составления медико-статистических отчетов.

4. Составляет годовой медико-статистический отчет о работе медицинской организации.

5. Своевременно подает заявки на приобретение бланков учетно-отчетных медико-статистических форм.

6. Подготавливает различные справки на основе данных статистического учета.

7. Квалифицированно и своевременно исполняет приказы, распоряжения и поручения руководства медицинской организации, а также нормативно-правовые акты по своей профессиональной деятельности.



8. Соблюдает правила внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности, санитарно-эпидемиологического режима. Оперативно принимает меры, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности учреждения здравоохранения, его работникам, пациентам и посетителям.

9. Систематически повышает свою квалификацию.

### **3. Права**

Медицинский статистик имеет право:

1. вносить предложения руководству медицинской организации по совершенствованию медико-статистического учета и анализа, в т.ч. по вопросам организации и условий своей трудовой деятельности;

2. запрашивать, получать и пользоваться информационными материалами и нормативно-правовыми документами, необходимыми для исполнения своих должностных обязанностей;

3. принимать участие в научно-практических конференциях и совещаниях, на которых рассматриваются вопросы, связанные с его работой;

4. проходить в установленном порядке аттестацию с правом получения соответствующей квалификационной категории;

5. повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования не реже одного раза в 5 лет.

Медицинский статистик пользуется всеми правами в соответствии с Трудовым кодексом Российской Федерации.

### **4. Ответственность**

Медицинский статистик несет ответственность за:

1. своевременное и качественное осуществление возложенных на него должностных обязанностей;

2. организацию своей работы, своевременное и квалифицированное выполнение приказов, распоряжений и поручений руководства, нормативно-правовых актов по своей деятельности;

3. соблюдение правил внутреннего распорядка, противопожарной безопасности и техники безопасности;

4. своевременное и качественное оформление медицинской и иной служебной документации, предусмотренной действующими нормативно-правовыми документами;

5. предоставление в установленном порядке медико-статистической и иной информации по своей деятельности;

6. оперативное принятие мер, включая своевременное информирование руководства, по устранению нарушений техники безопасности, противопожарных и санитарных правил, создающих угрозу деятельности медицинской организации, ее работникам, пациентам и посетителям.

За нарушение трудовой дисциплины, законодательных и нормативно-правовых актов медицинский статистик может быть привлечен в соответствии

с действующим законодательством в зависимости от тяжести проступка к дисциплинарной, материальной, административной и уголовной ответственности.

»

**УКАЗ**

**ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
ПОЛИТИКИ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в сфере здравоохранения, направленной на сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации, увеличение продолжительности их жизни, постановляю:

1. Правительству Российской Федерации:

а) обеспечить к 2018 году:

снижение смертности от болезней системы кровообращения до 649,4 случая на 100 тыс. населения; снижение смертности от новообразований (в том числе от злокачественных) до 192,8 случая на 100 тыс. населения;

снижение смертности от туберкулеза до 11,8 случая на 100 тыс. населения;

снижение смертности от дорожно-транспортных происшествий до 10,6 случая на 100 тыс. населения; снижение младенческой смертности, в первую очередь за счет снижения ее в регионах с высоким уровнем данного показателя, до 7,5 на 1 тыс. родившихся живыми;

доведение объема производства отечественных лекарственных средств по номенклатуре перечня стратегически значимых лекарственных средств и перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов до 90 процентов;

б) разработать и утвердить до 1 марта 2013 г. комплекс мер, направленных на совершенствование оказания медицинской помощи населению на основе государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения";

в) разработать и утвердить до 1 января 2013 г. Стратегию развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года;

г) обеспечить до 1 ноября 2012 г. разработку и внесение в Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации проекта федерального закона о защите здоровья населения от последствий потребления табака.

2. Правительству Российской Федерации совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации:

а) обеспечить дальнейшую работу, направленную на реализацию мероприятий по формированию здорового образа жизни граждан Российской Федерации, включая популяризацию культуры здорового питания, спортивно-оздоровительных программ, профилактику алкоголизма и наркомании, противодействие потреблению табака;

б) разработать до 1 января 2013 г. с участием общественных организаций Стратегию лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и план ее реализации;

в) утвердить до 1 июля 2012 г. план мероприятий по реализации Основ государственной политики Российской Федерации в области здорового питания населения на период до 2020 года;

г) разработать до 1 мая 2013 г. комплекс мер по обеспечению системы здравоохранения Российской Федерации медицинскими кадрами, предусмотрев принятие в субъектах Российской Федерации программ, направленных на повышение квалификации медицинских кадров, проведение оценки уровня их квалификации, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, а также дифференцированные меры социальной поддержки медицинских работников, в первую очередь наиболее дефицитных специальностей;

д) завершить до 1 января 2016 г. модернизацию наркологической службы Российской Федерации.

3. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации ежегодно, в I квартале, представлять в Правительство Российской Федерации доклад о состоянии здоровья населения и организации здравоохранения по итогам деятельности за отчетный год.

4. Настоящий Указ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Президент Российской Федерации  
В. ПУТИН

Москва, Кремль

7 мая 2012 года

№598