

**Общественное здоровье.
Статистика заболеваемости.
*Источники получения
информации.***

Оценка здоровья населения строиться с учетом трех основных функций здравоохранения.

Первая из них заключается в удовлетворении права гражданина на охрану здоровья, которое предусмотрено Конституцией.

Вторая функция - медицинское обеспечение воспроизводства популяции через сохранение репродуктивного здоровья членов популяции и обеспечение родовспоможения.

Третья - социально-экономическая функция здравоохранения - заключается в воспроизводстве и сохранности людских, а, следовательно, и трудовых ресурсов общества. Единство этих трех функций здравоохранения и выражает главную цель его функционирования как общественной системы.

- **Охрана здоровья граждан** (далее - охрана здоровья) - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации(ст. 14), органами государственной власти субъектов Российской Федерации(ст. 16), **органами местного самоуправления**(ст.17 ФЗ), **организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи**(ФЗ – 323 от 21. 11. 2011 г.)

Общественное здоровье и здравоохранение – это наука и конкретная деятельность по охране и укреплению здоровья населения, продлению жизни посредством мобилизации усилий общества и проведению соответствующих организационных мероприятий на различных уровнях(Е. М. Тищенко, Г. И. Заборовский).

Общественное здравоохранение –
область научной и практической
деятельности, обеспечивающей
управление здравоохранением как одной
из крупнейших социальных систем, где
медицина является одним из компонентов
наряду с экономикой, социологией,
политическими науками,
промышленностью. (Е. М. Тищенко, Г. И.
Заборовский)

- Общественное здоровье -
медико-социальный ресурс и потенциал
общества,
способствующий обеспечению национальной
безопасности.

- Общественное здоровье обусловлено
комплексным воздействием социальных,
поведенческих и биологических факторов;

- его улучшение будет способствовать
увеличению

продолжительности и качества жизни,
благополучия людей, гармоничному развитию
личности и общества.

Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов.

Это определение приводится в Преамбуле к Уставу Всемирной организации здравоохранения, принятому(ВОЗ), подписанному 22 июля 1948 г. представителями 61 страны (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) и вступившему в силу 7 апреля 1948 г. С 1948 г. это определение не менялось.

В соответствии с Федеральным законом
от 21. 11. 2011 г. № 323-ФЗ

***Здоровье — состояние физического,
психического и социального
благополучия человека, при котором
отсутствуют заболевания, а также
расстройства функций органов и
систем организма.***

Для общей оценки здоровья населения ВОЗ рекомендует следующие показатели:

- Отчисление валового национального продукта на здравоохранение(А.Кудрин);
- Показатели медицинской демографии;
- Доступность первичной медико-социальной помощи;
- Охват населения медицинской помощью;
- Уровень иммунизации населения;

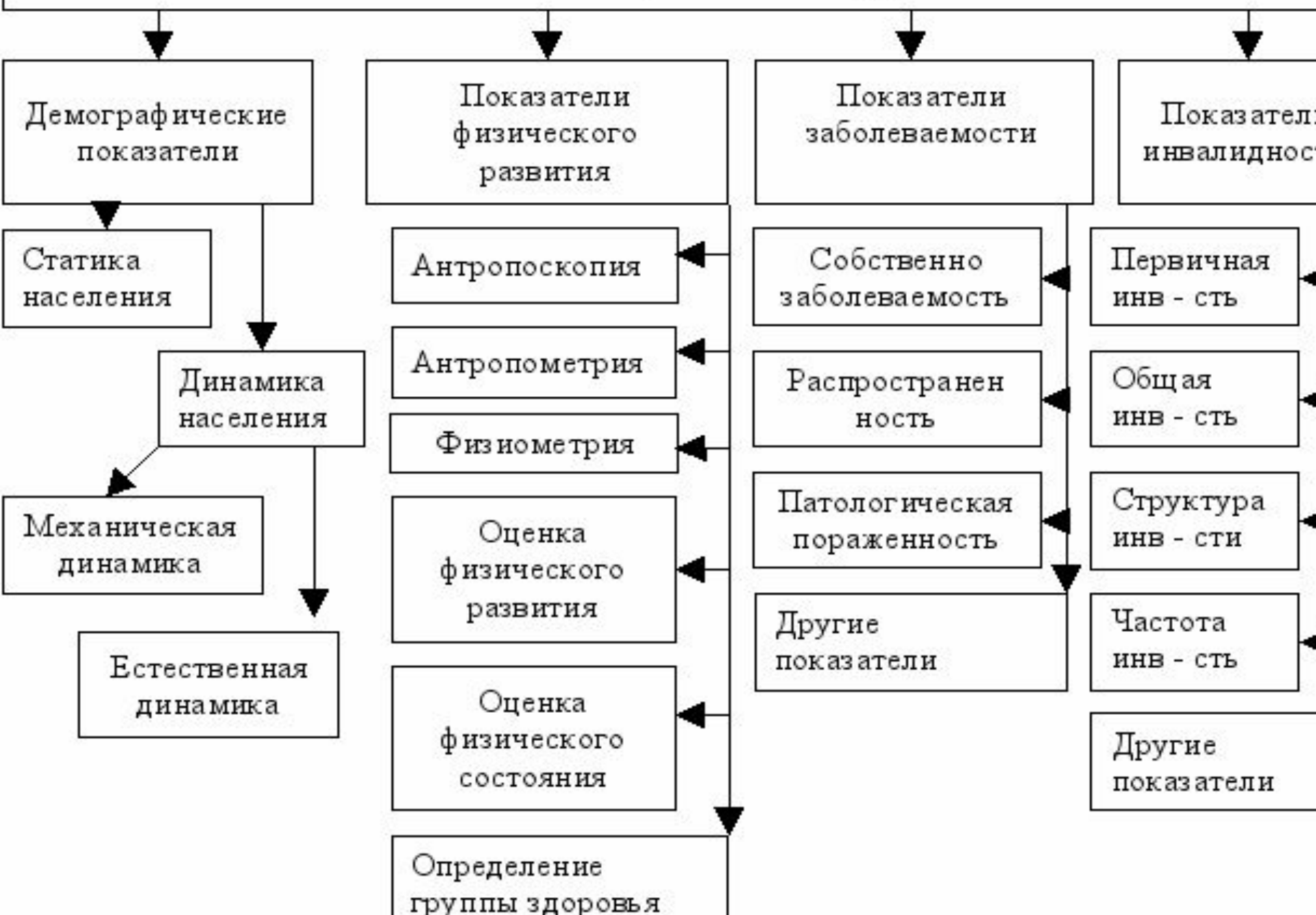
- Степень обследования беременных женщин квалифицированными специалистами;
 - Состояние питания детей;
 - Гигиеническая грамотность населения;
 - Первичная инвалидность;
 - Показатели физического развития;
 - Показатели психического здоровья;
- Все критерии оцениваются в динамике.

Выделяют следующие уровни
здоровья населения :

- Групповое;
- Региональное;
- Общественное
- Индивидуальное;.

Для оценки здоровья определенной группы людей или населения в целом принято использовать следующие группы индикаторов или показателей:

Показатели общественного здоровья



При комплексной оценке состояния здоровья взрослых распределение на группы здоровья производится следующим образом.

- Первая группа — здоровые лица (не болевшие в течение года или редко обращающиеся к врачу без потери трудоспособности).
- Вторая группа — практически здоровые лица, с функциональными и некоторыми морфологическими изменениями или редко болевшие в течение года (единичные случаи острых заболеваний).
- Третья группа — больные с длительно текущими хроническими заболеваниями (более четырех случаев и 40 дней нетрудоспособности в год).
- Четвертая группа — больные с длительно текущими хроническими заболеваниями (компенсированное состояние).
- Пятая группа — больные с частыми обострениями длительно текущих заболеваний.

**Группы наблюдения по итогам
диспансеризации в соответствии с Приказом
Минздрава России от 13.03.2019 N 124н "Об
утверждении порядка проведения
профилактического медицинского осмотра и
диспансеризации определенных групп взрослого
населения"**

р

**77 Минздрава России от 13.03.2019 N 124н "Об утверждении
порядка проведения профилактического медицинского
осмотра и диспансеризации определенных гр взрослого
населения"**

- **1 группа**- практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении; с ними проводят беседы о профилактике заболеваний и даются рекомендации по здоровому образу жизни.
- **2 группа** - граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий. Для них составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлинических учреждениях по месту жительства.
- **3а группа** - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения (установлении) диагноза.
- **3б группа** - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационарных условиях заболевания, выявленного во время диспансеризации, а также граждане с впервые выявленными заболеваниями или наблюдающиеся по хроническому заболеванию и имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи. В этом случае проводят направление всей медицинской документации в орган управления здравоохранением субъекта РФ для принятия решения о предоставлении такого вида помощи.

- Среди статистических показателей здоровья населения, называемых еще и показателями общественного здоровья, особое место занимает *заболеваемость*. Показатели заболеваемости (*health indicator* - **англ.**) нередко называют отрицательными критериями оценки здоровья. Вместе с тем следует отметить, что в медицинской статистике определенной, четко очерченной группы положительных показателей здоровья вообще не существует. Как правило, в качестве положительных используют показатели заболеваемости, когда отмечается их достаточно позитивная

- **Заболеваемость** - это объективное массовое явление возникновения и распространения патологии среди населения, являющееся результатом взаимодействия настоящих и предшествующих поколений людей с окружающей средой (в широком понимании этого слова), проявляющегося в различных формах в конкретных условиях существования общества (Т.М. Максимова).

- **Заболеваемость — показатель, характеризующий уровень, распространенность, структуру и динамику зарегистрированных болезней среди населения в целом или в отдельных его группах. Служит одним из критериев оценки здоровья населения, оценки работы врача, медицинского учреждения, органа здравоохранения на территории и федеральном уровне. Ее учет ведут практически все МО. Анализ заболеваемости необходим для принятия решений на федеральном, региональном и муниципальном уровнях управления**

Классификация видов заболеваемости.

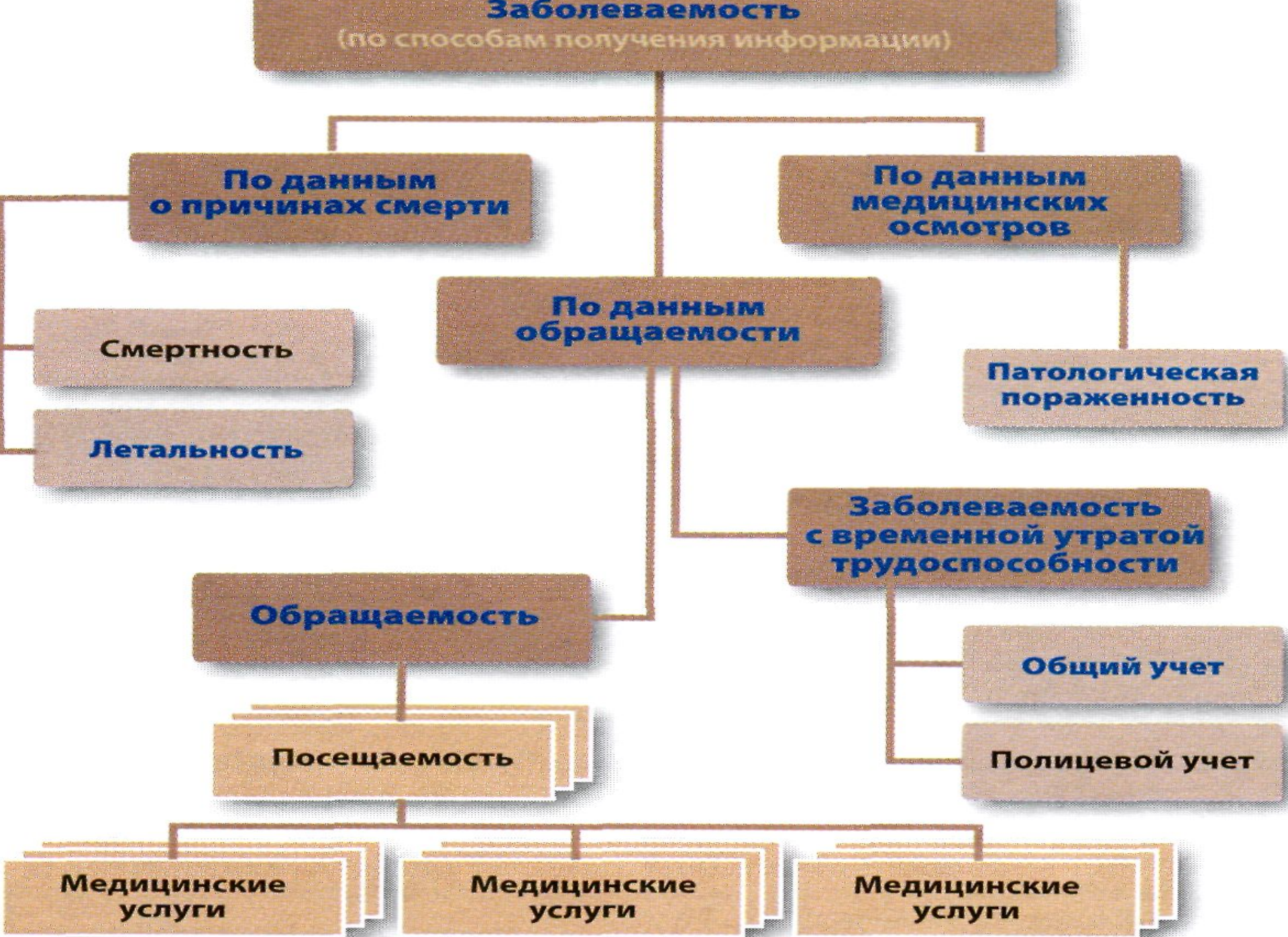
1. По данным обращаемости:

- а) общая заболеваемость;
- б) инфекционная заболеваемость;
- в) госпитализированная заболеваемость;
- г) заболеваемость с временной утратой трудоспособности;
- д) важнейшие неэпидемические заболевания (туберкулез, сифилис, болезни, передающиеся половым путем и др.).

2. По данным медицинских осмотров и диспансерного наблюдения: дети, призывники, работающие подростки и другие декретированные категории населения.

3. По данным о причинах смерти.

4. По данным изучения причин инвалидности.



Виды заболеваемости	Основной статистический документ
<u>1. Заболеваемость по данным обращаемости</u>	
а) общая заболеваемость	• Статистический талон
б) инфекционная заболеваемость	• Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку заболевании
в) заболеваемость важнейшими неэпидемическими болезнями	• Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания • Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественное новообразование
г) заболеваемость с временной утратой трудоспособности	• Листок нетрудоспособности
д) госпитализированная заболеваемость	• Статистическая карта выбывшего из стационара
<u>2. Заболеваемость по данным медицинских осмотров</u>	• Журнал учета медицинских осмотров • Медицинская карта амбулаторного больного • Контрольная карта диспансерного наблюдения • Список лиц, подлежащих осмотрам
<u>3. Заболеваемость по данным о причинах смерти</u>	• Врачебное свидетельство о смерти • Фельдшерская справка о смерти

- По классификации в зависимости от структуры заболеваемости населения региона или страны выделяют следующие типы заболеваемости:
 - эпидемический тип;
 - переходный тип;
 - неэпидемический тип.

Эпидемический тип заболеваемости

характерен для слаборазвитых, экономически отсталых стран, имеющих слаборазвитую систему медико- социальной помощи и низкую санитарную культуру населения.

Этот тип заболеваемости характеризуется высоким уровнем инфекционных болезней, занимающих ведущее место среди всех остальных заболеваний и являющихся одной из главных причин смертности населения.

Неэпидемический тип заболеваемости характерен для экономически развитых стран, имеющих высокоразвитую систему оказания медико-социальной помощи.

Характеризуется относительно высокой долей среди всех заболеваний болезней сердечно-сосудистой системы, онкологической патологии, нервно-психических расстройств, травм, заболеваний органов дыхания.

Переходный тип заболеваемости
представляет промежуточный вариант
между эпидемическим и
неэпидемическим типом заболеваемости.

Характерен для развивающихся стран
или стран, переживающих затяжные
социальные катаклизмы.

Причины раздельного учета каждого из видов и типов заболеваемости:

1. Инфекционная заболеваемость — требует быстрого проведения противоэпидемических мероприятий.
2. Госпитализированная заболеваемость — сведения о ней используются для планирования коечного фонда.
3. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности — определяет экономические потери.
4. Важнейшая неэпидемическая заболеваемость — дает сведения о распространенности социально-обусловленных заболеваний.

Для статистической разработки данных о заболеваемости населения в России с 1999 г. применяются:

- Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (X пересмотр ВОЗ 1989 г.);

- Унифицированные формы учетной и учетной документации с утвержденными инструкциями по их заполнению и др.

- В государственной статистике России для регистрации первичных данных о заболеваемости используют большое количество различных учетных документов: медицинские карты, экстренные извещения, листки нетрудоспособности, карты выбывших из стационара, врачебные свидетельства о смерти и другие учетные и отчетные статистические формы.

- Общие принципы **анализа данных о заболеваемости населения**

Для оценки заболеваемости необходимо рассчитывать статистические показатели, отражающие обращаемость и частоту зарегистрированной патологии в зависимости от возраста и пола, а именно:

- распространенность различных видов патологии среди населения или его различных групп в течение определенного периода времени или на конкретный момент времени;
- - интенсивность возникновения новых случаев патологических состояний (заболеваний) за определенный период времени (в большинстве случаев в течение года);
- частоту обострений хронических заболеваний;

- - исходы заболеваний; кратность заболеваний; сочетания различных заболеваний;
 - оценивать доли заболеваний (структуру), зарегистрированных у обратавшихся в МО по поводу различных заболеваний;
 - доли лиц, не имеющих патологических отклонений, в т.ч. не выявленных при обращении;
- - давать количественную оценку долей лиц, из зарегистрированного населения, обратавшихся и не обратавшихся в МО в течение года;

Заболеваемость по данным
обращаемости характеризуется числом
случаев заболеваний, выявленных в
течение года при обращении в
медицинские учреждения всех ведомств
или при профилактическом осмотре.

Единица наблюдения при регистрации
первичной и общей заболеваемости
-каждый случай впервые зарегистрированного
заболевания в данном году..

РЕГИСТРАЦИИ ПОДЛЕЖАТ :

- а) ПЕРВОЕ И ПОСЛЕДУЮЩИЕ ОБРАЩЕНИЯ ПО ПОВОДУ
каждого острого заболевания в текущем году;
- б) только первое заболевание и обращения с
хроническими заболеваниями в данном году;

Последующие обращения по поводу
обострений хронических заболеваний в данном году
не регистрируются.

Первичная заболеваемость (по обращаемости) - совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении населения за медицинской помощью случаев заболеваний. Первичная заболеваемость(собственно заболеваемость-Incidence):

Первичная заболеваемость	=	Число вновь возникших заболеваний
		Средняя численность населения

- **Первичная амбулаторно -
поликлиническая заболеваемость (по
обращаемости) - совокупность новых,
нигде ранее не учтенных и впервые в
данном году зарегистрированных случаев
заболеваний при обращении населения в
амбулаторно-поликлинические учреждения**

Накопленная заболеваемость (по обращаемости)- все случаи первичных заболеваний, зарегистрированные в течение ряда лет при обращении за медицинской помощью.

Накопленная амбулаторно-поликлиническая заболеваемость (по обращаемости)- все случаи первичных заболеваний, зарегистрированные в течение ряда лет при обращении в амбулаторно-поликлинические учреждения

Общая заболеваемость по обращаемости (распространенность, болезненность, уровень) –
Совокупность первичных в данном году случаев обращений населения за медицинской помощью по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы

Распространенность (Prevalence)=

число заболеваний, впервые выявленных за год и перерегистрированных с прошлых лет $\times 1000$ (10 000, 100 000) / среднегодовая численность населения.

На первом месте **в структуре общей заболеваемости** взрослого населения находятся болезни системы кровообращения (18,7%), на втором месте — болезни органов дыхания (14,8%), на третьем — болезни костно-мышечной системы (9,2%).

Общая заболеваемость по обращаемости (распространенность, болезненность)

Распространенность ь (болезненность)	=	Число всех случаев заболеваний, выявленных у населения за год	× 1000
		Средняя численность населения	

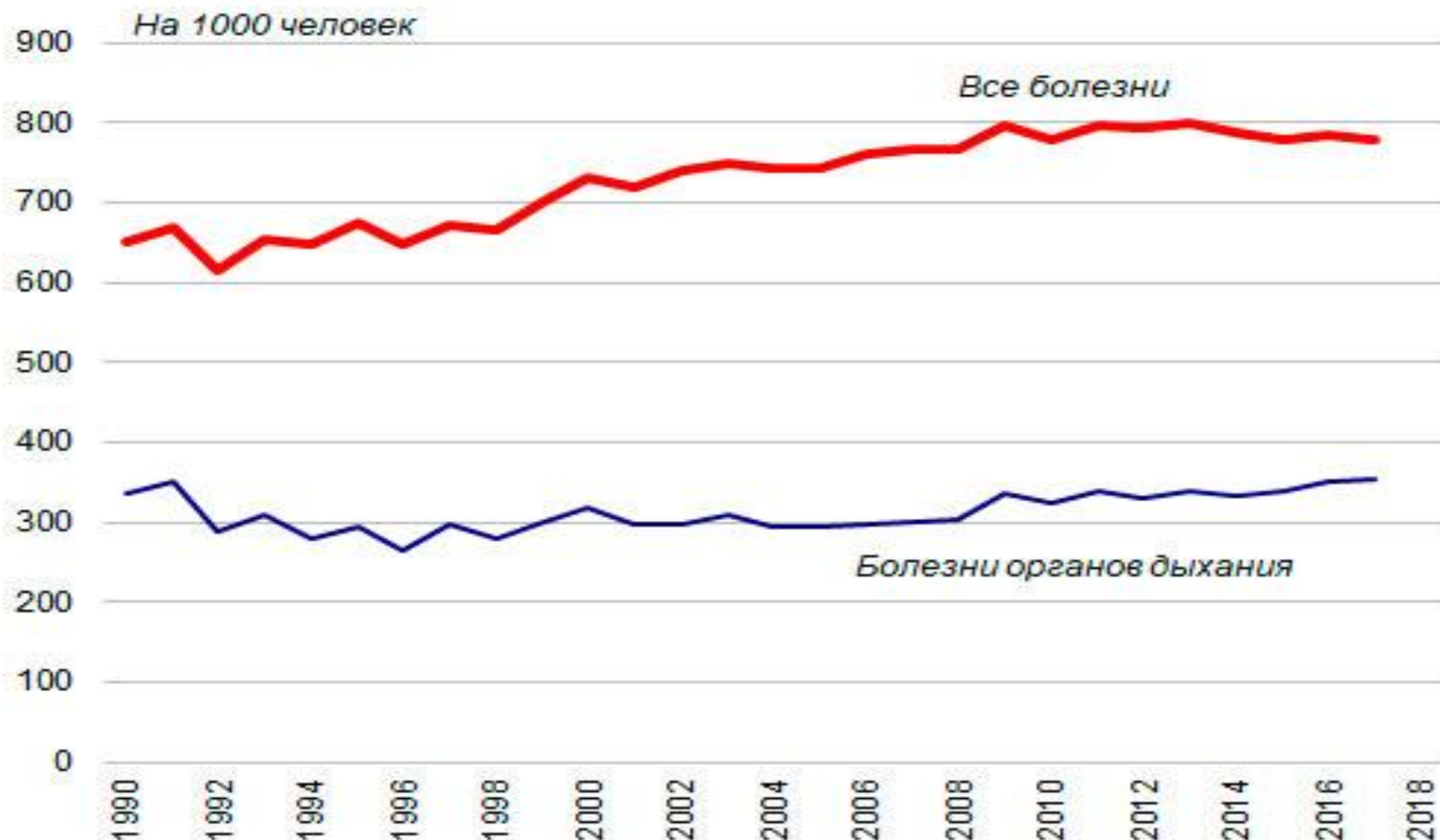
Общая амбулаторно-поликлиническая заболеваемость (по обращаемости) - совокупность первичных в данном году случаев обращений населения в амбулаторно-поликлинические учреждения по поводу заболеваний, выявленных как в данном, так и в предыдущие годы.

Исчерпанная (истинная) заболеваемость-
Общая заболеваемость по обращаемости, дополненная случаями заболеваний, выявленных при медицинских осмотрах и данными по причинам смерти.

- Данные о первичной заболеваемости по основным классам болезней публикуются Росстатом ежегодно (в «Российском статистическом ежегоднике»), а по ряду инфекционных заболеваний – ежемесячно (в докладах о социально-экономическом положении России и федеральных округов). Данные об общей заболеваемости публикуются реже, раз в два года (в сборниках «Здравоохранение в России», выход очередного сборника запланирован был на декабрь 2019 года). Показатели о заболеваемости населения по регионам размещает на своем сайте МЗ РФ.

- По последним из опубликованных Минздравом РФ данным, в 2017 году зарегистрировано более 237 миллионов случаев заболеваний. Это больше на 0,2%, чем в 2016 году, и на 3,6%, чем в 2010 году (234,4 миллиона случаев без учета населения Крыма против 226,2).

Уровень **общей заболеваемости** в 2017 году превысил значение 1990 года на 52% (1622 случаев заболеваний на 1000 человек без учета Крыма против 1070), а уровень первичной заболеваемости - на 20% (783 против 651 случая заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек). За период с 2000 по 2017 год прирост составил, соответственно, 23% (1314 случаев заболеваний на 1000 человек в 2000 году) и 7% (731 случай заболеваний с впервые установленным диагнозом на 1000 человек). В последние годы 7-10 лет можно говорить об определенной стабилизации заболеваемости населения .

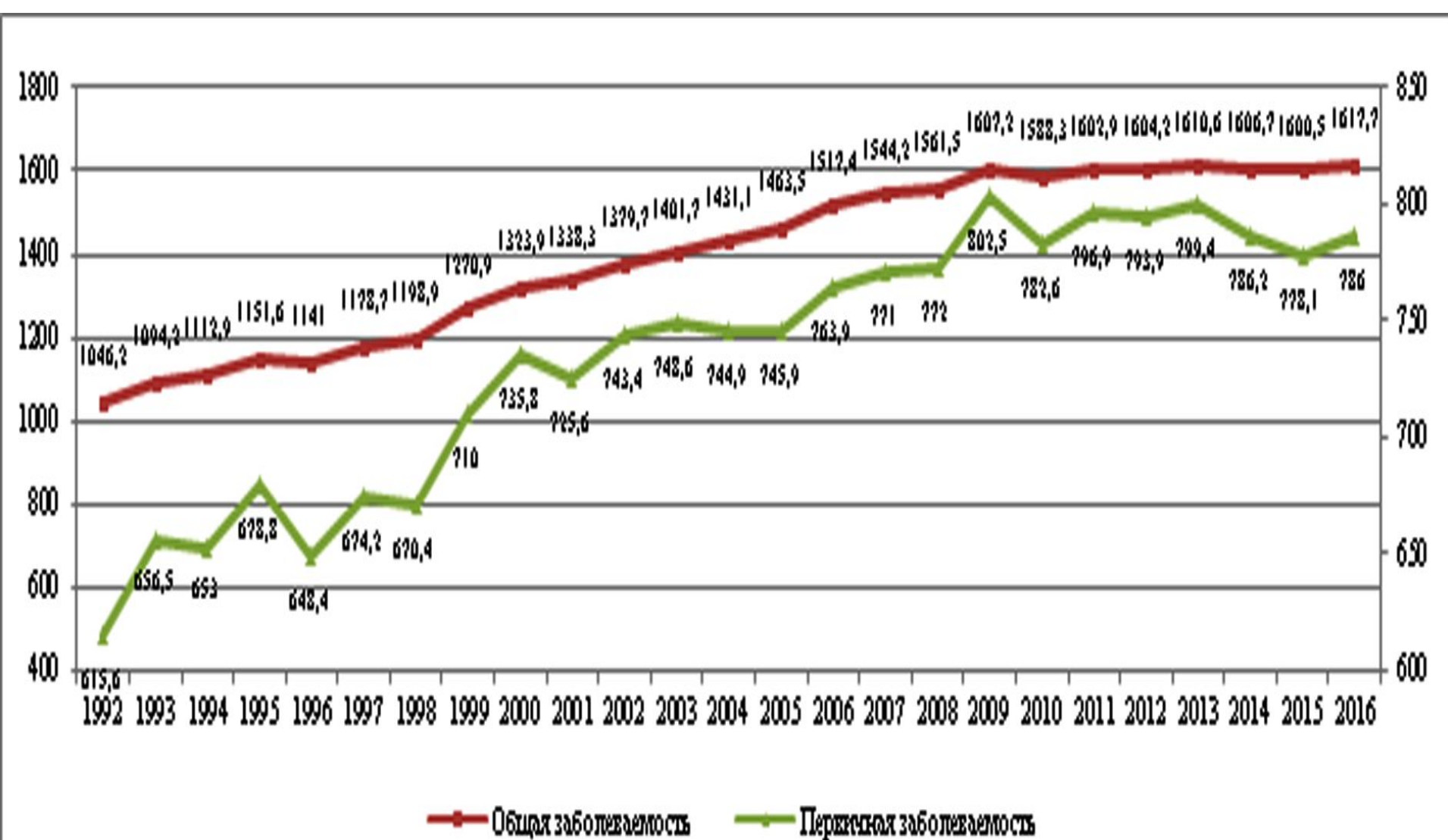


Заболеваемость населения РФ всеми болезнями и болезнями органов дыхания, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2017 годы

- По данным выборочного наблюдения поведенческих факторов, влияющих на состояние здоровья населения, проведенного в сентябре-октябре 2018 года во всех субъектах Российской Федерации с охватом 15 тысяч частных домохозяйств (ПФСЗН-2018), только треть населения 15 лет и старше (32,9%) не имеет никаких недугов (болезней). Доля опрошенных, имеющих хронические заболевания повышается с возрастом: если в возрастной группе 18-19 лет она составляет 27%, то в возрастной группе 30-39 лет – почти 42%, 50-59 лет - 77%, а 60 лет и старше – 92%.

- Доля считающих свое здоровье хорошим снижается с повышением возраста, особенно быстро после достижения 30 лет, что соответствует возрастающему бремени хронической заболеваемости. В целом женщины чаще, чем мужчины, считают свое здоровье плохим или удовлетворительным. Однако в возрастных группах от 15 до 30 лет женщины несколько чаще, чем мужчины, давали положительную или удовлетворительную оценку своему здоровью, в возрастных группах от 30 до 60 лет – удовлетворительную, а в возрастных группах 60 лет и старше – плохую.

- Интегральной характеристикой здоровья населения в определенной мере может служить субъективная оценка опрошенными состояния собственного здоровья. Около половины (47%) населения 15 лет и старше считают его удовлетворительным, еще 34% - хорошим. Более 13% отметили плохое (11,5%) или очень плохое (1,7%) состояние здоровья, чуть более 5% - очень хорошее состояние здоровья.



Обращение— это первичное посещение врача пациентами, которое регистрируется с помощью статистического талона уточненного диагноза. В этом талоне ставится знак «+», если пациент по поводу данного заболевания ранее не обращался, и не ставится никакого знака, если это повторное обращение по поводу данного заболевания.

Обращаемость за медицинского помощью - число обращений больных, впервые обратившихся за медицинской помощью по данному заболеванию. Все первичные и повторные посещения врача по поводу заболеваний в году характеризуют **посещаемость**. На одно обращение в городе обычно приходится 3-4 посещения. В сельской местности - 1-2 посещения. В связи с внедрением страховой медицины в систему здравоохранения РФ, появились и новые показатели (число, структура и стоимость медицинских услуг), но посещаемость остается основным плановым показателем деятельности любого амбулаторно-поликлинического учреждения.

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 № 025-1/у), включающей жалобы, анамнез, объективные данные, диагнозы: основного, фонового, конкурирующего и сопутствующих заболеваний, травм, отравлений с кодами их по МКБ-10, назначенное лечение, обследование, а также результаты обследования и динамического наблюдения, лечения.

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.



"Неважно - как ты
лечил, чем ты лечил,
от чего ты лечил,
остался ли жив
больной от твоего
лечения.

Важно то,- как ты
оформил карту".

(с) Гиппократ

К посещениям с профилактической целью
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 других вспомогательных отделениях (кабинетах);
- случаи оказания медицинской помощи на занятиях физической культурой, учебно-спортивных мероприятиях;
- консультации и экспертизы, проводимые врачебными комиссиями (ВК) в соответствии со ст. 48 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

Следует отметить, что обращения (законченный случай лечения в амбулаторных условиях), и посещения являются единицами объема медицинской помощи в ПГГ;

В совместном [письме от 02.07.2019 г.](#) МЗ РФ И ФФ ОМС отмечается, что оплата профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации, осуществляется за единицу объема медицинской помощи **(комплексное посещение)** в соответствии с объемом медицинских исследований, установленных приказами Минздрава РФ, утверждающими порядки проведения профосмотров и диспансеризации взрослого и детского населения (№№ 124н, 541н, 72н, 216н).

Например : средние нормативы объема медицинской помощи по видам, условиям и формам ее оказания **в целом по ПГГ** определяются **в единицах объема в расчете на 1 жителя в год,** **по программе** **обязательного медицинского** **страхования - в расчете на 1** **застрахованное лицо.**

Субъектами Российской Федерации объемы медицинской помощи в ТПГГ по видам, условиям и формам ее оказания устанавливаются дифференцированные нормативы объема медицинской помощи на 1 жителя и нормативы объема медицинской помощи на 1 застрахованное лицо с учетом:

- **уровня и структуры заболеваемости;**
- **особенностей половозрастного состава;**
- **плотности населения;**
- **транспортной доступности;**
- **климатических и географических особенностей регионов** (ПГГ ОМС на 2020г.).

Объёмные нормативы

Вид помощи		Источник средств, единицы измерения	Значение норматива по годам	
			2019	2020
Скорая медицинская помощь вне медицинской организации, включая медицинскую эвакуацию		Вызовов на 1 застрахованное лицо	0,3	0,29
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	С профилактическими и иными целями	В рамках БП ОМС, профосмотры комплексных посещений на 1 застрахованное лицо; для диспансеризации - комплексного посещ; для посещ с иными целями	2,35	0,2535 0,181 2.4955
		За счёт бюдж. ассигн-ий соотв. бюдж., посещений на 1 жителя	0,6	0,73
		За счёт бюдж. ассигн-ий соотв. бюдж., обращений на 1 жителя	0,2	0,144
	В неотложной форме	В рамках БП ОМС, посещений на 1 застрахованное лицо	0,56	0,56

Сравнение объёмных нормативов(2019-2020)

В связи с заболеваниями	В рамках БП ОМС, обращений на 1 застрахованное лицо (законченного случая лечения в п-ке, в т.ч. реабилитация, с кратностью посещений по поводу одного заболевания не менее- 2х на 1 застрах лицо; В неотложной форме -	1,98	1,77
		0,54	0,54
	За счет бюджетов на 1 жителя		0,144

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для целей формирования территориальных программ на 2020 год составляют:

**В 2020 году - за счет средств обязательного
медицинского страхования на (РУБ.)**

1 вызов скорой медицинской помощи-2428,6;

**1 комплексное посещение для проведения
профилактических медицинских осмотров -
1782,2 рубля,**

**на 1 комплексное посещение для проведения
диспансеризации, включающей
профилактический медицинский осмотр и
дополнительные методы обследований, в том
числе в целях выявления онкологических
заболеваний, - 2048,7 рубля, на 1 посещение с
иными целями - 272,9 рубля;**

На 1 обращение по поводу заболевания при оказании медицинской помощи в амбулаторных условиях медицинскими организациями (их структурными подразделениями) **за счет бюджетных ассигнований соответствующих бюджетов - 1325,8 рубля;**

за счет средств обязательного медицинского страхования - 1414,4 рубля, включая средние нормативы финансовых затрат на проведение одного исследования в 2020-2022 годах:

магнитно-резонансной томографии - 3997,9 рубля;

ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы - 640,5 рубля;

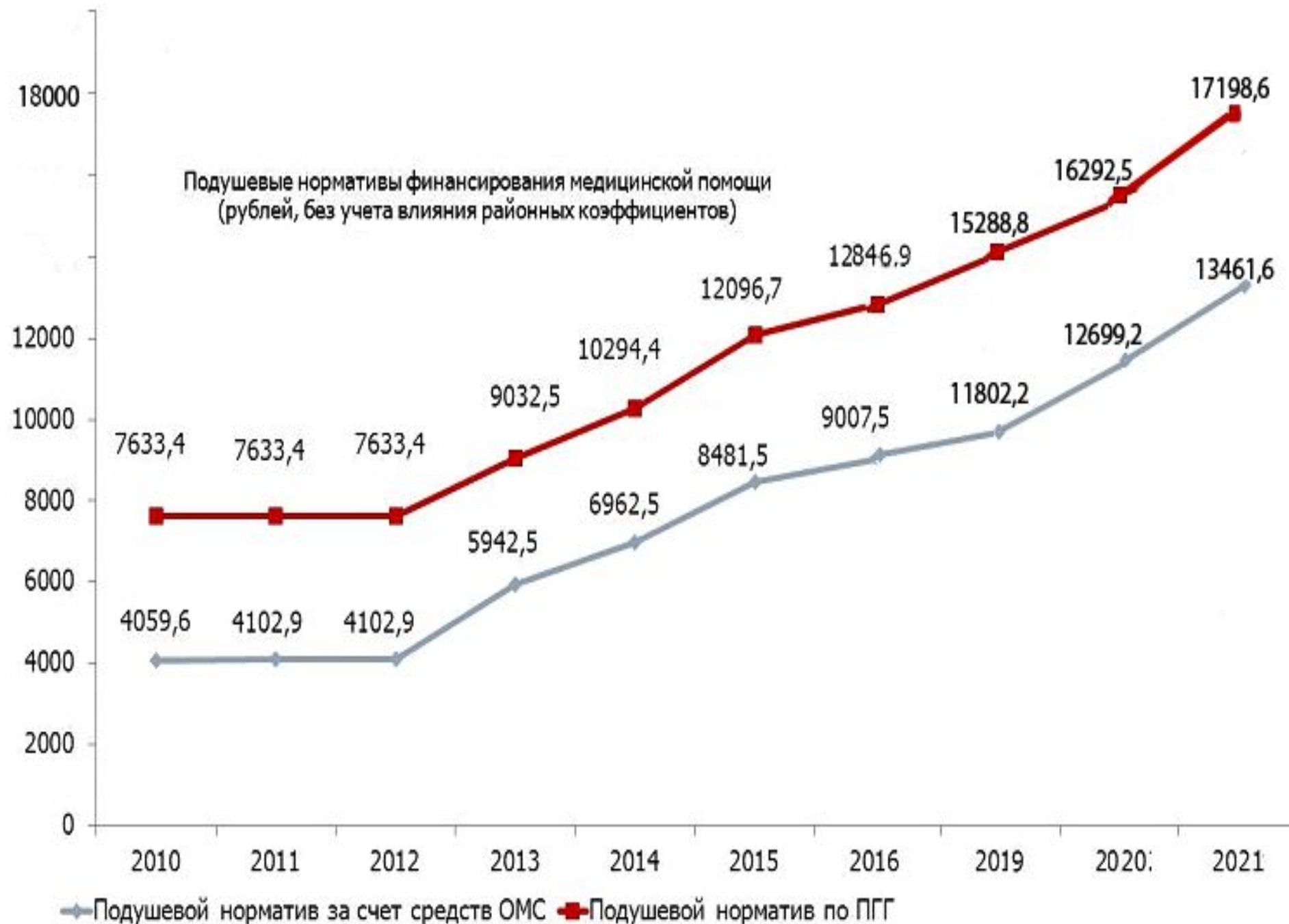
эндоскопического диагностического исследования - 880,6 рубля; и т.д.

- компьютерной томографии - 3539,9 рубля;
- магнитно-резонансной томографии - 3997,9 рубля;
- ультразвукового исследования сердечно-сосудистой системы - 640,5 рубля;
- эндоскопического диагностического исследования - 880,6 рубля;
- молекулярно-генетического исследования с целью выявления онкологических заболеваний - 15000 рублей;
- гистологического исследования с целью выявления онкологических заболеваний - 575,1 рубля;

- **Средние подушевые нормативы** финансирования, (без учета расходов федерального бюджета), составляют: за счет **бюджетных** ассигнований соответствующих бюджетов (в расчете на 1 жителя) в 2019 году - 3488,6 рубля, **2020 году - 3621,1** рубля и 2021 году - 3765,9 рубля;
- за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенций Федерального фонда обязательного медицинского страхования (в расчете на 1 застрахованное лицо) в 2019 году - 11800,2 рубля, **2020 году - 12696,9** рубля и 2021 году - 13531,4 рубля.

Единица объёма медицинской помощи	Источник средств	Стоимость единицы объёма по годам, руб.				
		2016	2017	2018	2019	2020
1 случай госпитализации в стационарных условиях	за счёт средств соотв. бюджетов	66612, 30	69276, 80	69276, 80	69276, 80	78432
	за счёт средств ОМС; 1 случай госпитализац по онкологии	22815, 30	24273, 70	28767, 40	30550, 70	34714 100849
1 койко-день при оказании паллиативной медицинской помощи в	за счёт средств соотв.	1785,1 0	1856,5 0	1856,5 0	1856,5 0	2099,9

Подушевые нормативы финансирования медицинской помощи
(рублей, без учета влияния районных коэффициентов)



Модель финансового обеспечения амбулаторной медицинской помощи на основе стандартов



При формировании счетов на оплату амбулаторной медицинской помощи по законченному случаю лечения заболевания **за основу принимается обращение по поводу заболевания, как совокупность медицинских услуг (т.е. обращение является законченным случаем лечения – не менее 2-х посещений на одно обращение по поводу заболевания).** При этом заболевания, на которые установлены стандарты, а также заболевания, на которые стандарты не установлены, группируются в обращение по поводу заболевания по специальностям.

Факторами, влияющими на показатель кратности посещений в обращении, являются:

- уровень и структура заболеваемости населения;
- недостатки в организации работы врачей поликлиники,;
- низкая укомплектованность врачебными кадрами, высокие нагрузки на специалистов;
- возрастно-половой состав пациентов;

Другими словами. При расчете показателей заболеваемости по обращаемости необходимо принимать во внимание *факторы, с которыми связана полнота полученных сведений, в их числе:*

- доступность медицинской помощи;
- обеспеченность врачами;
- возможность населения обращаться за медицинской помощью по месту жительства
в специализированные учреждения;
- уровень санитарной культуры населения.

Учет заболеваемости по данным обращаемости ведется на основании разработки «Статистических талонов для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» (учетная форма 025-1/у).

Талон заполняется на все заболевания и травмы, кроме острых инфекционных заболеваний, во всех поликлиниках, амбулаториях в городах и в сельской местности. Анализ заболеваемости необходим для ранжирования территорий, а также групп населения по степени неблагополучия в состоянии здоровья с целью **принятия оперативных управленческих решений.**

- По данным официальной статистической отчетности анализируются частота обращений по заболеванию и посещений с профилактической целью по основным классам болезней в разных возрастно-половых группах, по врачебным специальностям, а также по целям посещения. Группировка зарегистрированных случаев обращений с лечебно-диагностической целью и посещений с профилактической целью проводится по основным классам болезней, отдельным специальностям и периодам времени.

• для получения числа посещений в одном обращении пациента в поликлинику, по врачебной специальности и диагноза следует обобщить следующие параметры "Талона амбулаторного пациента":

- - код врача, начавшего и закончившего выполнение цели;
- - цель (повод) обращения;
- - место обслуживания (поликлиника, на дому);
- - число посещений по месту обслуживания;
- - код диагноза согласно [МКБ-10](#);
- - код законченности (незаконченности) обращения.

Статистический анализ заболеваемости основывается на оценке как минимум трех основных показателей. Сначала следует вычислять общий ***интенсивный коэффициент***, показывающий частоту или уровень распространенности заболеваний среди населения. Этот показатель необходим для первоначальной ориентировочной оценки изучаемых явлений.

Далее этот коэффициент заболеваемости оценивается как в динамике (по годам за ряд лет (за один и тот же изучаемый год — сравнение проводят по различным учреждениям, городам, областям, районам)).

Более точными и ценными для анализа заболеваемости являются специальные коэффициенты, которые отражают интенсивность заболеваемости по отдельным нозологическим формам или среди различных контингентов населения в зависимости от пола, возраста, профессии и других факторов. Эти показатели являются наиболее конкретными и информативными. Анализ заболеваемости должен строиться в основном на вычислении и оценке различных специальных интенсивных коэффициентов.

Показатель заболеваемости ти данным заболеванием	=	Число вновь возникших случаев данного заболевания	× 1000
		Средняя численность населения	

Показатели первичной заболеваемости и распространенности, как общие, так и дифференцированные, рассчитываются по нозологическим формам, полу, возрасту, территориям и по другим признакам.

Возрастно-половые показатели заболеваемости:

число заболеваний, выявленных за
год у лиц данного пола и возраста $\times$
1000 (10 000, 100 000) / среднегодовая
численность населения этого пола и
возраста.

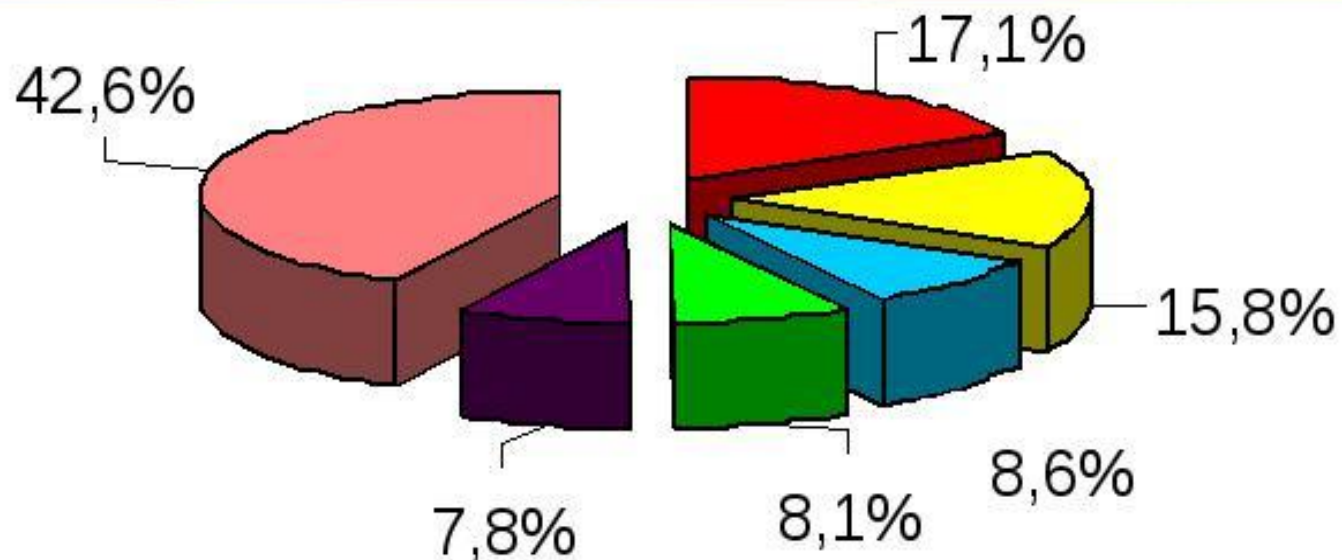
Дополнительное значение имеют **экстенсивные коэффициенты**, вычисляемые для характеристики структуры заболеваемости. Они выявляют ранговые места групп, классов или нозологических форм заболеваний.

Обычно структура заболеваемости рассчитывается отдельно для детей, подростков и взрослых, по профессиональным группам и т.д.

Структура заболеваемости:

число всех вновь возникших
заболеваний принимается за 100%;
доля случаев заболеваний гриппом —
 $X_1\%$.
доля случаев заболеваний ангиной —
 $X_2\%$ и т. д.

Структура общей заболеваемости в РФ



- Б-ни системы кровообращения
- б-ни органов дыхания
- болезни костно-мышечной системы
- б-ни мочеполовой системы
- б-ни органов пищеварения
- прочие

Статистика инфекционной заболеваемости

Инфекционная заболеваемость — это частота всех случаев инфекционных заболеваний, зарегистрированных у населения в течение определенного периода времени.

Специальный учет всех инфекционных заболеваний несмотря на то, что они находят свое отражение в общей заболеваемости, вызван необходимостью разработки неотложных противоэпидемических мероприятий, осуществляемых как лечебно-профилактическими учреждениями, так и учреждениями службы Роспотребнадзора.

Все инфекционные заболевания в зависимости от способа оповещения о них можно разделить на четыре группы.

- 1. Карантинные заболевания – особо опасные инфекции. Особые способы оповещения и санитарно-противоэпид. Мероприятия.**
- 2. Грипп, острые респираторные инфекции. Лечебно-профилактические учреждения подают в центр санэпиднадзора суммарные (цифровые) сведения за месяц.**
- 3. Заболевания, о каждом случае которых сообщается в центр санэпиднадзора с приведением детальных сведений.**
- 4. Заболевания, которые регистрируются как важнейшие неэпидемические болезни с одновременной информацией служб санэпиднадзора.**

декабря 2018 г. N 792

1. Утвердить представленные Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека прилагаемые **месячные и годовые формы федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению, сбор и обработка данных по которым осуществляется Роспотребнадзором, и ввести их в действие: месячные с отчета за январь 2019 года, годовые с отчета за 2019 год:**

N 5 "Сведения о профилактических прививках" месячная, годовая (приложение N 2);

N 1 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях" месячная ,годовая (приложение N 1, 3).

2. Установить предоставление данных по указанным в пункте 1 настоящего приказа формам федерального статистического наблюдения по адресам и в сроки, установленные в формах.

Руководитель: П.В. МАЛКОВ

Учетный документ — кроме учетных форм («Талона амбулаторного пациента», составляется «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, острым профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. № 058/у). Заполняется врачом в течение первых с момента постановки диагноза 12 ч, направляется в ФГУ «Центр гигиены и эпидемиологии», а сводные данные передаются в территориальное управление Роспотребнадзора (показатели-частота, структура) .

**Инфекционная
заболеваемость**

=

**Число выявленных
случаев инфекционных
заболеваний на данной
территории**

**Средняя численность
населения
данной территории**

**×
100000**

**Индекс
очаговости**

=

**Число
выявленных
инфекционных
больных
данным
заболеванием**

**Число очагов
данного
заболевания**

Динамика показателей инфекционной заболеваемости 2017-2018гг. по ряду нозологий на 100тыс.населения

нозология	2018	2017	р/с%
Корь	1,73	0.5	+ 3,5раза
Краснуха	0	0	
Менингококков	0,7	0,59	
дифтерия	0(3 случая)	0	
Сибирская язва	0(3сл.)	0	
Туберкулез акт.перв.	41,96	45,47	- 7,7%
Сифилис перв.	15,94	18,74	- 14,9%
Вич	58,99	60,53	- 2,5%
Поствакцинальные осл	0,17	0,23	- 24,4%

Госпитализированная заболеваемость

Госпитализированная заболеваемость — это частота всех случаев заболеваний, зарегистрированных у выбывших больных из стационара за данный год.

Статистика госпитализированной заболеваемости.

- **Единицей учета в данном случае является случай госпитализации больного в стационар, а учетным документом – «Статистическая карта выбывшего из стационара» (ф.066/у), которая составляется на основании «Медицинской карты стационарного больного» (ф.003/у) и является статистическим документом.**
- **На основании разработки «Статистических карт выбывшего из стационара» и годовых отчетов рассчитываются следующие показатели госпитализированной заболеваемости.**

Частота (уровень) госпитализации или ожидаемое число госпитализаций

- Этот показатель рассчитывается не только по больничному учреждению в целом, но и по профилям коек, а также по всем классам и нозологическим формам отдельно для детей, подростков и взрослых. Может рассчитываться в процентах (на 100 жителей). Уровень госпитализации зависит от мощности стационара, организации и качества работы поликлиники и стационара, преемственности между этими учреждениями, а также уровня культуры и санитарной грамотности нас.

Частота (уровень) госпитализации:

число госпитализированных за год $\times$ 1000/
среднегодовая численность населения.

Степень госпитализации:

число госпитализированных за год $\times$
100/ число нуждавшихся в
госпитализации.

Частота госпитализированных по
поводу данного заболевания:

число госпитализированных по
поводу данного заболевания за год $\times$
100/ среднегодовая численность
населения.

Структура (состав)

госпитализированной заболеваемости:

число госпитализированных с
отдельными заболеваниями $\times 100 /$
общее число госпитализированных.

Состав госпитализированных больных
по полу, возрасту, профессии и другим
группам:

число госпитализированных
определенного пола, возраста и др. $\times 100$
 $/$ общее число госпитализированных.

По показателям госпитализированной заболеваемости нельзя в полной мере судить о распространенности того или иного вида патологии, объеме медицинской помощи, продолжительности лечения. Сравнение данных об обращаемости и госпитализации дает возможность ориентироваться в отборе на госпитализацию по отдельным заболеваниям. Госпитализированная заболеваемость связана с обеспеченностью больничными койками и отражает организацию и преемственность больничной и внебольничной помощи.

Показатели госпитализированной заболеваемости

Показатель	Методика вычисления
Структура госпитализированной заболеваемости (в %)	Число случаев отдельных заболеваний у <u>выбывших из стационара</u> x 100 Общее число заболеваний у выбывших больных из стационара за год
Госпитализированная заболеваемость (в целом, по отдельным заболеваниям, полугодие, год)	Число случаев заболеваний у выбывших <u>больных из стационара</u> x 1000 Среднегодовая численность населения, проживающего на данной территории

Патологическая пораженность — совокупность болезней и патологических состояний, выявленных врачами в период активных профилактических медицинских осмотров населения. Статистически выражается как отношение числа случаев заболеваний, имеющихсся на данный момент, к средней численности населения, умноженное на 1000, выражается в промилле.

Патологическая пораженность	=	Число случаев заболеваний выявленных при медицинских осмотрах	× 1000
		Средняя численность населения	

Патологическая пораженность – совокупность заболеваний, а также преморбидных форм и состояний, выявленных при медицинских осмотрах.

Профилактические медицинские осмотры
:

- 1) предварительные;
- 2) периодические;
- 3) целевые.

- **Приказ Минздрава России от 13.03.2019 N 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения**
«
- **Профилактический медицинский осмотр** – это комплекс медицинских **обследований**, проводимый в целях раннего (своевременного) выявления состояний, заболеваний и факторов риска их развития, а также в целях определения групп здоровья и выработки рекомендаций для пациентов.

- **Диспансеризация** - активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровых и больных людей с целью предупреждения заболеваний и борьбы с ними.

• Н.А. Семашко : *«Профилактика — основное направление медицины, диспансеризация — метод, при помощи которого это профилактическое направление проводится в жизнь»*

Н.А.Семашко
(советский [партийный](#) и
государственный деятель, врач,
один из организаторов системы
здравоохранения в СССР)



В рамках проведения профилактических мероприятий органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечивают организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставляют гражданам возможность дистанционной записи на медицинские исследования. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья размещают на своих официальных сайтах в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" информацию о медицинских организациях, на базе которых граждане могут пройти профилактические медицинские осмотры, включая диспансеризацию.

- **Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечивают организацию прохождения гражданами профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, в том числе в вечерние часы и субботу, а также предоставляют гражданам возможность дистанционной записи на приемы (осмотры, консультации) .**
- **Профилактический медицинский осмотр и первый этап диспансеризации рекомендуется проводить *в течение одного рабочего дня.***

Профилактический медицинский осмотр проводится ежегодно:

- **в качестве самостоятельного мероприятия;**
- **в рамках диспансеризации;**
- **в рамках диспансерного наблюдения (при проведении первого в текущем году диспансерного приема (осмотра, консультации)).**

- Профилактический медицинский осмотр и диспансеризация осуществляются медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы, имеющими лицензию на осуществление медицинской деятельности.
- **Гражданин проходит профилактический медицинский осмотр и диспансеризацию в медицинской организации, в которой он получает первичную медико-санитарную помощь.**
- Медицинской организацией работающему гражданину выдается справка о прохождении профилактического медицинского осмотра или диспансеризации в день прохождения указанных осмотра.
- Необходимым предварительным условием проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации является **дача информированного добровольного согласия** гражданина (его законного представителя) на медицинское вмешательство с соблюдением требований, установленных [статьей 20](#) Федерального закона N 323-ФЗ.

-Показатели оценки профилактической работы :

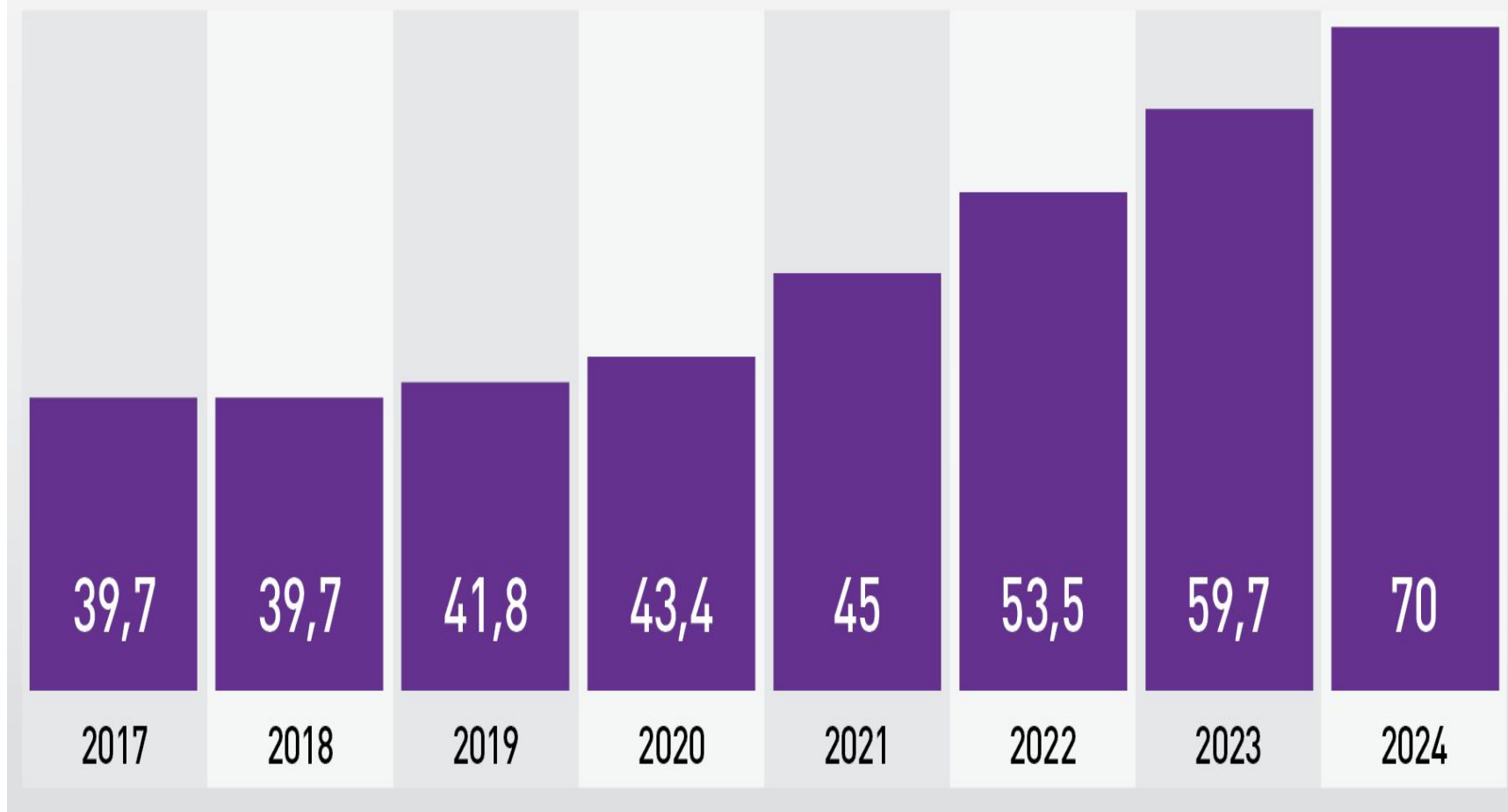
Полнота охвата населения медицинскими осмотрами=Число осмотренных лиц/Число лиц, подлежащих осмотру × 100 (ф. 30);

Частота заболеваний, впервые выявленных при медицинских осмотрах =Число заболеваний, впервые выявленных при медицинских осмотрах/Число осмотренных лиц × 1000 (Заключительный акт по результатам медицинского осмотра);

Полнота охвата населения целевыми медицинскими осмотрами =Число лиц, осмотренных с целью выявления данного заболевания (туберкулез, злокачественное новообразование и др.)/Число лиц, подлежащих осмотру × 100 (Заключительный акт по результатам медицинского осмотра).

Федеральный национальный

ОХВАТ ВСЕХ ГРАЖДАН ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОСМОТРАМИ, %



Важнейшие социально-значимые заболевания и заболевания представляющими опасность для окружающих - это частота их случаев, установленных соответствующими врачами-специалистами за определенный период.

1. Гражданам, страдающим социально - значимыми заболеваниями, и гражданам, страдающим заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, оказывается медицинская помощь и обеспечивается диспансерное наблюдение в соответствующих медицинских организациях (ст.43, ФЗ-323).

2. Перечень социально значимых заболеваний и перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утверждаются Правительством Российской Федерации исходя из высокого уровня первичной инвалидности и смертности населения, снижения продолжительности жизни заболевших.

3. Особенности организации оказания медицинской помощи при отдельных заболеваниях, указанных в части 1 настоящей статьи, могут устанавливаться отдельными федеральными законами

Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 года № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих (ред от 13-07-2012 с изменениями вступившими в силу 28-07-2012) ». К этим заболеваниям относятся: инфекционные — туберкулез; заболевания, передающиеся половым путем; ВИЧ; вирусные гепатиты; сифилис и неинфекционные — психические расстройства; сердечно-сосудистые заболевания; сахарный диабет; злокачественные новообразования; болезни бронхо-легочной системы.

Код заболеваний по <u>МКБ-10</u>	Наименование социально значимых заболеваний
1. А 15 - А 19	туберкулез
2. А 50 - А 64	инфекции, передающиеся преимущественно половым путем
3. В 16; В 18.0; В 18.1	гепатит В
4. В 17.1; В 18.2	гепатит С
5. В 20 - В 24	болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)
6. С 00 - С 97	злокачественные новообразования
7. Е 10 - Е 14	сахарный диабет

- Учетные документы: извещение о важнейших заболеваниях (уч. ф. № 089/у — учитывается туберкулез, болезни передающиеся половым путем (БППП) и др.; уч. ф. № 090/у — злокачественные новообразования). Составленные извещения в трехдневный срок пересылаются в диспансеры по месту жительства больного для использования в оперативных целях.

«Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» (форма 090/у) **заполняется всеми врачами общей и специализированной лечебной сети Минздрава и других ведомств (МПС, МИД, ГВФ, МО и др.) на каждый случай впервые в жизни диагностированного заболевания злокачественным новообразованием и преинвазивным раком независимо от обстоятельств выявления.**

**Динамика заболеваемости населения злокачественными
новообразованиями в РФ(на 100 000 человек)**

Контингент	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни	329,5	361,8	379,4	388,1	402,6	408,6		
Число пациентов, состоящих на учете	1679,8	1955,8	2157,0	2250,0	2323,0	2397,0		
Из числа взятых на учет с диагнозом, установленным впервые в жизни, имели IV стадию (в % общего числа пациентов)	23,3	22,3	22,5	22,1	21,9	22,1		

. Главный внештатный онколог Минздрава, гендиректор Национального медицинского исследовательского центра радиологии Андрей Каприн не так давно заявил, что в России в период с 2008 по 2018 год прирост заболеваемости раком составил почти 24%. Сейчас на учете со злокачественными новообразованиями состоит 3,76 млн человек. На выявление новых случаев рака повлияло возобновление массовых скринингов новообразований у пациентов во время диспансеризации. Также в 2,5 раза вырос объём высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с онкологией. В 2012 году ее получили 68 тыс. больных, в 2017 — 172,2 тыс.

По отчетным данным 2017-2018 г. г. отмечены высокие показатели запущенности при диагностике новообразований визуальных локализаций. В поздних стадиях (III-IV) выявлены 61,3 % опухолей полости рта ; 46,9 % – прямой кишки; 32,9 % – шейки матки; 23,2 % щитовидной железы. Показатель запущенности при меланоме кожи составил 18,9 %.

**ИЗМЕНЕНИЯ, ВНОСИМЫЕ В ДЕЙСТВУЮЩИЕ ФОРМЫ
ФЕДЕРАЛЬНОГО И
ОТРАСЛЕВОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

**ФОРМА ФЕДЕРАЛЬНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО
НАБЛЮДЕНИЯ № 7**

«СВЕДЕНИЯ О ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ»

Форма утверждена приказом Росстата от 30.08.2019 № 479

ИЗМЕНЕНИЯ, ВНЕСЕННЫЕ В ФОРМУ ФЕДЕРАЛЬНОГО

В ТАБЛИЦУ 2010 ВНЕСЕНЫ ИЗМЕНЕНИЯ

Сведения о злокачественных новообразованиях у сельских жителей, из числа впервые в жизни выявленных, и о новообразованиях in situ о первично - множественных злокачественных новообразованиях (2010) Коды по ОКЕИ: единица – 642, человек – 792

Из общего числа впервые в жизни выявленных злокачественных новообразований (таблица 2000, гр.5, стр.1,2): Выявлено у сельских жителей, чел		Число первично- множественны х злокачественн ых новообразован ий, ед	из них (из гр. 3): у пациентов с впервые в жизни установленны м диагнозом в отчетном году, ед	Число впервые выявленных новообразова ний in situ (D00-D09), ед	из них:	
мужчин	женщин				молочно й железы (D05)	шейки матки (D06)
1	2	3	4	5	6	7

ИЗМЕНЕНИЯ, ВНЕСЕННЫЕ В ФОРМУ ФЕДЕРАЛЬНОГО

СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ № 5

В ТАБЛИЦУ 2100 ДОБАВЛЕНЫ НОВАЯ ГРАФА И НОВЫЕ СТРОКИ

Сведения о движении контингента пациентов со злокачественными новообразованиями (2100) Код по ОКЕИ: человек – 792

Нозологическая форма, локализация	№ стр.	Код по МКБ-10	Зарегистриров ано всего
1	2	3	4
Злокачественные новообразования – всего, из них:	1	C00-C96	
у детей в возрасте 0-14 лет	2	C00-C96	
у детей в возрасте 0-17 лет	3	C00-C96	
у сельских жителей (18 лет и старше)	4	C00-C96	
у лиц в возрасте 65 лет и старше	5	C00-C96	
из них у сельских жителей (из стр. 5)	6	C00-C96	
Кроме того, в личном анамнезе злокачественное новообразование	33	Z85 ██████████	

Сведения о лечении злокачественных новообразований

Код по ОКЕИ: единица 642, человек 792

(2310)

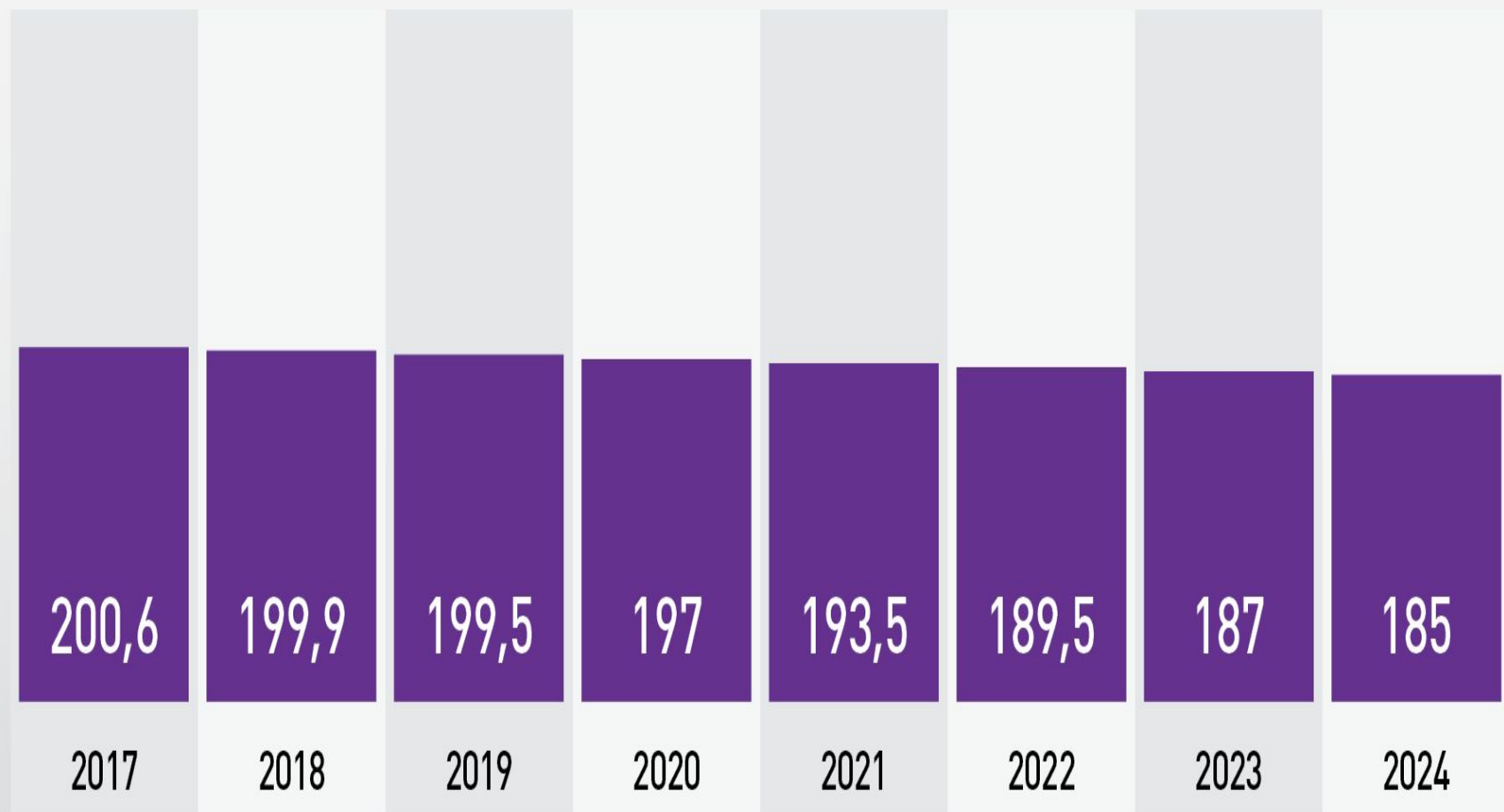
Число злокачественных новообразований (из табл. 2200, гр. 4), радикальное лечение которых не проводилось по причине				Число злокачественных новообразований (из табл. 2300, гр.4), радикальное лечение которых проводилось только в амбулаторных условиях, ед
отказа пациента, чел	из них (из гр. 1): злокачественные новообразования I-II стадии	Противопоказаний, ед	из них (из гр. 3): злокачественные новообразования I-II стадии	
1	2	3	4	5
Число пациентов, которым		из них		из них (из гр. 7): пациентов
показано в течение отчетного года (независимо от времени взятия под диспансерное наблюдение), лекарственное лечение (включая сочетание с другой терапией), чел		(из гр. 6): получивших в течение отчетного года лекарственное лечение (включая сочетание с другой терапией), чел		со злокачественными новообразованиями лимфатической и кроветворной ткани (C81-C96)
6		7		8
Число пациентов, которым		Число пациентов,		
показано в течение отчетного года (независимо от времени взятия под диспансерное наблюдение), лучевое лечение (включая сочетание с другой терапией), чел		из них (из гр. 9): получивших в течение отчетного года лучевое лечение (включая сочетание с другой терапией), чел		из них (из гр. 11): получивших в течение отчетного года комбинированное лечение (включая сочетание с другой терапией), чел
9		10		11
				12

Правительство РФ ставит ряд задач по снижению смертности от рака и в т. ч. и по мотивации медицинских работников за раннее выявление онкологических заболеваний во время диспансеризации. Планируется, что надбавки к зарплате врачам начнут выплачивать с 2020 года. Минздрав РФ летом 2019 года утвердил и запустил федеральный регистр больных онкологией. В нем содержатся сведения о диагнозе пациента и назначенном лечении. Подробнее см. на РБК:<https://www.rbc.ru/rbcfreenews/5ce4222b9a7947b9c3b04c65>

Федеральный национальный

ПРОЕКТ

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ НОВООБРАЗОВАНИЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ
(случаев на 100 тыс. населения)



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ «БОРЬБА С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ(ДАЛЕЕ-ЗН»

Наименование показателя	Единица измерения	2017	2018	2019	2020	2021	2021 к 2017,%	2022	2023	2024	2024 к 2017,%
Смертность от новообразований в том числе от злокачественных	На 100 тыс. человек	200,6	199,9	199,5	197,0	193,5	-3,5	189,5	187,0	185	-7,8
Доля ЗН, выявленных на ранних стадиях (I-II стадии)	Процент	55,6	56,8	57,9	59,0	60,1	8,1	61,2	62,3	63,-	13,3
Удельный вес больных со ЗН, состоящих на учете 5 лет и более	Процент	53,9	54,5	55,0	55,6	56,1	4,1	56,7	57,2	60,0	11,3
Показатель одногодичной летальности больных со ЗН	Процент	22,5	21,7	21,0	20,2	19,5	-13,3	18,8	18,1	17,3	-23,1

- **Болезни системы кровообращения (БСК). Актуальность.**
- БСК- ведущая причина смертности в мире;
- В 2016 г от БСК во всем мире умерло 17,7 млн чел. (31% всех смертей), в т.ч. 7,4 млн от ИБС и 6,7 млн от инсульта.

http://www.who.int/cardiovascular_diseases/

БСК – проблема стран со средним/ низким уровнем дохода

- 75% случаев смерти от БСК происходят в странах с низким и средним уровнем дохода.
- 82% преждевременных смертей (до 70 лет) из-за неинфекционных заболеваний приходится на страны с низким и средним уровнем дохода

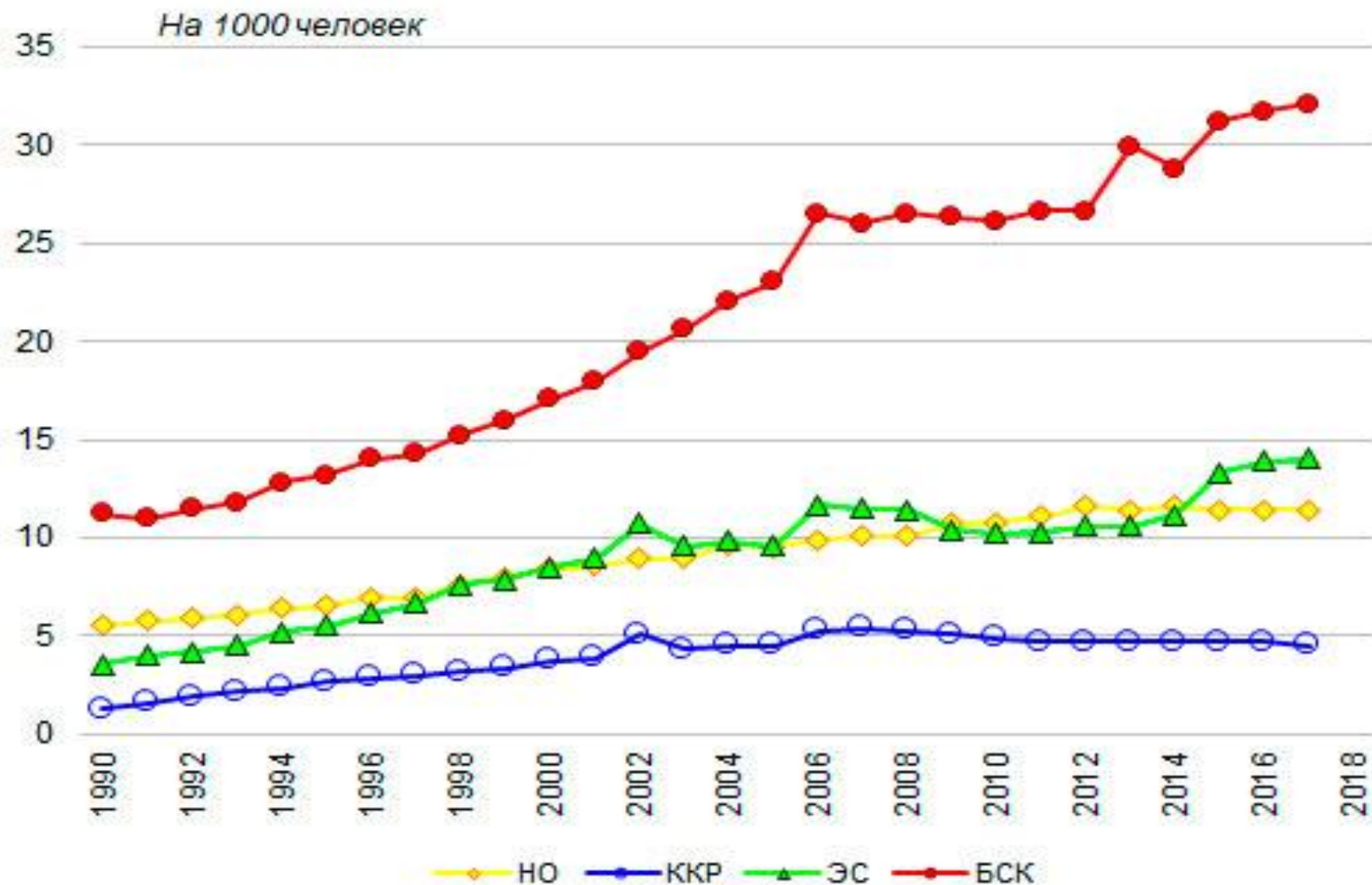
<http://www.who.int/cardio>

В 2017г. В России регистрируется 4,65 млн. больных сердечно-сосудистыми заболеваниями. От этих заболеваний в 2017 году умерло 984840 человек. Среди них более 200 тыс. человек в трудоспособном возрасте. На долю БСК приходится более 48% всех случаев смерти, 44% случаев инвалидности, 9,6 % временной утраты трудоспособности.

Основные причины, формирующие высокий уровень смертности от БСК, это ишемическая болезнь сердца и цереброваскулярные болезни.

В последние годы вклад данного класса причин смертности в общую смертность населения России снижался, опустившись от 56,8% в 2010 году до 47,3% в 2017 году и 46,3% по оперативным данным за январь-декабрь 2019 года без учета окончательных медицинских свидетельств о смерти.).

Первичная заболеваемость болезнями системы кровообращения превысила в 2017 году 32 случая заболевания с впервые установленным диагнозом в расчете на 1000 человек постоянного населения. В 2011-2012 годах – 27. В конце 1990-х годов она была вдове ниже -16 в 1999 году, 1 а в начале 1990-х годов – втрое ниже (11 в 1990-1991 годах).



Заболеваемость населения РФ по некоторым основным классам болезней, зарегистрировано случаев заболевания с впервые установленным диагнозом, на 1000 человек постоянного населения, 1990-2017 годы

В структуре первичной заболеваемости БСК б занимают относительно скромное место – 4,1% случаев заболеваний с впервые установленным диагнозом в 2017 году (4,7 миллиона), - но его роль постепенно повышается. В 1990 году болезни системы кровообращения составляли 1,7% первичной заболеваемости (1,7 миллиона случаев), в 2000 году – 2,3% (2,5 миллиона). Вклад болезней системы кровообращения **в общую заболеваемость**, как уже отмечалось, заметно больше и также повышается, составив в 2017 году 14,9% от общего числа случаев зарегистрированных заболеваний (35,5 миллиона) против 9,2% в 1990 году (14,6 миллиона) и 10,5% (20,1 миллиона) в 2000 году.

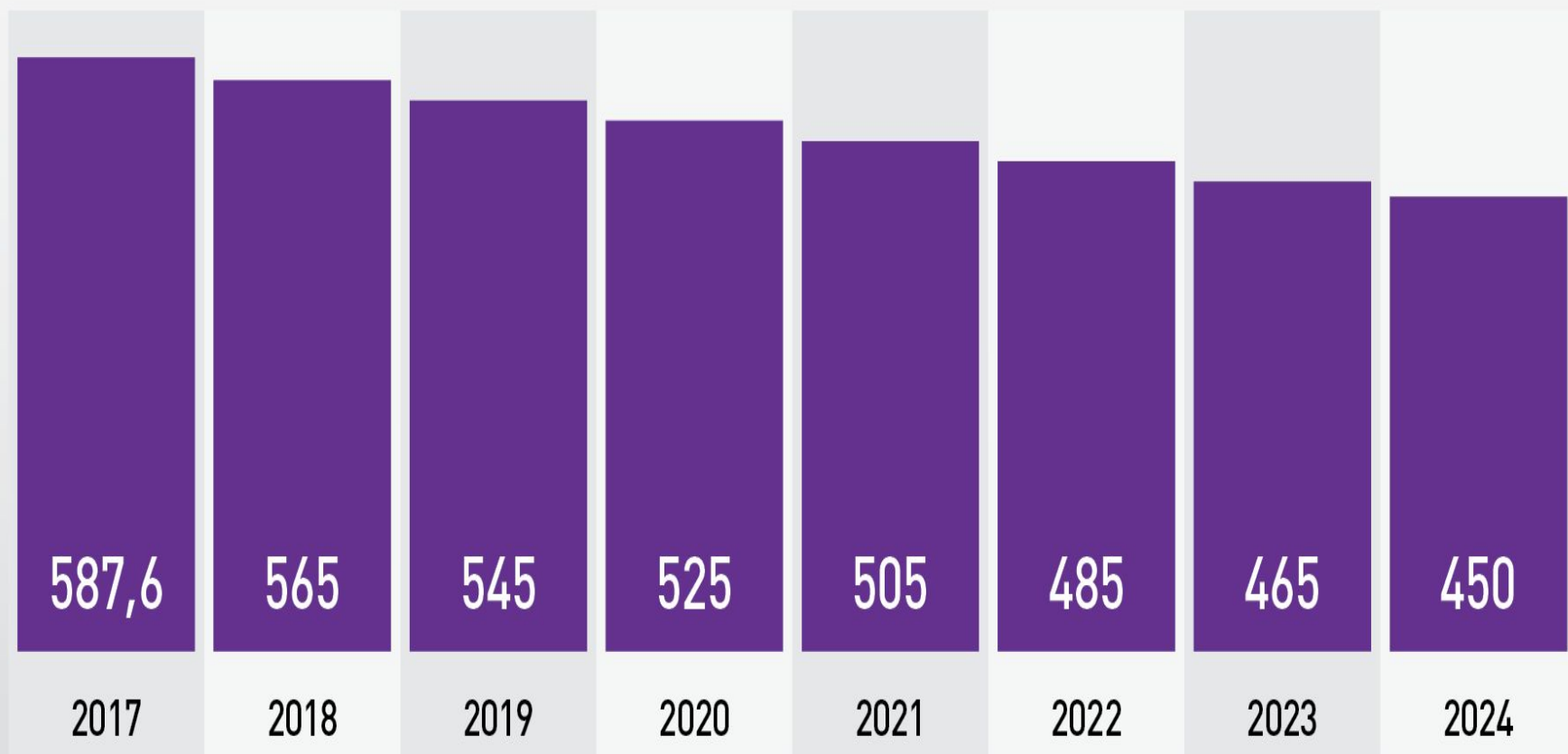
Стратегии первичной профилактики БСК

- 1) стратегия популяционная:
коррекция факторов риска (ФР) в
популяции ;**
- 2) стратегия «высокого риска»:
выявление лиц с высоким риском
БСК и проведении у них активной
профилактики, в том числе
медикаментозной.**

Например, врачи Американской ассоциации сердца называют артериальную гипертензию «молчаливым и таинственным убийцей». Опасность этого заболевания состоит в том, что оно у многих больных протекает бессимптомно, и они чувствуют себя здоровыми. Существует такое понятие, как «закон половинок»: из всех лиц с артериальной гипертензией $\frac{1}{2}$ не знает о своем заболевании, а из тех, кто знает, только $\frac{1}{2}$ лечится, а из тех, кто *лечится* только $\frac{1}{2}$ лечится эффективно.

Федеральный национальный проект

СНИЖЕНИЕ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
(случаев на 100 тыс. населения)



ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ
«БОРЬБА С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ(далее-БСК)»

Наименование показателя	Единица измерения	2017	2018	2019	2020	2021	2021 и 2017, %	2022	2023	2024	2024 2017, %
Смертность от БСК	На 100 тыс. населения	587,6	565,0	545,0	525,0	505,0	-14,1	485,0	465,0	450,0	-23,4
Больничная летальность от острого коронарного синдрома(далее-ОКС)	Процент	13,2	12,5	11,7	11,0	10,2	-22,7	9,5	8,7	8,0	-39,4
Больничная летальность от острого нарушения мозгового кровообращения	Процент	19,1	18,4	17,6	16,9	16,2	-15,2	15,5	14,7	14,0	-26,7
Доля рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС, к числу выбывших больных, перенесших ОКС	Процент	36,0	39,5	43,0	46,5	50,0	38,9	53,5	57,0	60,0	66,7
Количество рентгенэндоваскулярных вмешательств в лечебных целях, проведенных больным с ОКС	Тысяч единиц	199,7	218,7	238,1	257,5	276,9	38,7	296,3	315,6	332,3	66,4

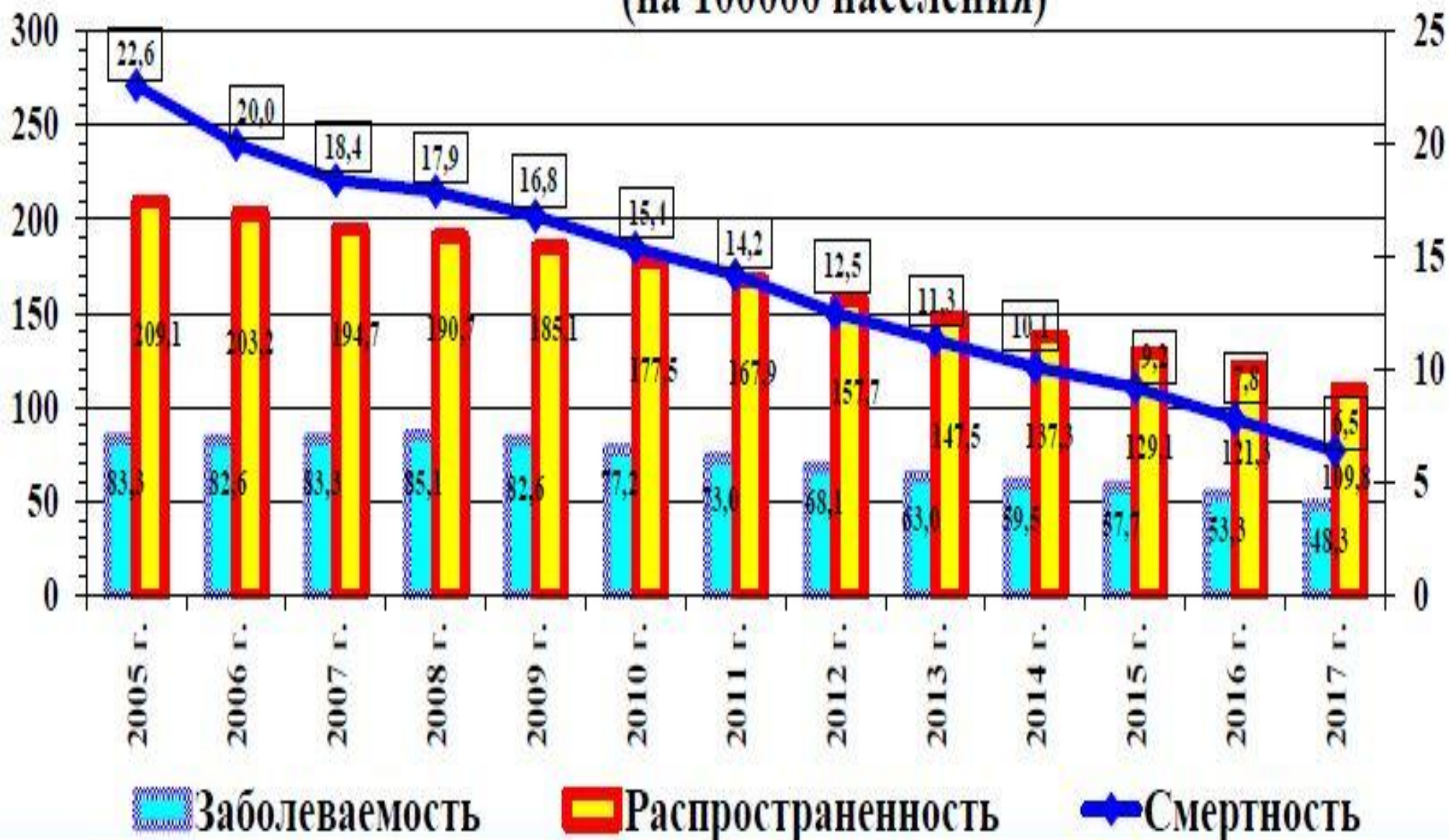
Статистика туберкулеза

Среди социальных болезней туберкулез занимает особое место. В настоящее время около трети населения нашей планеты инфицировано *Mycobacter Tuberculosis*.

В России в 2018 г. на учете фтизиатрической службы находились более 177 тыс. больных активным туберкулезом (118,3 на 100000нас.). С начала 90-х годов до начала 2000г.г. первичная заболеваемость населения туберкулезом возросла в среднем в 2,3 раза. Среди умерших 75% составляли лица трудоспособного возраста. **Был принят Федеральный закон** от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения **туберкулеза** в Российской Федерации" (с изменениями и дополнениями)

Учетная форма N 089/у-туб «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» заполняется врачом на каждого больного по месту его выявления на случай впервые выявленного заболевания или рецидива. Болеют туберкулезом преимущественно лица в возрасте 18-44 года (61,9 %). Максимальные показатели заболеваемости туберкулезом приходятся на возраст 25-34 года среди женщин и 35-44 года среди мужчин. Мужчины составили 67,8 % впервые заболевших туберкулезом (2018г).

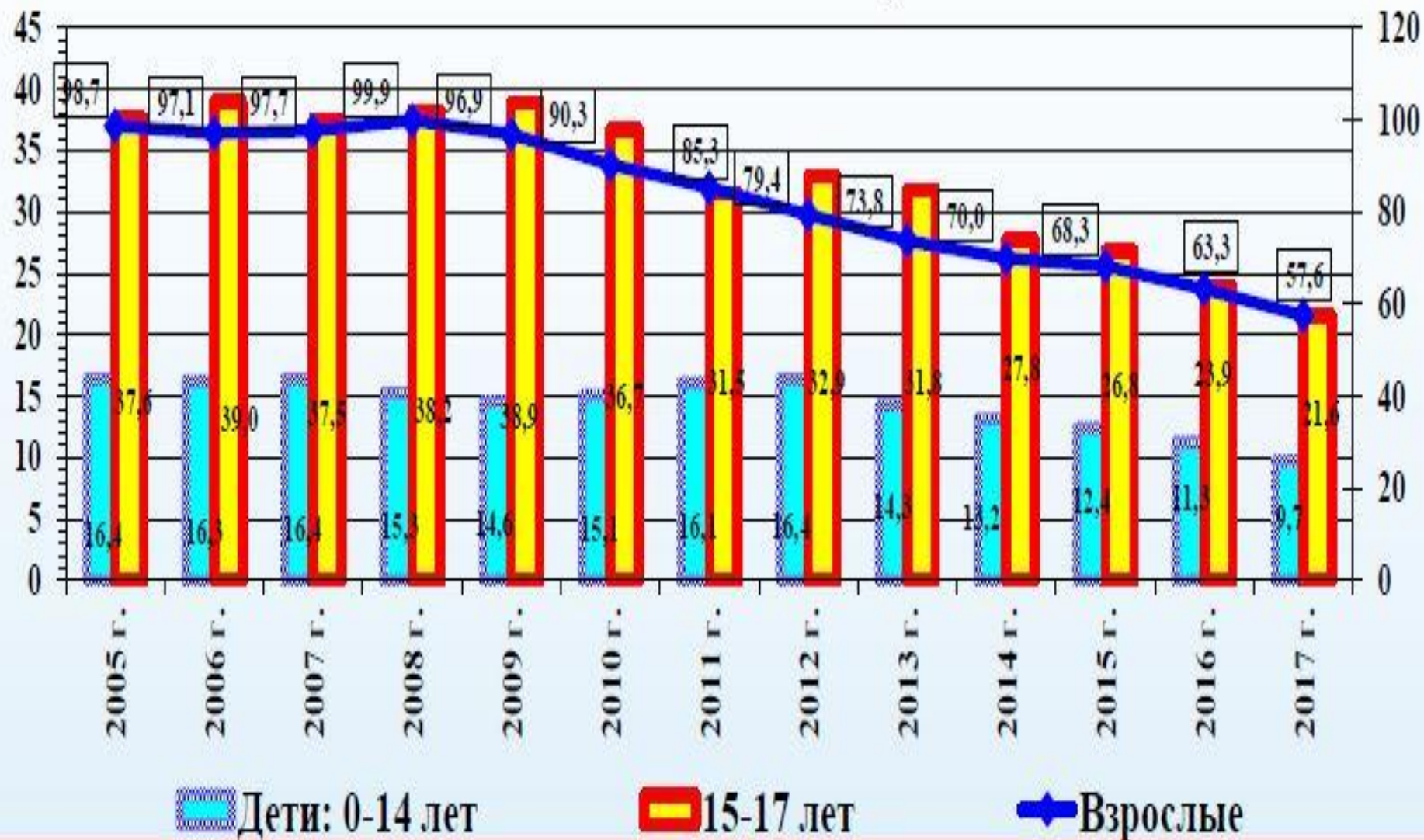
Показатели по туберкулезу в Российской Федерации (на 100000 населения)



Динамика заболеваемости населения активным туберкулезом в РФ(на 100 000 человек населения)

Контингент	2005	2010	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Зарегистрировано заболеваний у пациентов с диагнозом, установленным впервые в жизни	83,7	76,9	63,0	59,5	57,7	53,3	52,4	
Из них с диагнозом активного туберкулеза органов дыхания	80,7	74,5	61,0	57,5	55,9	51,6	48,3	44,4
Численность пациентов с активным туберкулезом, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях (на конец года)	210,1	177,5	147,5	137,3	129,1	121,3	119,6	118,3
Из них пациентов с диагнозом активного туберкулеза органов дыхания	196,8	167,7	139,7	129,9	122,5	115,2		
Взято на учет в отчетном году пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза органов дыхания	65,0	59,5	49,3	46,6	45,3	42,1	41,96	40,6
Из них имели фазу распада	31,0	25,5	20,4	19,0	18,2	16,7		

Заболееаемость туберкулезом в Российской Федерации (на 100000 населения)

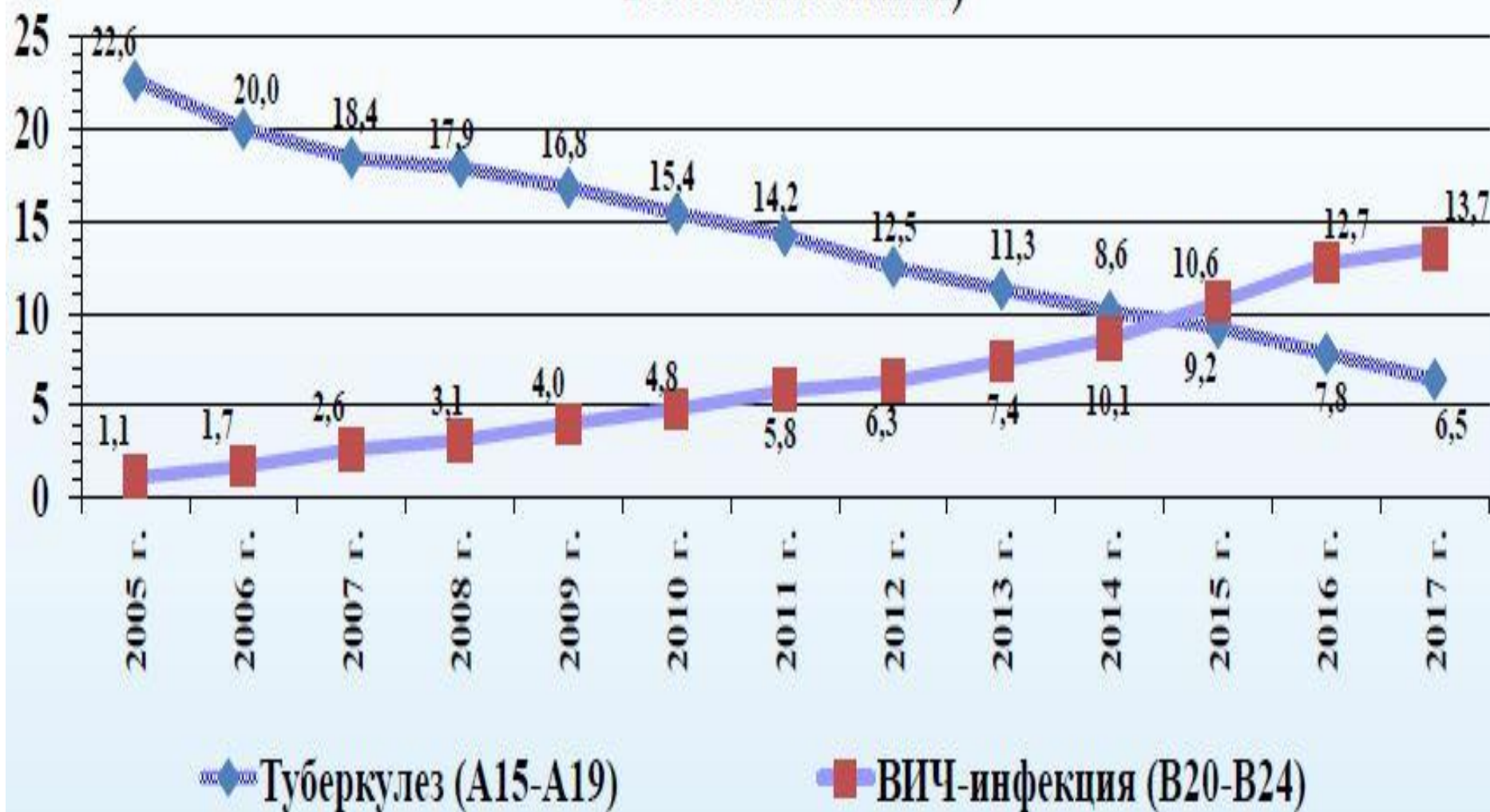


Среди впервые зарегистрированных пациентов с туберкулезом (2018 год) **высокая доля иностранных граждан в городах Москва (29,5 %) и Санкт-Петербург (13,0 %), Калужской (16,2 %), Ненецком автономном округе (22,2 %).** Доля лиц без определенного места жительства наиболее высокая в Новгородской (8,5 %), Ростовской (8,3 %) областях.

Характеристика контингентов впервые зарегистрированных пациентов с **туберкулезом** в России (проценты)

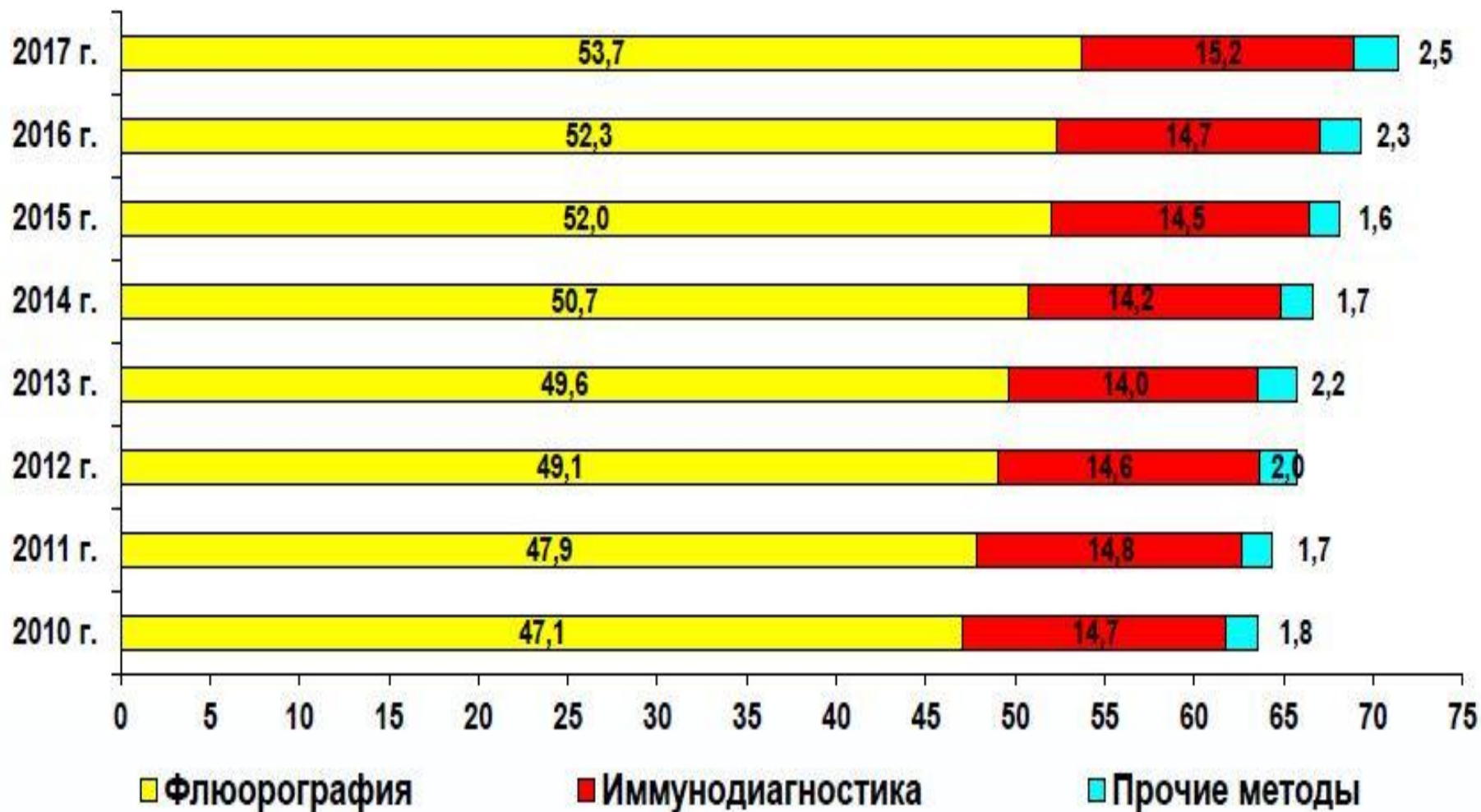


Смертность от туберкулеза и ВИЧ-инфекции в России (на 100000 населения)



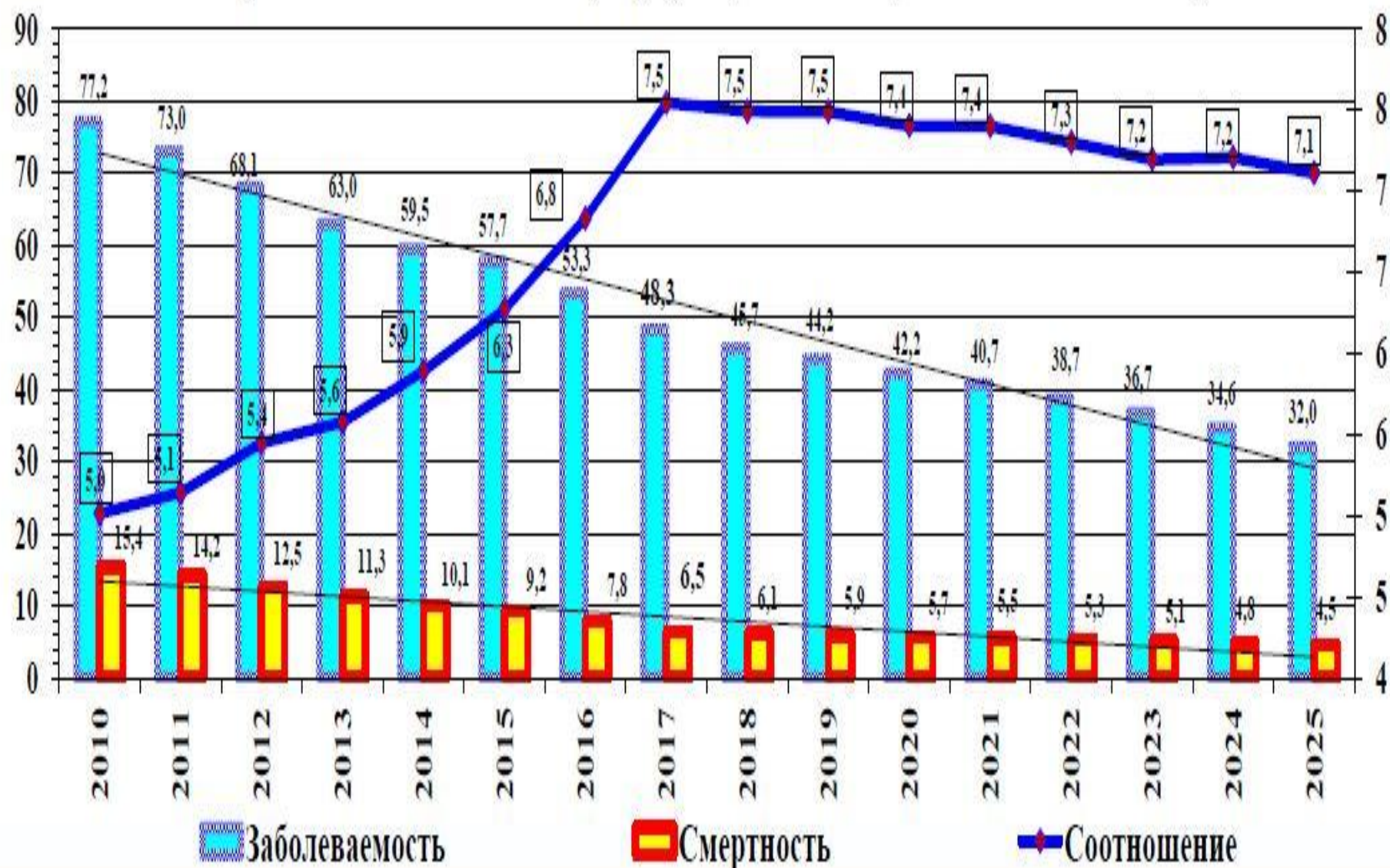
Показатель инвалидности по причине туберкулеза в 2018 году по сравнению с 2017 годом снизился на 5,8% (с 32,8 до 30,9 на 100 тыс. населения); а с 2006 года, когда отмечался максимальный показатель (68,2 на 100 тыс. населения), – снижение инвалидности по туберкулезу составило 54,7% или 2,2 раза.

Структура профилактических осмотров на туберкулез: Российская Федерация (проценты)



Таким образом, в России медленно, но наступает стабилизация эпидемической ситуации по туберкулезу с наклонностью к ее улучшению. В перспективе на эпидемиологический процесс будет отрицательно влиять рост числа и доли пациентов с поздними стадиями ВИЧ-инфекции, а также рост доли пациентов с множественной лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза к препаратам.

Прогноз показателей по туберкулезу в России (на 100000 населения)



В целях организации оказания медицинской помощи, включая обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения, при отдельных заболеваниях, указанных в части 1 ст.43 , уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации, осуществляется ведение Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом, содержащих следующие сведения.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации осуществляют ведение региональных сегментов федеральных регистров, указанных в части 2.1 статьи 43, и своевременное представление сведений, содержащихся в них, в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

По данным Минздрава РФ
финансирование противотуберкулезных
мероприятий в Российской Федерации –
одно из самых высоких в мире. Это
подтверждает высокую политическую
приверженность государства в борьбе с
туберкулезом.

Понятие «орфанное заболевание» введено Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». В качестве критерия принят уровень распространенности не более 10 случаев заболевания на 100 тыс. нас., т. е. 1 больной на 10 тыс. населения. В ст. 44. регламентирован правовой статус таких больных.

Первый перечень утвержден постановлением Правительства РФ от 26.04.2012 № 403, включает 24 заболевания, для каждой позиции приведен код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра. Это те заболевания, для которых в настоящее время имеется патогенетическое лечение, т. е. лечение, направленное на устранение патологического процесса, а не симптомов.

Организация обеспечения лиц, больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, гемолитико-уремическим синдромом, юношеским артритом с системным началом, полисахаридозом I, II и VI типов, лиц после трансплантации органов и (или) тканей лекарственными препаратами осуществляется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. (п 7, ст.44. 2016г).

Обеспечение лекарственными препаратами указанных лиц осуществляется по перечню лекарственных препаратов, утверждаемому Правительством Российской Федерации и формируемому в установленном им порядке (п 7, ст.44. 2016г).

В целях обеспечения лиц, указанных в части 7 настоящей статьи, лекарственными препаратами уполномоченный федеральный орган исполнительной власти в порядке, устанавливаемом Правительством Российской Федерации, осуществляет ведение Федерального регистра этих лиц (п.8 ст.44).

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации осуществляют ведение регионального сегмента федерального регистра, указанного в части 8 настоящей статьи, и своевременное представление сведений, содержащихся в нем, в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти(ч.9ст44, 2016г).

В настоящее время по 16 нозологиям (из 24 включенных в Перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний) разработаны один или несколько стандартов медицинской помощи больным с редкими заболеваниями, угрожающими жизни и приводящими к инвалидности.

Правительство Российской Федерации
вправе принимать решение о включении в
перечень заболеваний, указанных в пункте 21
части 2 статьи 14 настоящего Федерального
закона, дополнительных заболеваний, для
лечения которых обеспечение граждан
лекарственными препаратами
осуществляется за счет средств федерального
бюджета(п.10,ст.44, 2016г).

В настоящее время известно 8 тыс. редких болезней, по данным Формулярного комитета РАН. Лиц с этими болезнями в России насчитывается около 300 тыс. чел. Сформированный федеральный регистр пациентов включает около 12 000 чел. (более половины из них дети). В каждом регионе ведется региональный сегмент федерального регистра пациентов, страдающих редкими (орфанными) заболеваниями.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ЗВУТ)

ЗВУТ занимает особое место в статистике заболеваемости в силу большой социально-экономической значимости. По оценкам специалистов, только в 2018г. экономический ущерб от временной утраты трудоспособности составил около 99 млрд рублей. На уровень ЗВУТ влияют условия труда, быта, организация трудовых процессов, качество медицинской помощи, врачебной экспертизы и возрастно-половой состав работающих.

Для анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности используются следующие статистические показатели:

- число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих;
 - число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих;
 - средняя длительность случая временной нетрудоспособности;
 - уч. ф.
- ВН-16.

Показатель	Методика вычисления
1. Структура случаев (дней) нетрудоспособности по причинам ВН	$\frac{\text{Число случаев (дней) по определенной причине} \times 100}{\text{Всего случаев (дней)}}$
1.1. Структура случаев ВН по заболеваниям (классам болезней)	$\frac{\text{Число случаев (дней) по определенному классу} \times 100}{\text{Всего случаев (дней) по всем болезням}}$
2. Структура случаев ВН по возрасту и по	$\frac{\text{Число случаев ВН определенного возраста} \times 100}{\text{Всего случаев ВН}}$

3. Средняя длительность случая ВН как в целом, так и по отдельным причинам, заболеваниям	Всего дней ВН / Всего случаев ВН
4. Число случаев ВН на 100 среднегодовых работающих (в целом ф.1б-ВН, по отдельным классам, болезням, полу, возрасту)*	Всего случаев ВН x 100 / Средняя численность работающих
5. Число дней ВН на 100 среднегодовых работающих (в целом по болезням, полу)*	Всего дней ВН x 100 / Средняя численность работающих

Шкала оценок показателей ЗВУТ по Овчарову В. К. и др.

Уровень показателей	Процент болевших лиц	На 100 рабочих	
		Число случаев	число дней
Очень высокий	80 и более	150 и более	1500 и более
Высокий	70–79	120–149	1200–1499
Выше среднего	60–69	100–119	1000–1199
Средний	50–59	80–99	800–999
Ниже среднего	40–49	60–79	600–799
Низкий	35–39	50–59	500–599

В 2018г. в Российской Федерации число случаев временной нетрудоспособности составило 57,8, число дней — 751 (на 100 работающих), средняя длительность одного случая -12,9 дней.

В структуре дней временной нетрудоспособности (за исключением отпусков по беременности и родам) на первом месте находятся болезни органов дыхания (20,0%), на втором — травмы и отравления (15,6%), на третьем — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (13,3%).

В медицинских организациях,
обслуживающих только работающих,
применяется *методика углубленного анализа
ЗсВУТ*, где единицами наблюдения являются
проработавшие в учреждении не менее 1 года.
Проводится учет всех основные признаков:
стажа работы, стажа по профессии, пола,
возраста и определяются группы риска. При
углубленной методике изучения
заболеваемости с ВУТ полицейским методом на
каждого работающего заполняется лицевая,
или персональная карта.

заболеваемости

Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" профессиональное заболевание (ПЗ) определено как хроническое или острое заболевание застрахованного, являющееся результатом воздействия на него вредного (вредных) производственного (производственных) фактора (факторов) и повлекшее временную или стойкую утрату им профессиональной *трудоспособности*.

Показатель профессиональной заболеваемости увеличился к 2018 году по сравнению с 2001 г. на 23% и составил 1,5 на 10 тыс. работающих. На долю женщин приходится 25% выявленных профзаболеваний и проф. отравлений.

Во многом рост профессиональной заболеваемости связан с высокой долей работников, занятых во вредных условиях труда, который в различных отраслях производства колеблется от 12 до 44%.

Вместе с тем необходимо отметить, что статистический уровень профессиональной заболеваемости не отражает истинной ситуации, что связано с недостаточной верификацией профессиональных заболеваний.

В 2018 году в России 5100 работников обратились за помощью из-за профзаболеваний

Профессиональные заболевания развиваются из-за слишком большой физической нагрузки, производственных травм, отравления вредными веществами. В 47,5% случаев профзаболевания диагностировали у работников предприятий по добыче полезных ископаемых.

27,3% профзаболеваний - у сотрудников обрабатывающей промышленности.

В сфере транспорта и логистики уровень профессиональной заболеваемости - 10,5%, в строительстве - 5%, в сельском и лесном хозяйстве - 3,9%.

По [данным Роструда](#), самой травмоопасной сферой в 2018 году в России стало строительство, за ним следуют обрабатывающая промышленность, сельское и лесное хозяйство, охота, рыболовство, затем сфера транспорта и логистики и добычи полезных ископаемых.

Всего в 2018 году зафиксировали 5400 тяжёлых производственных травм.

Перечень ПЗ утвержден Приказом
Минздравсоцразвития России от 27.04.2012 №
417н. В нем указаны наименования
заболеваний и вредных производственных
факторов, а также их коды в соответствии с
МКБ-10 (Международной статистической
классификацией болезней и проблем,
связанных со здоровьем, десятого пересмотра).

1. Заболевания, вызванные вредными химическими факторами (код Y96):

- острое отравление этанолом и другими спиртами: токсическая энцефалопатия, делирий, галлюциноз и т.д. (T51.0, T51.1, T51.8);
- острые и хронические отравления нефтепродуктами (T52.0), бензолом и гомологами бензола (T52.1, T52.2), гликолями и кетонами (T52.3 и T52.4), четыреххлористым углеродом (T53.0), хлороформом (T53.1) и другими веществами;

- токсикодермии генерализованные и локализованные (L27.0, L27.1);

профессиональная бронхиальная астма
аллергического или неаллергического
характера (J45.0, J45.1),
бронхиты, пневмо и карбокониозы,
силикатозы, пневмониты, алюминоз и другие
болезни легких.

2. Заболевания и их последствия, вызванные действием физических факторов (Y96):

- связанные с инфракрасным, СВЧ, лазерным, ультрафиолетовым и другим неионизирующим излучением (H26.8);
- связанные с производственным микроклиматом — повышенной или пониженной температурой окружающей среды (T67.0, T69.8);
- связанные с повышенным давлением окружающей среды — кессонная болезнь (T70.3), воздушная эмболия (T79.0), баротравма легких, уха и т.д.;

- вызванные производственным шумом (Н83.3, Н90.6), инфразвуком (Т75.8) и другими факторами акустической природы;
- вызванные ионизирующим излучением: острая и хроническая лучевая болезнь (Т66), отдельные ее проявления (Т98.1), острые лучевые поражения кожи (L58.0) и т.д.;
- вибрационная болезнь (Т75.2).

3. Заболевания, вызванные действием вредных биологических факторов на производстве (Y96):

- инфекционные и паразитарные (T75.8);
- связанные с антибиотиками, грибами-продуцентами, дрожжами, белково-витаминными концентратами, комбикормами (T75.8);
- аллергической природы — дерматиты, экземы и т.д. (L23, L50.0, L56.2);
- болезни кожи и ее придатков, связанные с ирритантами — биологическими факторами раздражающего действия (L24), и другими биологическими факторами (L50.6);
- злокачественные новообразования печени, вызванные вирусами гепатита В и С (C22).

4. Заболевания, вызванные перегрузками отдельных органов и систем (X50.1-8):

- полинейропатия верхних и нижних конечностей из-за физических перегрузок и функционального перенапряжения (G62.8);
- опущение и выпадение матки или стенок влагалища из-за частого подъема и перемещения тяжестей (N81);
- синдром запястного канала (G56.0) и прочие компрессионные мононевропатии;
- рефлекторные и компрессионные синдромы, связанные с перенапряжением в шейном и пояснично-крестцовом отделе позвоночника: радикулопатия шейного уровня (M54.1),

- хронические миофиброзы плечевого пояса (M62.8), остеоартрозы с нарушением функций суставов (M19.8), бурситы различной локализации (M70.2 и M70.4), профессиональная дискинезия (G24.8) и прочие болезни мягких тканей;

-прогрессирующая близорукость вследствие повышенного напряжения зрения (H52.1). 3.

Заболевания, вызванные действием вредных биологических факторов на производстве (Y96):

- инфекционные и паразитарные (T75.8);
- связанные с антибиотиками, грибами-продуцентами, дрожжами, белково-витаминными концентратами, комбикормами (T75.8);
- аллергической природы — дерматиты, экземы и т.д. (L23, L50.0, L56.2);
- злокачественные новообразования печени, вызванные вирусами гепатита В и С канцерогенного действия (C22).

- болезни кожи и ее придатков, связанные с ирритантами — биологическими факторами раздражающего действия (L24), и другими биологическими факторами (L50.6);
- злокачественные новообразования печени, вызванные вирусами гепатита В и С канцерогенного действия (C22).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ, ИЗУЧАЕМАЯ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ РЕГИСТРАЦИИ ПРИЧИН СМЕРТИ

*Частота заболеваний, выявленных
дополнительно при анализе причин смерти,
— все случаи заболеваний, установленные
при судебно-медицинском или
патологоанатомическом исследовании, по
поводу которых не было зарегистрировано
обращений при жизни пациента.
Статистика причин смерти дает точное
представление о той части заболеваемости,
которая обуславливает безвозвратные потери.*

Изучение структуры причин смерти помогает наметить первоочередные меры для борьбы за снижение смертности. Однако статистика смерти не может непосредственно отразить динамику заболеваемости у населения, так как увеличение уменьшение смертности может быть результатом изменений не только в уровнях заболеваемости, летальности. К тому же причины смерти не отражают большого числа «несмертельных» болезней, ухудшающих самочувствие, вызывающих временную и даже постоянную нетрудоспособность.

Источником регистрации заболеваемости данным о причинах смерти является врачебное свидетельство о смерти (учетная форма № 106/у-98), которое выдается в учреждениях здравоохранения врачом, установившим смерть больного, а также фельдшером на основании наблюдения за больным; медицинское свидетельство о перинатальной смерти (учетная форма № 106-2/у) является юридическим документом, удостоверяющим факт и причину смерти человека.

Параллельный анализ интенсивных показателей заболеваемости населения в динамике проводится (проспективно или ретроспективно).

Особенности параллельного анализа показателей первичной заболеваемости и общей заболеваемости (распространенности) следующие:

Так, например, если показатели распространенности (*prevalence—P*) имеют тенденцию к росту, то важно посмотреть на тенденцию показателя первичной заболеваемости (*incidence—I*). Если последний показатель имеет тоже тенденцию к росту, то следует сделать вывод о том, что *рост prevalence отражает ухудшение здоровья населения, т.к. накопление «континентов» идет за счет роста «первичной заболеваемости».*

Рост первичной заболеваемости (*incidence*) означает, что есть «виновники» такого роста. Это обстоятельство требует углубленного анализа факторов среды, разработки и осуществления комплекса лечебно-профилактических мероприятий, а в конечном итоге — улучшения условий и образа жизни, экономического оздоровления внешней среды и др. (разработка и реализация целевых программ, программ профилактики).

Если же первичная заболеваемость (*incidence*) имеет благоприятную тенденцию — к снижению, то тогда рост распространенности отражает большую продолжительность жизни больных и за счет этого происходит «накопление» заболеваний. Такая тенденция *prevalence* отражает наличие «благоприятных» факторов — улучшение качества жизни больных, в том числе за счет улучшения качества медицинской помощи.

По тенденциям роста, стабилизации или снижения первичной заболеваемости и распространенности в динамике (трендам), отражающим влияние факторов и последующим применением статистических методов доказательства и обоснования, можно определять приоритеты внедрения тех или иных мер.

Так, тенденция роста в динамике за 5 лет и более первичной заболеваемости и хроническими болезнями (хронический бронхит, ИБС, артериальная гипертония и др.) в районе обслуживания поликлиники может быть связана:

- *с воздействием этиологических факторов риска этих болезней;*
- *с улучшением уровня и качества диагностики.*

Рост преимущественно острых заболеваний обусловлен усилением влияния факторов риска этих болезней, так как их диагностика не так сложна, как хронических болезней.

При анализе трендов первичной заболеваемости и распространенности хронических заболеваний ЛПУ потребуются углубленное изучение обстоятельств, приведших к росту:

- *ухудшились ли условия и образ жизни населения;*
- *усилилось ли влияние факторов риска экологической среды;*
- *ухудшилась ли доступность или обеспеченность диагностическим оборудованием;*
- *снизилась ли доступность и квалификация врачей-специалистов.*

Одновременный рост
распространенности(*prevalence*) хронических
болезней при тенденции увеличения
(*incidence*) может быть обусловлен, во-пер-
вых, увеличением вновь выявленных
заболеваний, а во-вторых, ростом числа
обострений (рецидивов), ранее
зарегистрированных хронических
болезней при низком уровне организации
профилактической работы.

Снижение первичной заболеваемости при стабилизации или росте распространенности может быть обусловлено, прежде всего, *улучшением условий и образа жизни населения, снижением влияния факторов риска за счет профилактических мероприятий.* При этом увеличение показателя распространенности свидетельствует об обострении хронических заболеваний либо о лучшей организации и проведении профилактических мер по предупреждению рецидивов.

Соотношение показателей смертности и числа зарегистрированных заболеваний на 100000 нас.

Группы заболеваний		2010	2015	2016	2017	2018
Все болезни						
1.	Зарегистрировано заболеваний у пациентов	158 320,2 1420,0	160 056,1 1303,6	161 028,4 1289,3	1240,0	1240,0
2.	Смертность	0,90	0,81	0,80		
3.	Коэффициент соотношений, %					
Болезни системы кровообращения						
1.	Зарегистрировано заболеваний у пациентов	22 706,3 806,4	23 232,3 635,3	23 617,5 616,4	587,0	565,0
2.	Смертность	3,55	2,73	2,61		
3.	Коэффициент соотношений, %					
Болезни органов дыхания						
1.	Зарегистрировано заболеваний у пациентов	37 933,0 52,4	38 612,1 51,8	40 055,2 48,0		
2.	Смертность	0,14	0,13	0,12		
3.	Коэффициент соотношений, %					
Новообразования						
1.	Зарегистрировано заболеваний у пациентов	4093,1 205,2	4519,2 205,1	4723,1 204,3		
2.	Смертность	5,01	4,54	4,33		
3.	Коэффициент соотношений, %					
Туберкулез						
1.	Численность пациентов с активным туберкулезом, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях (на конец года)	177,5 15,3	129,1 9,2	121,3 7,8		
2.	Смертность	8,62	7,13	6,43		
3.	Коэффициент соотношений, %					

ИНВАЛИДНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ

Инвалидность представляет собой важный медико-социальный индикатор общественного здоровья, характеризующий уровень социально-экономического развития общества, экологическое состояние территории, качество проводимых профилактических мероприятий. Проблема инвалидности связана с различными аспектами социальной политики государства, она зависит от экономического, культурного уровня развития страны, менталитета общества.

С 1 января 2018 года введена в эксплуатацию федеральная государственная информационная система – федеральный реестр инвалидов. По данным федерального реестра инвалидов, по состоянию на 1 ноября 2018 года в Российской Федерации насчитывается 12,12 млн инвалидов, в том числе 643,1 тыс. детей-инвалидов

В реестре для каждого инвалида предоставлен доступ к «личному кабинету», в котором отражается информация обо всех денежных выплатах и других мерах социальной поддержки инвалидов

Среди них около 1,3 млн человек входят в I группу инвалидности, 6,3 млн — во II группу, 4,6 млн человек отнесены к III группе. Около 65% всех российских инвалидов, стоящих на учёте в Пенсионном фонде РФ, относятся к категории граждан старше трудоспособного возраста. 30% — люди трудоспособного возраста, среди которых наиболее многочисленная группа — это граждане в возрасте от 31 до 59 лет у мужчин и от 31 до 54 лет у женщин.

Средний размер назначенных пенсий по инвалидности составляет 11 972,9 рубля. Этот показатель является усреднённым, и в него включаются различные виды пенсий, размеры которых значительно варьируются: например, государственная пенсия по инвалидности в ряде случаев может составлять от 14 900 до 24 800 рублей, тогда как сумма социальной пенсии колеблется от 4215 до 9919 рублей в зависимости от группы инвалидности.

Переход от временной нетрудоспособности к инвалидности означает изменение не только в организме индивидуума, но и в системе «личность—общество». Наиболее существенными качественными изменениями, присущими инвалидности в системе «личность—общество», являются (в отличие от временной нетрудоспособности) нарушения процесса социализации, утрата части старых социальных связей, определяющих социальную стабильность личности.

Ежегодно впервые в жизни инвалидами признаются свыше 1,2 млн человек, причем 31% из них — лица трудоспособного возраста.

Для разработки комплекса мер по профилактике и снижению инвалидности на основе ее анализа применяются следующие статистические показатели:

показатель первичной инвалидности;
показатель структуры первичной инвалидности (по причинам, группам инвалидности);
показатель полной медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов.

Первичная инвалидность:

число лиц, впервые признанных инвалидами в течение года x 1000 / общая численность населения.

Структура первичной инвалидности (по заболеваниям, полу, возрасту и пр.):

число лиц, впервые признанных инвалидами в течение года по данному заболеванию x 1000 / общее число лиц, впервые признанных инвалидами в течение года.

Частота первичной инвалидности по группам инвалидности:

число лиц, признанных инвалидами I группы (II группы, III группы) x 1000 / общая численность населения.

первичной инвалидности характеризуется распространенностью среди населения случаев инвалидности, установленных впервые в данном году. В 2017 г. в Российской Федерации этот показатель составил 81,7 на 10 тыс. населения.

Показатель структуры первичной инвалидности (по причинам)

В структуре причин первичной инвалидности взрослого населения первое место занимают болезни системы кровообращения (44,6%), второе — злокачественные новообразования (17,6%), третье — болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (8,4%) . В структуре всех причин первичной инвалидности населения эти причины составляют более 70%.

Показатель структуры первичной инвалидности

(по группам) распределение инвалидов по группам.

В 2017 г. инвалиды первой группы составляли 10,7%, второй — 52,4%, третьей — 36,9%.

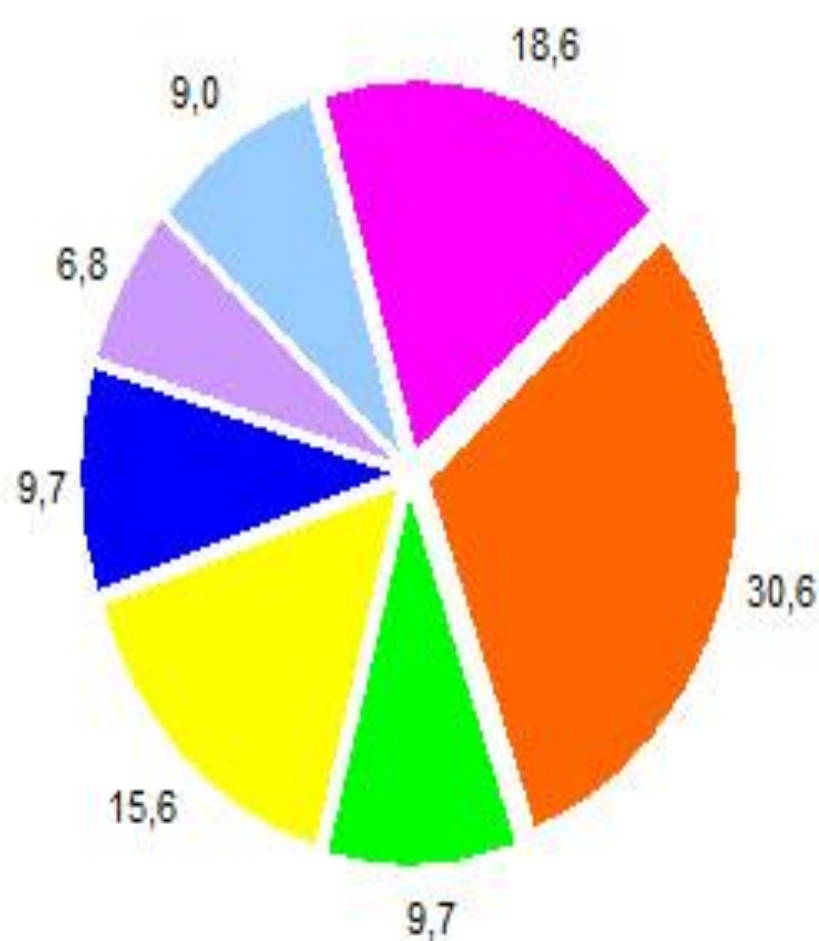
Показатель полной медицинской и профессиональной

реабилитации инвалидов позволяет оценить эффективность медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение стойкой утраты трудоспособности. Рекомендуемое значение этого показателя — 3–5%.

Структура причин инвалидности взрослого населения (процентов)



Структура причин инвалидности детей (процентов)



- врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения
- новообразования
- болезни нервной системы
- психические расстройства
- болезни костно-мышечной системы
- болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ
- другие

Реабилитация и абилитация инвалидов в 2018 году. Понятие реабилитации и абилитации инвалидов.

В чем различия между абилитацией и реабилитацией. Индивидуальная программа абилитации.

Федеральном законе от 01.12.2014 № 419 говорится о реабилитации и абилитации инвалидов, что это комплекс мероприятий, направленный на восстановление утраченных навыков и способностей, а также на поддержку в социальной сфере.

Прошедший курс реабилитации по своей индивидуальной программе гражданин сможет занять достойное место в обществе и самостоятельно поддерживать привычный уровень жизни. Цель мероприятий реабилитации и абилитации состоит в том, чтобы инвалиды могли успешно организовать свою жизнь в социуме, создать семью и найти работу.

АБИЛИТАЦИЯ:

Абилитация (от лат. *habilis* — удобный, приспособительный)

Комплекс мер (услуг), направленных на формирование новых и усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития больного и его семьи.

Абилитация направлена на совершенствование ресурсов его саморазвития, а также на развитие тех способностей, которые могли бы компенсировать имеющиеся у него недостатки.

Этапы реабилитации и абилитации:

Этап 1: Восстановительные медицинские мероприятия ;

Этап 2: Профессиональная ориентация;

Этап 3: Физкультурно-оздоровительные мероприятия;

Этап 4: Социальная адаптация;

Этап 5: Комплексная реабилитация.

Выделяют следующие основные виды реабилитации инвалидов.

Медицинская реабилитация — вид реабилитации, направленный на восстановление нарушенных функций или на проведение различных лечебных и корректирующих мероприятий, приспособабливающих инвалида к жизни и общественно полезной деятельности.

Психологическая реабилитация — вид реабилитации, направленный на выработку активной жизненной позиции и положительной трудовой установки у инвалида, в основном за счет средств психотерапии.

Профессиональная реабилитация
включает комплекс мероприятий по профессиональной ориентации, профессиональной подготовке и переподготовке, подбор соответствующей профессии, обеспечение условий труда, отвечающих состоянию здоровья, приспособление рабочего места к имеющемуся дефекту и т.д.

Соотношение инвалидности и числа зарегистрированных заболеваний на 100000 нас.

Группы заболеваний и показатели	2010	2015	2016	2017	2018
Все болезни					
1. Зарегистрировано заболеваний у пациентов	158 320,2	160 056,1	161 628,4		
2. Инвалидность	766	590	568		
3. Коэффициент соотношений, %	0,48	0,37	0,35		
Болезни системы кровообращения					
1. Зарегистрировано заболеваний у пациентов	22 706,3	23 232,3	23 617,5		
2. Инвалидность	300	188	177		
3. Коэффициент соотношений, %	1,32	0,81	0,75		
Болезни органов дыхания					
1. Зарегистрировано заболеваний у пациентов	37 933,0	38 612,1	40 055,2		
2. Инвалидность	19	12	12		
3. Коэффициент соотношений, %	0,05	0,03	0,03		
Новообразования					
1. Зарегистрировано заболеваний у пациентов	4093,1	4519,2	4723,1		
2. Инвалидность	156	181	181		
3. Коэффициент соотношений, %	3,81	4,01	3,83		
Туберкулез					
1. Число пациентов с активным туберкулезом, состоящих на учете в лечебно-профилактических организациях	177,5	129,1	121,3		
2. Инвалидность	22	15	14		

**Основные критерии при оценке
заболеваемости, утвержденные БПГГ
(более детально см. ПГГ)**

--доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в течение года;

--доля впервые выявленных заболеваний при профилактических медицинских осмотрах и диспансеризации лиц старше трудоспособного возраста в общем количестве впервые в жизни зарегистрированных заболеваний в

- доля лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, получающих антиретровирусную терапию;
- доля впервые выявленных случаев фиброзно-кавернозного туберкулеза в общем количестве выявленных случаев туберкулеза в течение года;
- доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 12 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда;
- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда, имеющих показания к его проведению;

--доля пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете с момента установления диагноза 5 лет и более, в общем числе пациентов со злокачественными новообразованиями, состоящих на учете;

--доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года;

--доля пациентов со злокачественными новообразованиями, выявленных активно, в общем количестве пациентов со злокачественными новообразованиями, взятых

Основная литература: Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / В.А. Медик, В.К. Юрьев. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 608 с.

ЭБС «Консультант студента»

2016. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437100.html>

2014. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430484.html>

2013. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970423776.html>

Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: руководство к практическим занятиям: учеб. пособие / В.А. Медик, Ю.П. Лисицын, М.С. Токмачев. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. 400 с.: ил.

ЭБС «Консультант студента»

Общественное здоровье и здравоохранение: рук. к практ. занятиям [Электронный ресурс]: учеб. пособие / В. А. Медик, В. И. Лисицин, М. С. Токмачев. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427224.html>

Дополнительная литература

Актуальные проблемы здравоохранения. Нормативное регулирование деятельности системы развития здравоохранения. Правила представления студентами презентаций по актуальным вопросам здравоохранения: уч.-метод. пособие / под ред. В.С. Лучкевича. СПб., 2015. 44 с. MOODLE Система дистанционного обучения СЗГМУ им. И. И. Мечникова. Методические пособия.

Актуальные проблемы и задачи здравоохранения РФ в области профилактики заболеваний. Нормативно-правовое обеспечение и организация медико-профилактической помощи населению. Центры здоровья: уч.-метод. пособие / под ред. В.С. Лучкевича. СПб., 2014. 40 с. MOODLE Система дистанционного обучения СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Методические пособия.

Анализ заболеваемости населения: уч.-метод. пособие / под ред. В.С. Лучкевича. СПб., 2015. 56 с. MOODLE Система дистанционного обучения СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Методические пособия.

Здоровый образ жизни как основа профилактики. Медико-социальное значение факторов риска важнейших заболеваний. Основные методы и формы пропаганды здорового образа жизни: уч.-метод. пособие / под ред. В.С. Лучкевича. СПб., 2015. 44 с. MOODLE Система дистанционного обучения СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Методические пособия.

ОБРАЗЦЫ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Задача.

Среди взрослого населения области в течение года зарегистрировано 458914 случаев заболеваний. Из них по поводу болезней органов дыхания было 171278 случаев обращений, некоторых инфекционных и паразитарных болезней — 38181, болезней мочеполовой системы — 29920, болезней системы кровообращения — 13830 случаев. Средняя численность взрослого населения области 1329,8 тыс. человек. Рассчитайте показатель общей заболеваемости населения, ее структуру. Дайте оценку заболеваемости отдельными классами заболеваний.

Решение:

1. Расчет интенсивных показателей. $\frac{458914}{1329800} \times 1000 = 345,10 \text{ ‰}$;

– показатель общей заболеваемости: $\frac{458914}{1329800} \times 1000 = 345,10 \text{ ‰}$;

– уровень болезней органов дыхания:

– уровень некоторых инфекционных и паразитарных болезней: $\frac{38181}{1329800} \times 1000 = 28,71 \text{ ‰}$;

– уровень болезней мочеполовой системы:

$$\frac{29920}{1329800} \times 1000 = 22,49 \text{ ‰};$$

– уровень болезней системы кровообращения:

$$\frac{13830}{1329800} \times 1000 = 10,40 \text{ ‰}.$$

2. Определение структуры

заболеваемости.

– удельный вес болезней органов дыхания:

$$\frac{171278}{458914} \times 100 = 37,32\%;$$

– удельный вес некоторых инфекционных и паразитарных болезней:

$$\frac{38181}{458914} \times 100 = 8,32\%;$$

– удельный вес болезней мочеполовой системы:

$$\frac{29920}{458914} \times 100 = 6,52 \text{ ‰};$$

– удельный вес болезней системы кровообращения:

$$\frac{13830}{458914} \times 100 = 3,01\%;$$

– удельный вес прочих заболеваний:

$$\frac{205705}{458914} \times 100 = 44,83\%.$$

Выводы.

1. Общая заболеваемость населения составила 345,1 ‰ — это низкий уровень (промиле).
2. Анализ заболеваемости отдельными классами болезней показал, что выявлен наиболее высокий уровень заболеваний органов дыхания (128,79 ‰). Второе место занимают некоторые инфекционные и паразитарные болезни (28,71 ‰), третье место — болезни мочеполовой системы (22,49 ‰).
3. В структуре заболеваемости населения наибольшую долю составили болезни органов дыхания (37,32%), далее следовали некоторые инфекционные и паразитарные болезни (8,32%), болезни мочеполовой системы (6,52%) и болезни системы кровообращения (3,01%).

Решить ситуационные задачи

Задача 15. В 2014 г. число случаев заболеваний с ВУТ работающих машиностроительного предприятия составило 5750, а число календарных дней временной нетрудоспособности по болезни — 47210. Вычислите показатели ЗВУТ, если среднегодовая численность рабочих на заводе составила 5250 человек.

Задача 17. В поликлинике, обслуживающей 90000 человек взрослого населения, в течение года было зарегистрировано 21210 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний. Из них вирусный гепатит составил 18900 случаев, кишечные инфекции — 840, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем — 1260, прочие инфекции — 210 случаев. Рассчитайте структуру и уровень заболеваемости (как общий показатель заболеваний, так и по отдельным нозологическим формам).

Задача 16. При изучении заболеваемости 500 студентов старших курсов в 2014 г. выявлено 275 случаев заболеваний. Из них болезни органов дыхания составили 165 случаев, болезни органов системы кровообращения — 20, болезни нервной системы — 30, болезни органов пищеварения — 45 случаев. Зарегистрировано 2550 дней нетрудоспособности. В течение года ни разу не болели 320 человек, более 4 раз болели 12 человек. Вычислите все возможные показатели для характеристики заболеваемости студентов.

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ

1. Понятие о здоровье населения.
2. Понятие заболеваемость, первичная заболеваемость, болезненность, патологическая пораженность.
3. Виды заболеваемости.
4. Показатели заболеваемости.
5. Методика учета заболеваемости.
6. Современное состояние и тенденции заболеваемости населения России.
7. Международная классификация болезней.
8. Учетные и отчетные формы документов для учета и анализа заболеваемости.

Спасибо
за
внимание!