

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

ПРИНЯТО

Ученым советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ»
Минздрава России

Протокол № 11
от «25» декабря, 2024 г.

Ученый секретарь д.м.н, доцент
В.В. Люцко

УТВЕРЖДАЮ

Директор ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава
России, доктор медицинских наук,
профессор

О.С. Кобякова
25 декабря 2024 г.



**ОСОБЕННОСТИ УЧЕТА
ЗАБОЛЕВАНИЙ В СТАТИСТИКЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И
СМЕРТНОСТИ, В ТОМ ЧИСЛЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19**

Учебное пособие № 14-24

г. Москва - 2024

УДК 614.2
ББК 51.1

Организация-разработчик: ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Составители: Вайсман Д.Ш., Ступак В.С., Енина Е.Н., Маношкина Е.М.
Под редакцией д.м.н., профессора, академика РАН В.И. Стародубова

Рецензенты:

Кораблев Владимир Николаевич - доктор медицинских наук, кандидат экономических наук, профессор, заведующий кафедрой организации здравоохранения и медицинского права, КГБОУ ДПО "Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения" Минздрава Хабаровского края

Шкатова Елена Юрьевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой безопасности жизнедеятельности, медицина катастроф, медицина чрезвычайных ситуаций, общественное здоровье и здравоохранение ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России

Особенности учета заболеваний в статистике заболеваемости и смертности, в том числе в период пандемии COVID-19. Учебное пособие / Вайсман Д.Ш., Ступак В.С., Енина Е.Н., Маношкина Е.М. - М.: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. – 2024. – 52 с.

В учебном пособии изложены базовые вопросы формирования статистики заболеваемости и смертности, методология расчета показателей заболеваемости и смертности, а также представлены формулы расчета демографических показателей и основных показателей заболеваемости по данным форм федерального статистического наблюдения. Представлены особенности статистического учета инфекционных заболеваний в медицинских организациях.

Учебное пособие предназначено для врачей всех клинических специальностей, врачей-статистиков, врачей-методистов, организаторов здравоохранения, преподавателей и студентов медицинских ВУЗов и средних учебных заведений.

Рекомендовано научно-экспертным советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России (Протокол № 36 от 12 декабря 2024 г.)

Рекомендовано в качестве учебного пособия Ученым советом ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России Протокол № 11 от 25 декабря 2024 г. (регистрационный № 14-24).

ISBN
DOI

© Вайсман Д.Ш., Енина Е.Н., Ступак В.С., Маношкина Е.М.

©ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

СОДЕРЖАНИЕ

	Список условных сокращений	4
	Введение	5
1	Заболееваемость и её значение для системы здравоохранения.	6
2	Регистрация и учет случаев заболевания	6
2.1.	Формы и виды заболеваемости	6
2.2.	Методика учета заболеваемости	10
3	Основные учетные и отчетные формы в статистике заболеваемости	15
4	Расчет основных показателей заболеваемости	18
5	Особенности динамики показателей общей и первичной заболеваемости взрослого населения в Российской Федерации и в федеральных округах в 2019-2023 гг.	20
6	Смертность и ее значение для системы здравоохранения	23
7	Регистрация и учет случаев смерти	24
7.1.	Система учета случаев смерти в Российской Федерации	24
7.2.	Основные правила формирования статистики смертности	26
8	Расчет основных коэффициентов смертности	28
9	Особенности динамики показателей общей и первичной заболеваемости взрослого населения в Российской Федерации и в федеральных округах в 2019-2023 гг.	29
10	Особенности организации учета инфекционной заболеваемости	32
11	Особенности динамики показателей общей заболеваемости взрослого населения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в Российской Федерации и в федеральных округах в 2020-2023 гг.	41
	Заключение	47
	Тестовые задания	47
	Эффективность внедрения	56
	Список литературы	56
	Приложения. Перечень нормативных документов, регламентирующие формирование данных для статистики заболеваемости и смертности	59

Список условных сокращений

РФ	–	Российская Федерация
ФЗ	–	Федеральный Закон
МКБ-10	–	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра
ФФСН	–	форма федерального статистического наблюдения
ВМР	–	временные методические рекомендации
МР	–	методические рекомендации
МИС	–	медицинская информационная система
ЦФО	–	Центральный федеральный округ
СЗФО	–	Северо-Западный федеральный округ
ЮФО	–	Южный федеральный округ
СКФО	–	Северо-Кавказский федеральный округ
ПФО	–	Приволжский федеральный округ
УФО	–	Уральский федеральный округ
СФО	–	Сибирский федеральный округ
ДВФО	–	Дальневосточный федеральный округ
СанПиН	–	санитарные правила и нормы
МУ	–	методические указания
свидетельство	–	медицинское свидетельство о смерти

Введение

Актуальность. Заболеваемость и смертность населения являются важнейшими составляющей комплексной оценки состояния здоровья населения страны. В настоящее время в анализе заболеваемости и смертности нуждаются все уровни управленческой системы.

Благодаря изучению заболеваемости определяются не только потребности населения в различных видах медицинской помощи, но и прогнозируется развитие сети медицинских организаций. На основании анализа заболеваемости оценивается результативность всей системы здравоохранения, выявляются её слабые и сильные стороны, что позволяет скорректировать работу отдельных служб медицинской помощи населению конкретно в каждом субъекте РФ. Но в первую очередь эти данные необходимы органам управления здравоохранением как для оперативного руководства, перспективного и текущего планирования, так и для совершенствования отдельных медицинских организаций и системы здравоохранения в целом.

Пандемия COVID-19, начавшаяся в 2020 г., внесла свои коррективы в формирование показателей заболеваемости и смертности как в целом по РФ, так и по отдельным субъектам РФ. В 2020-2022гг. в Российской Федерации санитарно-эпидемиологическое благополучие населения определялось эпидемической ситуацией и глобальным вызовом, связанным с новой коронавирусной инфекцией, распространившейся вне зависимости от границ государств в 2020г. В связи с этим, высокий интерес исследователей вызывает изучение заболеваемости и смертности, их основных тенденций, от различных классов болезней. Для здравоохранения в разных странах наиболее важным при проведении мониторинга COVID-2019 является получение достоверных статистических данных о ситуации по заболеваемости и смертности, связанной с COVID-19. При разработке учебного пособия, были использованы: «Международная статистическая

классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра» (далее – МКБ-10), обновления ВОЗ по COVID-19, а также «Международные методические рекомендации по удостоверению и кодированию COVID-19 в качестве причины смерти».

1. Заболеваемость и ее значение в системе здравоохранения

Заболеваемость – это один из основных показателей здоровья населения, заболеваемость – это и различные статистические показатели.

Данные о заболеваемости населения необходимы для:

- оперативного руководства деятельностью медицинских организаций;
- оценки эффективности оказания медицинской помощи населению;
- оценки выявленных факторов риска различных заболеваний и оценки состояния здоровья населения;
- планирования объема профилактических осмотров;
- определения контингентов для диспансерного наблюдения, госпитализации, санаторно-курортного лечения и др.;
- текущего и перспективного планирования кадров, сети и различных вспомогательных служб;
- анализа динамики и прогноза заболеваемости.

2. Регистрация и учет случаев заболевания

2.1. Формы и виды заболеваемости.

Изучают следующие виды заболеваемости:

- общая заболеваемость (болезненность, распространенность) – это совокупность всех зарегистрированных заболеваний, как впервые возникших, так и ранее существовавших при первичном обращении в календарном году;
- первичная заболеваемость – это совокупность всех зарегистрированных заболеваний, впервые возникших при первичном обращении в календарном году;

- патологическая пораженность – это совокупность болезней и патологических состояний, выявленных путём активных медицинских осмотров населения;

- госпитализированная заболеваемость – это совокупность болезней лиц, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях в календарном году;

- заболеваемость с временной утратой трудоспособности – это совокупность случаев и дней болезней работающих лиц, которые послужили причиной потери трудоспособности, возникших при обращении в календарном году;

- заболеваемость отдельными болезнями (инфекционными, неинфекционными, травмами и др.) входит в структуру заболеваемости и подразделяется на: общую, первичную, госпитализированную и т.д.;

- заболеваемость по данным о причинах смерти – это заболеваемость по данным о причинах смерти.

Изучение заболеваемости проводится в рамках статистического наблюдения.

Статистическое наблюдение в сфере здравоохранения представляет собой сбор первичных статистических данных субъектами официального статистического учета и осуществляется в рамках официального статистического учета.

Официальный статистический учет в здравоохранении направлен на проведение в соответствии с официальной статистической методологией федеральных и отраслевых статистических наблюдений, включая обработку данных, полученных в результате этих наблюдений, и осуществляемый в целях формирования официальной статистической информации в соответствии с формами федерального и отраслевого статистического наблюдения, утверждаемыми в установленном порядке.

Принципами статистического учета, как части статистического наблюдения в здравоохранении, являются:

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

- применение научно обоснованной официальной статистической методологии, соответствующей международным стандартам и принципам официальной статистики, а также законодательству Российской Федерации, открытость и доступность такой методологии;

- рациональный выбор источников в целях формирования официальной статистической информации для обеспечения ее полноты, достоверности и своевременности предоставления;

- обеспечение возможности формирования официальной статистической информации по Российской Федерации в целом, по субъектам Российской Федерации;

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

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

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

Статистическое наблюдение в сфере здравоохранения, статистический учет являются частью системы государственной статистики - государственной федеральной информационной статистической системы, представляющей собой совокупность позволяющих осуществлять официальный статистический учет первичных статистических данных и

административных данных, формируемой на их основе в соответствии с официальной статистической методологией официальной статистической информации и обеспечивающих формирование такой информации информационных технологий и технических средств.

Официальная статистическая методология включает в себя:

- методы сбора, контроля, редактирования, сводки и группировки первичных статистических данных и административных данных;
- методы оценки точности официальной статистической информации;
- методы систематизации официальной статистической информации.

Официальная статистическая информация представляет собой сводную агрегированную документированную информацию о количественной стороне явлений и процессов в здравоохранении в соответствии с официальной статистической методологией.

Первичные статистические данные - документированная информация по формам федерального и отраслевого статистического наблюдения, информация, документируемая непосредственно в ходе федерального и отраслевого статистического наблюдения и административные данные субъектов официального статистического учета.

Статистическое наблюдение осуществляется путем сбора данных о состоянии здоровья населения и здравоохранения с целью получения первичной медико-статистической информации, утверждаемой Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Сбор данных для проведения статистического наблюдения осуществляется сплошным или выборочным способом, при котором используются учетные формы медицинской статистической документации, утверждаемые Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Способ проведения статистического наблюдения (сплошное наблюдение проводится в отношении всех субъектов (объектов) изучаемой совокупности, выборочное наблюдение проводится в отношении отдельных субъектов (объектов) изучаемой совокупности на основе представительной

(репрезентативной) выборки, полно и адекватно отражающей свойства изучаемой совокупности) определяется Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Полученная медико-статистическая информация обобщается и представляется в различных форматах (таблицы, диаграммы, графики и т.д.), а также используется для составления форм федерального и отраслевого статистического наблюдения.

Обобщение медико-статистической информации проводится путем суммирования однородных субъектов (объектов) изучаемой совокупности ручным или автоматизированным способом с применением средств вычислительной техники и медицинских информационных систем (далее – МИС), после чего проводится анализ (сравнение в динамике, выявление тенденций, закономерностей) полученных результатов.

2.2. Методика учета заболеваемости

Для обеспечения статистического учета в бумажной или электронной форме первичной медицинской документации диагноз должен быть записан полностью, без сокращений и аббревиатур.

При формулировании заключительного клинического диагноза, он должен быть разбит на разделы:

1. основное заболевание;
2. осложнения основного заболевания;
3. внешняя причина (при травмах и отравлениях);
4. другие заболевания: конкурирующие, фоновые, сопутствующие (при наличии).

Основным считается то заболевание, которое само по себе или через свои осложнения явилось поводом для обращения за медицинской помощью, либо стало причиной госпитализации. При наличии более одного заболевания, «основным» считают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных медицинских ресурсов (МКБ-10, том 2, с.

107), либо, в соответствии с правилом МВ1 (правила МКБ-10): при наличии нескольких заболеваний в качестве основного должно быть выбрано более тяжелое состояние (МКБ-10, том 2, с. 118).

Следует отметить, что МКБ-10 не является образцом для формулирования клинического диагноза, а служит только для его формализации.

В формулировке диагноза обязательно должен содержаться нозологический компонент в терминах МКБ-10, диагноз должен быть достаточным и сформулирован так, чтобы его можно было перевести в международный статистический код, используемый в дальнейшем для извлечения статистических данных.

Недопустимо в качестве диагноза применять названия классов, блоков и групп болезней (например, «ишемические болезни сердца», «цереброваскулярные болезни», «общий атеросклероз» и т.д.). Диагноз не должен содержать формулировок статистических групп болезней, таких как «другие уточненные болезни» и пр. Клинический диагноз нельзя подменять перечислением синдромов или симптомов болезни. Проявления болезней в формулировку основного заболевания не включают.

Диагноз может содержать различные дополнительные клинические характеристики, что не противоречит правилам статистического учета.

Выбор «основного состояния» в статистике заболеваемости, а также кодирование заболеваний является обязанностью лечащего врача. Практикующий врач, при оформлении документации на каждый случай, или эпизод оказания медицинской помощи, должен, прежде всего, выбрать «основное» состояние для регистрации, а также записать осложнения и другие заболевания.

Каждая «нозологическая» диагностическая формулировка должна быть по возможности более информативной, чтобы более точно классифицировать состояние соответствующей рубрикой МКБ.

Если к концу эпизода медицинской помощи точный диагноз не был установлен, то следует регистрировать ту информацию, которая в наибольшей степени позволяет составить наиболее правильное и точное представление о состоянии, по поводу которого проводилось лечение или обследование.

«Основное» состояние и «другие» состояния, относящиеся к данному эпизоду медицинской помощи, должен указывать лечащий врач, и кодирование в таких случаях не представляет трудностей, поскольку для кодирования и обработки данных следует взять обозначенное «основное» состояние.

Если у врача-статистика, врача-методиста или медицинского статистика возникают сложности при проверке выбора и кодирования врачом «основного» состояния, т.е. имеется медицинский документ с явно несовместимым или неправильно записанным «основным» состоянием, его следует возвращать врачу для уточнения. Если сделать это невозможно, применяют специальные правила, изложенные в томе 2 МКБ-10 2016 года¹ (раздел 4.4.3).

Всегда должны быть записаны «другие» состояния или заболевания, относящиеся к эпизоду медицинской помощи, в дополнение к «основному» состоянию даже в случае анализа заболеваемости по единичной причине, так как эта информация может оказать помощь при выборе правильного кода для «основного» состояния.

Диагноз для статистического учета в статистике заболеваемости должен быть выставлен в конце каждого эпизода оказания медицинской помощи. Диагноз устанавливается на основании типичных жалоб, анамнеза, объективных данных и данных дополнительных методов обследования (функциональных, инструментальных, лабораторных). В медицинской

¹ https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_en_2016.pdf

документации обязательно отражается обоснование установленного диагноза.

При оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях диагноз должен быть установлен по результатам явки (посещения) пациента к медицинскому работнику (врачу, среднему медицинскому персоналу, ведущего самостоятельный прием) при достижении цели обращения. При оказании медицинской помощи в условиях круглосуточного стационара диагноз заключительный клинический (посмертный) диагноз формируется по завершению госпитального эпизода оказания медицинской помощи.

В статистике регистрируются только заключительные диагнозы, записанные в пунктах 32-34 Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях (учетная форма № 025-1/у). Следовательно, в Талоне должны быть указаны все сведения из:

- учетной формы № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»,
- выписного (посмертного эпикриза) эпикриза (раздел медицинской карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара (учетную форму №003/у),
- индивидуальной медицинской карты беременной и родильницы (учетная форма №111/у-20),
- истории развития ребенка (учетная форма №112/у),
- карты учета диспансеризации (профилактического медицинского осмотра) (учетная форма № 131/у)
- других медицинских документов профильных служб,
- медицинского свидетельства о смерти (учетная форма №106/у),
- медицинского свидетельства о перинатальной смерти (учетная форма №106-2/у).

Заболевания, указанные в Карте вызова скорой медицинской помощи (учетная форма № 110/у), а также предварительные диагнозы на всех этапах

оказания медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических и условиях круглосуточного и дневного стационара не подлежат учету в статистике заболеваемости.

Важно помнить, что правильно заполненная медицинская документация необходима для качественной организации медицинской помощи и является одним из ценных источников эпидемиологической и иной статистической информации о заболеваемости.

Контроль качества ведения первичной медицинской документации, в том числе в части правильности формирования и кодирования диагноза, осуществляется в рамках ведомственного и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 787н «Об утверждении порядка организации и проведения ведомственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности», Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»). Министерство здравоохранения рекомендует руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, Федерального медико-биологического агентства, федеральных государственных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения России, обеспечить введение унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного и круглосуточного пребывания, в том числе в форме электронных документов, подписанных с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи согласно порядков по их заполнению. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 10 мая 2017 г. № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи» регламентирует обязательность заполнения всех разделов, предусмотренных учетной формой; установление

клинического диагноза в течение 10 дней с момента обращения за амбулаторно-поликлинической помощью; установление клинического диагноза при поступлении пациента по экстренным показаниям не позднее 24 часов с момента поступления пациента в профильное отделение и клинического диагноза в течение 72 часов с момента поступления пациента в профильное отделение (дневной стационар) медицинской организации. Формирование выписного (посмертного) эпикриза (далее - эпикриз) является обязательным этапом оформления медицинской документации. Эпикриз должен быть направлен в медицинскую организацию по месту прикрепления пациента для учета случая заболевания и формирования последующих этапов оказания медицинской помощи (реабилитация, диспансерное наблюдение).

Регистрация заболеваемости производится на основании учетных форм.

3. Основные учетные и отчетные формы для регистрации заболеваемости и смертности

К основным видам учетной первичной медицинской документации, используемым медицинскими организациями в статистике заболеваемости и смертности относятся:

«Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (Карта) – учетная форма № 025/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 № 36160);

«Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (Талон) – учетная форма № 025-1/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в

медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 № 36160);

«Контрольная карта диспансерного наблюдения» (Контрольная карта) – учетная форма № 030/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.12.2014 № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 № 36160);

«Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара» (Медкарта) – учетная форма № 003/у, утвержденная приказом Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения»;

«Статистическая карта выбывшего из стационара» (Статкарта) – учетная форма № 066/у, утвержденная приказом Минздрава России от 05.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения»;

«Протокол патолого-анатомического вскрытия» – учетная форма № 013/у, утвержденная приказом Минздрава России от 06.06.2013 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.12.2013 № 30612);

«Акт судебно-медицинского исследования трупа» – учетная форма № 171/у, утвержденная приказом Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 «Об

утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения»;

«Медицинское свидетельство о смерти» (Свидетельство) – учетная форма № 106/у, утвержденная приказом Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи смерти, и порядка их выдачи» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697).

К основным видам отчетной медицинской документации, используемым медицинскими организациями в статистике заболеваемости и смертности, относятся:

«Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» – ФФСН № 12, утвержденная приказом Росстата от 18.12.2020 № 812 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (Форма № 12);

«Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях» – ФФСН № 14, утвержденная приказом Росстата от 18.12.2020 № 812 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (Форма № 14);

«Сведения о причинах временной нетрудоспособности» – ФФСН № 16-вн, утвержденная приказом Росстата от 27.12.2022 № 985 (ред. от 25.12.2023) «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации

Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (ФФСН №16-вн).

4. Расчет основных показателей заболеваемости

В таблице 1 представлены формулы расчета показателей заболеваемости.

Таблица 1

Расчет и источник информации показателей заболеваемости

№	Название показателей	Расчет показателей	Источник информации
<i>Заболеваемость населения</i>			
1.	Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) населения (всего, детей, взрослых)	$\frac{\text{Абсолютное число всех зарегистрированных заболеваний (всего, детей, взрослых)}}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)}} \times 1000$	ФФСН №12, табл. № 1000, 2000, 3000; Росстат
2.	Первичная заболеваемость населения (всего, детей, взрослых)	$\frac{\text{Абсолютное число всех зарегистрированных заболеваний (всего, детей, взрослых) с диагнозом, установленным впервые в жизни}}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)}} \times 1000$	ФФСН №12, табл. №1000, 2000, 3000; Росстат
3.	Структура заболеваемости (общей, первичной) (в %)	$\frac{\text{Абсолютное число отдельных зарегистрированных заболеваний}}{\text{Общее число всех заболеваний}} \times 100$	ФФСН №12, табл. №1000, 2000, 3000 Росстат
3.1.	Структура заболеваемости инфекционными болезнями (общей, первичной) (в %)	$\frac{\text{Абсолютное число отдельных зарегистрированных инфекционных заболеваний}}{\text{Общее число всех инфекционных заболеваний}} \times 100$	ФФСН №12, табл. №1000, 2000, 3000 Росстат
4.	Общая заболеваемость населения отдельными заболеваниями (всего, детей, взрослых)	$\frac{\text{Абсолютное число отдельных зарегистрированных заболеваний (всего, детей, взрослых)}}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)}} \times 1000$	ФФСН №12, табл. №1000, 2000, 3000 Росстат
5.	Первичная заболеваемость отдельными заболеваниями (всего, детей, взрослых)	$\frac{\text{Абсолютное число отдельных зарегистрированных заболеваний (всего, детей, взрослых) с диагнозом, установленным впервые в жизни}}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)}} \times 1000$	ФФСН №12, табл. №1000, 2000, 3000 Росстат
6.	Патологическая пораженность (всего, детей, взрослых)	$\frac{\text{Абсолютное число всех зарегистрированных заболеваний (всего, детей, взрослых) с диагнозом, установленным впервые в жизни, при проведении профилактических мероприятий}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$	ФФСН №12, табл. №1000, 2000, 3000 Росстат

№	Название показателей	Расчет показателей	Источник информации
		(всего, детей, взрослых)	
7.	Госпитализированная заболеваемость	$\frac{\text{Абсолютное число выбывших (выписанные + умершие) (всего, детей, взрослых)}}{\text{Среднегодовая численность населения (всего, детей, взрослых)}} \times 1000$	ФФСН №14, табл. №2000 Росстат
7.	Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности		
7.1	Число случаев на 100 работающих	$\frac{\text{Число случаев временной нетрудоспособности}}{\text{Число работающих}} \times 100$	ФФСН № 16-ВН, табл. № 1000
7.2	Число дней на 100 работающих	$\frac{\text{Число дней временной нетрудоспособности}}{\text{Число работающих}} \times 100$	ФФСН № 16-ВН, табл. № 1000
7.3	Средняя продолжительность одного случая	$\frac{\text{Число дней временной нетрудоспособности}}{\text{Число случаев временной нетрудоспособности}}$	ФФСН № 16-ВН, табл. № 1000

Среднегодовая численность населения рассчитывается как средняя арифметическая из численности населения на начало данного и начало следующего года (Росстат).

Источником информации для расчета показателя по данным ФФСН №12 является значение по графам с названием:

«Зарегистрировано заболеваний, всего» для показателя *Общая заболеваемость (распространенность, болезненность) населения;*

«Зарегистрировано заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом» для показателя *Первичная заболеваемость населения (всего, детей, взрослых);*

«Зарегистрировано заболеваний, из заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом выявлено при профосмотре» и «Зарегистрировано заболеваний, из заболеваний с впервые в жизни установленным диагнозом выявлено при диспансеризации определенных групп взрослого населения» для показателя *Патологическая пораженность (всего, детей, взрослых).*

Пример расчета показателя:

Показатель общей заболеваемости взрослого населения:

Всего зарегистрировано случаев заболевания взрослого населения –
1 982 576 случаев (ФФСН 12, таблица 3000, графа 4).

Численность взрослого населения на 01 января отчетного года –
826 257 человек (данные Росстат).

Численность взрослого населения на 01 января следующего года –
825 482 человек (данные Росстат).

Расчет:

$$1. \text{ Среднегодовая численность населения} = \frac{(\text{численность населения на } 01.01. \text{ отчетного года} + \text{численность населения на } 01.01. \text{ следующего года})}{2}$$

Среднегодовая численность населения:

$$(826\ 257 + 825\ 482) / 2 = 825\ 869$$

$$2. \text{ Показатель общей заболеваемости взрослого населения} = \frac{\text{Абсолютное число всех зарегистрированных заболеваний взрослого населения}}{\text{Среднегодовая численность взрослого населения}} \times 1000$$

Показатель общей заболеваемости взрослого населения:

$$1\ 982\ 576 / 825\ 869 \times 1000 = 2400,6$$

Таким образом, показатель общей заболеваемости взрослого населения составляет 2400,6 на 1000 соответствующего населения.

5. Особенности динамики показателей общей и первичной заболеваемости взрослого населения в Российской Федерации и в федеральных округах в 2019-2023 гг.

Анализ первичной заболеваемости в 2019-2023 гг. показал, что уровень впервые выявленной заболеваемости среди взрослого населения в целом в Российской Федерации вырос на 9,5% (с 54878,9 на 100 тыс. взрослого населения в 2019 г. до 60095,4 в 2023 г.) в основном за счет годового прироста в 2021 г. (12,9%). В годы пандемии COVID-19 показатель первичной заболеваемости у взрослого населения на территории РФ составил: 57998,6 на 100 тыс. населения в 2020 г., 65631,9 на 100 тыс. населения в 2021 г. и 67438,1 на 100 тыс. населения в 2022 г. Годовые приросты составили: в 2020 г. – 5,7%, в 2021 г. – 12,9%, в 2022 г. - 2,8%, в 2023 г.- убыль на 10,9%. В то же время в период до пандемии с 2016 до 2019 гг. годовой прирост не превышал 1%.

Изучение первичной заболеваемости в субъектах РФ демонстрирует достаточно большой разброс в уровнях заболеваемости. Максимальные показатели первичной заболеваемости по всем классам заболеваний в 2023г. выявлены в Ямало-Ненецком АО (100323,2 на 100 тыс. взрослого населения), Республике Карелия (98948,8 на 100 тыс. взрослого населения) и Орловской области (91393,2 на 100 тыс. взрослого населения), а минимальные – в Республике Ингушетия (31604,6 на 100 тыс. взрослого населения), Кабардино-Балкарской Республике (33208,9 на 100 тыс. взрослого населения) и в г. Севастополе (35115,7 на 100 тыс. взрослого населения). Различие показателя между максимальными (Ямало-Ненецкий АО) и минимальными (Республика Ингушетия) значениями составило 3,1 раза.

Рост первичной заболеваемости в 2019-2023гг. наблюдается в 69 субъектах РФ, что составляет 81,2% от общего числа субъектов. Что касается анализа темпов прироста, то лидерами среди всех субъектов являются: Калужская область (прирост на 39,1%), Ставропольский край (на 32,3%), Новосибирская область (на 30,1%), Курская область (на 29,5%), Республика Карелия (на 28,6%). Убыль ВВЗ наблюдалась в 16 регионах, что составило 18,8%. Максимальная убыль показателя первичной заболеваемости отмечена

в Ненецком АО (на 12,4%), Ивановкой области (на 11,4%), Республике Калмыкия (на 10,4%).

Анализ общей заболеваемости в целом по РФ за 2019-2023 гг. показал, что в 2023 г. в возрастной группе «взрослое население от 18 лет и старше» величина данного показателя составила 158 745,6 на 100 тыс. соответствующего населения, что на 5,4% больше, чем в 2019 г. По сравнению с предыдущим 2022 г. – отмечена убыль показателя на 0,7%. При сравнении тенденций динамики показателей общей и впервые выявленной заболеваемости в 2020 г. (начало пандемии) выявлены разнонаправленные изменения: снижение общей заболеваемости на 2,7% и рост первичной заболеваемости на 5,7%, однако уже в 2021 г. отмечен рост как общей, так и впервые выявленной заболеваемости. В 2022г. тенденция к росту показателей сохранялась, а с 2023г. наметилась тенденция к снижению обоих показателей.

Максимальные уровни общей заболеваемости в 2023 г. наблюдались в Алтайском крае (255 903,6 на 100 тыс. взрослого населения), Республике Карелия (251 092,1), г. Санкт-Петербурге (233 952,4 на 100 тыс. взрослого населения), Республике Коми (226943,1 на 100 тыс. взрослого населения), Ямало-Ненецком АО (218294,8 на 100 тыс. взрослого населения). Минимальный уровень общей заболеваемости зарегистрирован в Еврейской автономной области (92 024,5 на 100 тыс. взрослого населения), Кабардино-Балкарской Республике (94 371,1 на 100 тыс. взрослого населения), в Республике Ингушетия (96 808,4 на 100 тыс. взрослого населения), Чеченской Республике (102214,3 на 100 тыс. взрослого населения), Республике Тыва (102928,4 на 100 тыс. взрослого населения). Регионы по уровню максимальных и минимальных значений общей заболеваемости различались в 2,8 раза (Алтайский край по сравнению с Еврейской автономной областью).

Рост общей заболеваемости наблюдается в 63 субъектах РФ, что составляет 74,1% от общего числа субъектов. Убыль показателя отмечен в 22

субъектах, что составляет 25,9% от числа всех регионов. В результате исследования были выделены субъекты РФ с максимальными темпами прироста/убыли показателя общей заболеваемости.

6. Смертность и её значение для системы здравоохранения

Смертность – важнейший демографический процесс, участвующий в формировании естественного движения населения и влияющий на продолжительность жизни.

Коэффициент смертности – это число смертей по отношению к численности населения. Различают общие коэффициенты, коэффициенты по причинам смерти, коэффициенты материнской, перинатальной, младенческой, детской смертности.

Коэффициенты смертности следует отличать от показателей летальности, или смертельности, которые представляют собой число умерших от какой-либо болезни к числу всех болевших этой болезнью, выраженное в процентах.

Уровень коэффициентов смертности зависит от образа жизни каждого человека, от социально-экономических условий, от организации и доступности медицинской помощи.

Оценка уровня коэффициента смертности используется для определения политики в здравоохранении, для разработки и оценки эффективности программ в области общественного здоровья, для анализа заболеваемости, для изучения структуры смертности и влияний на нее факторов внешней среды.

В современных условиях одной из важных первостепенных задач для экономики является изучение медико-демографических процессов и, прежде всего, смертности, как одного из наиболее надежных и достоверных показателей состояния здоровья населения.

7. Регистрация и учет случаев смерти

7.1. Система учета случаев смерти в Российской Федерации

Регистрация случаев смерти производится в соответствии со статьей 64 Федерального закона от 15.11.1997 № 143-ФЗ (ред. от 02.07.2021).

Информация из медицинского свидетельства о смерти (учетная форма №106/у и 106-2/у) вводится в Единый государственный реестр записей актов гражданского состояния (ЕГР ЗАГС), который представляет собой систематизированный свод документированных сведений в электронной форме.

После регистрации факта смерти, органы ЗАГС выдают родственникам «Свидетельство о смерти» государственного образца, которое не содержит сведений о причинах смерти (Приказ Минюста России от 13.08.2018 № 167 (ред. от 09.08.2023) "Об утверждении форм бланков свидетельств о государственной регистрации актов гражданского состояния и Правил заполнения форм бланков свидетельств о государственной регистрации актов гражданского состояния" (Зарегистрировано в Минюсте России 15.08.2018 №51901)).

Предоставление сведений, содержащихся в Единый государственный реестр записей актов гражданского состояния (ЕГР ЗАГС), производится территориальным органам федерального органа исполнительной власти, осуществляющего функции по формированию официальной статистической информации о социальных, экономических, демографических, экологических и других общественных процессах в Российской Федерации (Росстат). Данные о смертности необходимы как для анализа демографических тенденций, так и для разработки демографических прогнозов. Последние, используются практически во всех сферах деятельности: для планирования развития системы образования, здравоохранения, для реализации программ социальной защиты, для производства товаров и услуг для различных групп населения.

В соответствии с пунктом 1 раздела I «Положения о Федеральной службе государственной статистики», утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 июня 2008 г. № 420 «Федеральная служба государственной статистики (Росстат) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по формированию официальной статистической информации о социальных, экономических, демографических, экологических и других общественных процессах в Российской Федерации, а также в порядке и случаях, установленных законодательством Российской Федерации, по контролю в сфере официального статистического учета».

Таким образом, разработки показателей смертности и причин смерти относятся к полномочиям Росстата.

Росстат предоставляет данные по смертности в формате таблиц и аналитических справочников. Структура сведений в разработках основывается на рекомендациях ВОЗ, которые включены в МКБ-10. Основными таблицами для анализа данных по статистике смертности в регионах страны являются таблицы С51 «Разработки по причинам смерти включают распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти (368 групп)» и С52 «Смертность населения по причинам смерти (показатели на 100 тыс. населения)». Разработки ведутся также по перинатальной смертности (мертворождения и живорождения), младенческой и материнской смертности, а также по причинам смерти по отдельным классам и рубрикам МКБ-10.

Регионы обеспечиваются Росстатом статистической информацией, как правило, в соответствии с планом Федеральных статистических работ.

7.2. Основные правила формирования статистики смертности

Статистика причин смерти основана на концепции «первоначальной причины смерти», которая была одобрена на Международной конференции по Шестому пересмотру МКБ в Париже в 1948 году (МКБ-10, т. 2, стр. 34).

Первоначальная причина смерти – это:

- болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти
- обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму

Это определение продиктовано тем, что, выстроив цепь событий, приведших к смерти, можно в ряде случаев повлиять на нее, с целью предотвращения смерти.

При оформлении медицинских свидетельств о смерти для получения достоверной и международно-сопоставимой статистики смертности необходимо соблюдать определенные правила, включающие отбор причин смерти для свидетельства, кодирование всех записанных состояний (кодирование множественных причин смерти) и выбор (классификация) первоначальной причины смерти. В нашей стране эти функции возложены на медицинского работника, формирующего медицинское свидетельство о смерти, в мировых странах – на медицинского работника и кодировщика.

Отбор причин смерти для свидетельства производится следующим образом. В первичном медицинском документе (пункт 3) находят заключительный клинический посмертный диагноз, включающий:

- основное заболевание;
- осложнения основного заболевания;
- внешнюю причину (при травмах и отравлениях);
- конкурирующее заболевание (при наличии);
- фоновое заболевание (при наличии);
- сопутствующие болезни.

Заключительный клинический диагноз выставляется в конце эпизода оказания медицинской помощи, его выбор осуществляется в соответствии с правилом МКБ-10, в соответствии с которым в этом диагнозе «основное состояние определяется как состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом

пациента лечили или обследовали. При наличии более одного такого состояния выбирают то, на долю которого пришлась наибольшая часть использованных ресурсов» (МКБ-10, 1995, том 2, стр. 107).

Кроме основного заболевания в заключительный клинический диагноз входят: осложнения основного заболевания, фоновые и конкурирующие болезни (при наличии), а также сопутствующие болезни.

Основное состояние с осложнениями записывают в части 1 свидетельства, а состояния способствовавшие смерти, или прочие причины – в части 2 свидетельства. В качестве прочих причин смерти из конкурирующих, фоновых и сопутствующих болезней отбирают только те заболевания, которые способствовали смерти, т.е. внесли в нее свой вклад (утяжелили состояние пациента и ускорили наступление смерти). При наличии, например, сахарного диабета 2 типа без осложнений, или злокачественного новообразования 1 стадии без метастазов, данные состояния не должны указываться в части 2 свидетельства, так как не способствовали смерти.

Всем записанным в свидетельстве заболеваниям (состояниям) необходимо присваивать соответствующий код по МКБ-10. Кодирование производится в соответствии с установленным алгоритмом (см. МКБ-10, 1995, том 2, стр. 31-32). При несоответствии кода формулировке диагноза заболевания (состояния) или травмы свидетельство считается неправильно оформленным и должно быть возвращено выдавшему его врачу для исправления. Проверка правильности кодирования проверяется специалистом службы медицинской статистики и специалистом медицинской организации, ответственным за кодирование.

Кодирование всех записанных в свидетельстве состояний называется кодированием множественных причин смерти.

Выбор первоначальной причины смерти производят в соответствии с правилами МКБ-10.

8. Расчет основных коэффициентов смертности

В таблице 2 представлены формулы расчета показателей смертности.

Таблица 2

Расчет показателей смертности

№	Название показателей	Алгоритм расчета показателей	Источник информации
<i>1. Демографические показатели</i>			
1.	Общий коэффициент смертности (на 1000 населения)	$\frac{\text{Число умерших год}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 1000$	Росстат
2.	Летальность (%)	$\frac{\text{Число умерших от определенного заболевания}}{\text{Число заболевших данным заболеванием}} \times 100$	Росстат, ФФСН №12
3.	Больничная летальность (%)	$\frac{\text{Число умерших в стационаре}}{\text{Число выписанных (выписано+умерло)}} \times 100$	ФФСН 14, таб 2000
4.	Коэффициент смертности по причинам смерти (на 100 тыс. населения)	$\frac{\text{Число умерших от указанной причины}}{\text{Среднегодовая численность населения}} \times 100000$	Росстат
5.	Младенческая смертность на 1000 родившихся живыми	$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте до года}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$	Росстат
6.	Смертность детей в возрасте до 5 лет	по специальным формулам	Росстат
7.	Коэффициент мертворожденности	$\frac{\text{Число смертей плода на 22-й и более неделе беременности}}{\text{Число живорожденных + число смертей плода на 22-й и более неделе беременности}} \times 1000$	Росстат
8.	Коэффициент перинатальной смертности	$\frac{(\text{Число смертей 0-6 дней жизни} + \text{число смертей плода на 22-й и более неделе беременности})}{\text{Число живорожденных + число смертей плода на 22-й и более неделе беременности}} \times 1000$	Росстат
9.	Коэффициент неонатальной смертности	$\frac{\text{Число смертей до 22 дней жизни}}{\text{Число живорожденных}} \times 1000$	Росстат

№	Название показателей	Алгоритм расчета показателей	Источник информации
10.	Материнская смертность (на 100000 живорожденных)	Число женщин, умерших вовремя беременности, родов и в течение 42-х дней <u>после родов</u> Число живорожденных $\times 100000$	Росстат
18.	Смертность населения данной возрастной группы (повозрастная смертность)	Число лиц, умерших в <u>данном возрасте за год</u> $\times 1000$ Среднегодовая численность населения данного возраста	Росстат
19.	Структура причин смерти (%)	Число умерших за год <u>от данной причины смерти</u> $\times 100$ Число умерших за год	Росстат

9. Особенности динамики общего коэффициента смертности взрослого населения в Российской Федерации и в федеральных округах в 2019-2023 гг.

В Российской Федерации общий коэффициент смертности взрослого населения в 2023 г. составил 1507,6 на 100 тыс. соответствующего населения, смертность снизилась по сравнению с 2019 г и 2022 г на 1,6-6,9% соответственно.

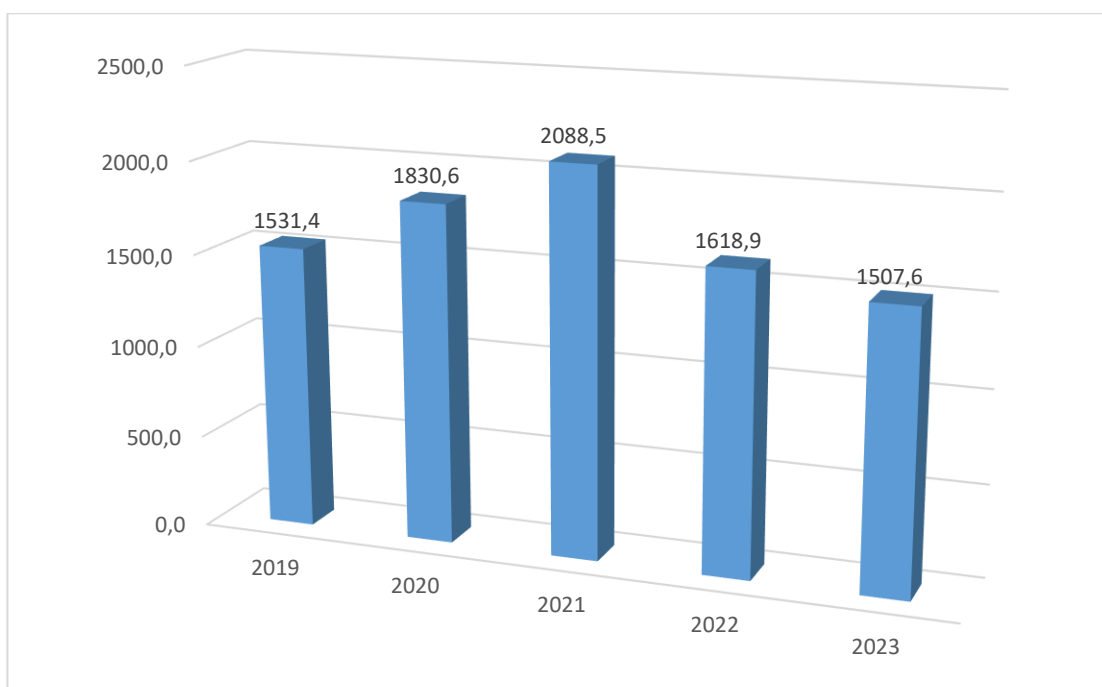


Рисунок 1. Динамика общего коэффициента смертности взрослого населения Российской Федерации в 2019-2023 гг., на 100 тыс. соответствующего населения

Динамика общей смертности с 2019 по 2021 г. характеризовалась ростом показателя с 1531,4 до 2088,5 на 100 тыс. соответствующего населения, в среднем темп прироста составил 16,8%. Снижение коэффициента смертности зарегистрировано в 2022-2023 гг. (1618,9 и 1507,6 на 100 тыс. взрослого населения соответственно), в среднем убыль составила 14,7% (Рис. 1).

Анализ общего коэффициента смертности по федеральным округам показал сохранение общероссийской динамики в пяти федеральных округах (ЦФО, СЗФО, ЮФО, СКФО, УФО). В 2023г. по сравнению с 2022 г. и 2019 г. снижение смертности отмечено в данных пяти федеральных округах: максимальный темп убыли по сравнению с годом завершения пандемии (2022г.) зарегистрирован в СКФО (на 10,5%); в сравнении с доковидным периодом (2019 г) – в СЗФО (на -6,1%). В других федеральных округах снижение смертности отмечено только в сравнении с 2022 г., в то время как

общий коэффициент смертности выше значения доковидный периода (2019 г): максимальный рост показателя зарегистрирован в ДВФО (на 3,5%).

В 2023 г. в рейтинге федеральных округов с максимальным общим коэффициентом смертности на первом месте СФО (1660,2 на 100 тыс. соответствующего населения), на втором - ДВФО (1623,2 на 100 тыс. соответствующего населения), на третьем - ПФО (1623,3 на 100 тыс. населения). В доковидном периоде (2019 г.) на первом месте также зарегистрирован СФО (1642,7 на 100 тыс. соответствующего населения), в то время как на втором - ПФО (1617,5 на 100 тыс. соответствующего населения), на третьем - ДВФО (1568,8 на 100 тыс. соответствующего населения) (Таблица 3).

Таблица 3

Динамика общего коэффициента смертности взрослого населения в Российской Федерации и в федеральных округах в период 2019-2023 гг., на 100 тыс. соответствующего населения

Федеральные округа	2019 г	2020 г	2021 г	2022 г	2023 г	темп роста/убыли 2023 к 2019г., %	темп убыли 2023 к 2022г., %
РФ	1531,4	1830,6	2088,5	1618,9	1507,6	-1,6	-6,9
ЦФО	1529,7	1837,0	2100,6	1595,9	1468,7	-4,0	-8,0
СЗФО	1518,1	1790,9	2079,1	1623,2	1498,3	-1,3	-7,7
ЮФО	1590,5	1862,5	2193,4	1705,2	1560,5	-1,9	-8,5
СКФО	987,9	1214,2	1297,5	1036,5	927,8	-6,1	-10,5
ПФО	1617,5	1988,3	2244,3	1701,4	1623,3	0,4	-4,6
УФО	1494,1	1790,6	2020,5	1551,0	1481,5	-0,8	-4,5
СФО	1642,7	1931,0	2217,0	1785,5	1660,2	1,1	-7,0
ДВФО	1568,8	1786,4	2016,1	1703,9	1623,2	3,5	-4,7

Анализ смертности показал, что в период пандемии рост смертности среди взрослого населения зарегистрирован в 2020-2021 гг. как в целом по стране, так и во всех федеральных округах. В РФ в первые два года пандемии темп роста смертности в среднем составил 16,8%, максимальный рост отмечен в ПФО (на 17,9%), минимальный – в ДВФО (на 13,4%). В 2022 г. в

РФ и во всех федеральных округах зарегистрировано снижение смертности среди взрослого населения. В РФ темп убыли общего коэффициента смертности составил 22,5%, в федеральных округах максимальный темп убыли – в ЦФО (на -24,0%), минимальный – в ДВФО (на -15,5%). В 2023 г. общий коэффициент смертности характеризуется тенденцией снижения как в целом по стране (на -6,9%), так и в федеральных округах: максимальный темп убыли зарегистрирован в СКФО (на -10,5%), минимальный – в УФО (на -4,5%).

10. Особенности организации учета инфекционной заболеваемости

В Российской Федерации учет инфекционной заболеваемости осуществляют в рамках своих полномочий орган государственной власти в сфере охраны здоровья субъекта Российской Федерации, а также Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее - РПН) путем делегирования функций федеральному государственному учреждению здравоохранения – «Центр гигиены и эпидемиологии» (далее - Центр гигиены и эпидемиологии) в субъекте РФ.

В системе здравоохранения учет инфекционной заболеваемости регламентирован правилами учета случаев заболевания (пункт 2 пособия).

Взаимодействие между участниками по учету инфекционной заболеваемости в рамках контрольно-надзорных функций РПН регламентировано действующим законодательством (ФЗ, приказы, СанПиН и МУ), в основе которого обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации.

В Российской Федерации согласно Федеральному закону от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (далее - Закон № 52-ФЗ) санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательного

соблюдения гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия включают в себя организационные, административные, инженерно-технические, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, а также предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых инфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию.

Согласно СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28 января 2021 года № 4 (с изменениями и дополнениями от 11 февраля, 25 мая 2022 г.):

пункт 21 - выявление больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, а также носителей возбудителей инфекционных болезней должны осуществлять медицинские работники:

- врачи всех специальностей медицинских организаций,
- средние медицинские работники медицинских организаций,
- врачи всех специальностей медицинских организаций, осуществляющих образовательную деятельность,
- средние медицинские работники медицинских организаций, осуществляющих образовательную деятельность,
- врачи всех специальностей организаций отдыха детей и их оздоровления,
- средние медицинские работники организаций отдыха детей и их оздоровления,
- индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность)

пункт 22 - выявление больных инфекционными заболеваниями, а также носителей осуществляется при оказании и проведении:

- всех видов медицинской помощи;
- периодических профилактических медицинских осмотров;
- предварительных при поступлении на работу профилактических медицинских осмотров;
- медицинских осмотров при диспансеризации;
- медицинских осмотров в период реконвалесценции;
- медицинского наблюдения за контактными лицами, общавшимися с больным или носителем;
- при проведении подворных (поквартирных) обходов;
- медицинских осмотров по эпидемическим показаниям отдельных групп населения;
- лабораторных исследований биологического материала от людей.

пункт 24 – экстренное извещение о каждом случае инфекционной болезни, носительства возбудителей инфекционной болезни или подозрения на инфекционную болезнь, а также в случае смерти от инфекционной болезни (учетная форма № 058/у) медицинские работники обязаны представлять в Центр гигиены и эпидемиологии по территории проживания пациента:

- в течение 2 часов по телефону;
- в течение 12 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи)

пункт 25 - для обеспечения оперативной передачи информации о пациенте территориальным органам, уполномоченным осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, может быть предоставлен доступ к региональным медицинским информационным системам.

пункт 27 - медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на пациента

с инфекционным заболеванием в Центр гигиены и эпидемиологии, по месту выявления заболевания, с указанием уточненного диагноза, даты его установления, первоначального диагноза, результата лабораторного исследования.

пункт 26 - каждый случай инфекционной болезни или подозрения на это заболевание, а также носительства возбудителей инфекционных болезней подлежит регистрации и учету в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (учетная форма 060/у), допускается использование электронных журналов, по месту их выявления в медицинских организациях.

В детских учреждениях (детских садах, школах, детских домах, школах-интернатах и др.) в «Журнале учета инфекционных заболеваний» (учетная форма 060/у) учитываются как заболевания, выявленные медицинским персоналом детских учреждений, так и выявленные в других медицинских организациях, сообщения о которых получены из данных организаций, на основании медицинских справок и по информации Центра гигиены и эпидемиологии.

Если диагноз поставлен средним медицинским работником (фельдшером), то «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» (учетная форма № 058/у) составляется в двух экземплярах; один из них направляется в Центр гигиены и эпидемиологии, другой — в медицинскую организацию (кабинет инфекционных заболеваний), которому средний медицинский работник подотчетен.

На каждый случай подозрения на заболевание активной формой туберкулеза заполняется экстренное извещение по форме 058/у в установленном порядке, после проведения центральной врачебной контрольной (консультационной) комиссии по туберкулезу подается «Извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозе туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» (учетная форма 089/у-туб) в Центр гигиены и эпидемиологии по территории проживания пациента.

Ежемесячно проводится сверка данных о случаях заболевания туберкулезом, туберкулезом, сочетанным с вирусом иммунодефицита человека, и смерти от туберкулеза Центром гигиены и эпидемиологии и противотуберкулезным диспансером субъекта РФ.

На каждого пациента с вновь установленным диагнозом инфекций, передаваемых половым путем (сифилис, гонококковая инфекция, трихомоноз, хламидийная инфекция, аногенитальная герпетическая вирусная инфекция, аногенетические (венерические) бородавки), и заразных кожных болезней (дерматофитии, микозы, чесотка) заполняется «Экстренное извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилис, гонококковая инфекция, трихомоноз, хламидийная инфекция, аногенитальная герпетическая вирусная инфекция, аногенетические (венерические) бородавки), и заразных кожных болезней (дерматофитии, микозы, чесотка)» (учетная форма №089/у-кв), которое в трехдневный срок направляется в Центр гигиены и эпидемиологии по территории проживания пациента.

Ежемесячно проводится сверка данных об общем числе зарегистрированных случаев инфекции, передающихся половым путем, микозов и чесотки Центром гигиены и эпидемиологии и кожно-венерологическим диспансером субъекта РФ.

В Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих эпидемиологическую опасность для окружающих утвержден Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально-значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 13.07.2012 № 710, от 31.01.2020 №66).

Постановлением Правительства РФ от 02.12.2021 № 2178 утверждено Положение о федеральной государственной информационной системе сведений санитарно-эпидемиологического характера. Пользователи информации, содержащейся в государственной информационной системе -

Министерство здравоохранения Российской Федерации, Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, ее территориальные органы и подведомственные организации, Министерство внутренних дел Российской Федерации, иные органы исполнительной власти и организации в соответствии с полномочиями, установленными законодательством Российской Федерации, лица, прошедшие медицинские осмотры и медицинское освидетельствование, указанные в ст. 34 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

Центрами гигиены и эпидемиологии в субъектах РФ на основании сведений, предоставляемых медицинскими организациями, формируется ФФСН № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (утверждена Приказом Росстата от 28 января 2014 г. № 52, в ред. Приказа Росстата от 29.12.2018 № 792). Основными учетными формами или документами для формирования данных об инфекционной заболеваемости являются:

- «Журнал учета инфекционных заболеваний» - учетная форма № 060/у (Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030);
- «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» – учетная форма № 058/у (Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030);
- «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки» – учетная форма № 089/кв (письмо Минздрава России от 2 марта 2015 г. № 13-2/25)
- «Извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозе туберкулеза - 1, с рецидивом туберкулеза - 2" – учетная форма № 089/у-туб (Приказ Минздрава России от 13 августа 2003 г. № 410).

В период пандемии новой коронавирусной инфекции Министерством здравоохранения РФ для мониторинга эпидемиологической обстановки по COVID-19 разработан Информационный ресурс учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (далее - информационный ресурс (COVID-19)), правила ведения которого утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 г. № 373 «Об утверждении временных правил учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 05.06.2020 № 828, от 28.09.2020 № 1557, от 30.10.2020 № 1762, от 25.01.2022 № 41, от 14.02.2023 № 213, от 24.03.2023 № 471).

Информационный ресурс (COVID-19) решал задачи сбора и учета актуальной информации пациентов с COVID-19, пневмонией, ОРВИ; носителей возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19); лиц, контактировавших с ними; лица, находящиеся на карантине по COVID-19; информации о лицах, иммунизированных с использованием вакцин для профилактики новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и имеющих противопоказания для проведения вакцинации; сведения о госпитализации пациентов с COVID-19, пневмонией, ОРВИ; о медицинских работниках, которым установлены выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку в связи с оказанием ими медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция (COVID-19).

Регламентом предусматривалось внесение информации в течение 2 часов с момента выявления возбудителя новой коронавирусной инфекции (COVID-19), подтверждения диагноза новой коронавирусной инфекции (COVID-19) или выявления признаков пневмонии в Информационный ресурс (COVID-19).

Полнота и своевременность ведения Информационного ресурса (COVID-19) в первую очередь определялись правильностью постановки

диагноза COVID-19. Одним из регламентирующим документом стали временных методических рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (далее - ВМР). Министерством здравоохранения Российской Федерации были утверждены 18 редакций ВМР. Данные в ВМР, в значительной степени базировались на материалах по диагностике, профилактике и лечению COVID-19, опубликованных специалистами ВОЗ, китайского, американского и европейского центров по контролю за заболеваемостью; на анализе отечественных и зарубежных научных публикаций; на нормативно-правовых документах Правительства Российской Федерации, Минздрава России и Роспотребнадзора. Кроме того, были разработаны методические рекомендации от 02.07.2021 «По кодированию и выбору основного состояния в статистике заболеваемости и первоначальной причины в статистике смертности связанных с COVID-19» (версия 2), в которых сформулированы правила ведения первичной медицинской документации в случаях, связанных с COVID-19 для статистики заболеваемости и смертности и даны примеры оформления медицинских свидетельств о смерти.

Для целей статистического учета, в случаях, связанных с COVID-19, даны примерные формулировки диагноза, связанного с COVID-19:

U07.1 – Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован

U07.1 – COVID-19, положительный результат теста на вирус

U07.1 – COVID-19

U07.2 – Коронавирусная инфекция COVID-19, вирус не идентифицирован

U07.2 – COVID-19, вирус не идентифицирован

U07.2 – Подозрение на COVID-19

U07.2 – Подозрение на COVID-19, тест не проведен

Z03.8 – Подозрение на COVID-19, исключенное отрицательным результатом теста на вирус

Z03.8 – Наблюдение при подозрении на COVID-19

Z22.8 – Носительство возбудителя COVID-19

Z20.8 – Контакт с больным COVID-19

Z11.5 – Скрининговое обследование с целью выявления COVID-19

Z29.0 – Изоляция

U08.9 – В личном анамнезе COVID-19

U09.9 – Состояние после COVID-19

U11.9 – Необходимость иммунизации против COVID-19

U12.9 – Вакцина против COVID-19, вызвавшая неблагоприятную реакцию.

В методических рекомендациях указано, что с целью формирования статистики заболеваемости «регистрации подлежат – основное заболевание и все записанные фоновые, конкурирующие, сочетанные и сопутствующие заболевания для включения в отчетную форму федерального статистического наблюдения №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации».

При необходимости получения информации о частоте осложнений COVID-19 для проведения анализа, может быть проведено выборочное статистическое исследование, для которого используют дополнительные коды осложнений в соответствии с их формулировками, содержащимися в томе 3 МКБ-10.

Заключительный клинический диагноз, в случаях, связанных с COVID-19, должен быть по возможности уточнен. Нежелательно использовать формулировки, типа «подозрение на COVID-19». В исключительных случаях, при отказе пациента от обследования, такой диагноз может быть зарегистрирован.

В случае выявления вируса при отсутствии жалоб, объективных и дополнительных данных, данное состояние следует расценивать как носительство вируса и кодировать рубрикой Z22.8.

Коды XXI класса МКБ-10 (Z00-Z99) заболеваниями не являются, не используются для кодирования основного заболевания, для расчета показателей заболеваемости не используются и не включаются в статистику смертности.

При осложнениях вакцинации против COVID-19 используют двойное кодирование: основное состояние и его код из XIX класса МКБ-10, а формулировка и код внешней причины – из XXII класса (МКБ-10: U12.9)».

11. Пандемия COVID-19. Особенности динамики показателей общей заболеваемости взрослого населения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в Российской Федерации и в федеральных округах в 2020-2023 гг

В 2020 г. в ФФСН №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации» (утверждена приказом Росстата от 18.12.2020 № 812) в таблицы разных возрастных групп населения была внесена строка для учета заболеваемости, диспансерного наблюдения данной возрастной группы населения по COVID-19. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) присвоила вирусу COVID-19 используемые в чрезвычайных ситуациях коды Международной классификации болезней-10 (МКБ-10), которые отнесены к XXII классу МКБ-10 (U07.1, U07.2).

В период с 2020 по 2023 г. динамика показателя общей заболеваемости взрослого населения COVID-19 в Российской Федерации характеризовалась резким ростом заболеваемости в 2020 г. с 3923,9 до 9166,7 на 100 тыс. соответствующего населения в 2021 г., сохранением высокого уровня в 2022 г. (9051,6 на 100 тыс. соответствующего населения) и резким снижением показателя в 2023 г. (1671,0 на 100 тыс. соответствующего населения) (Рисунок 2).

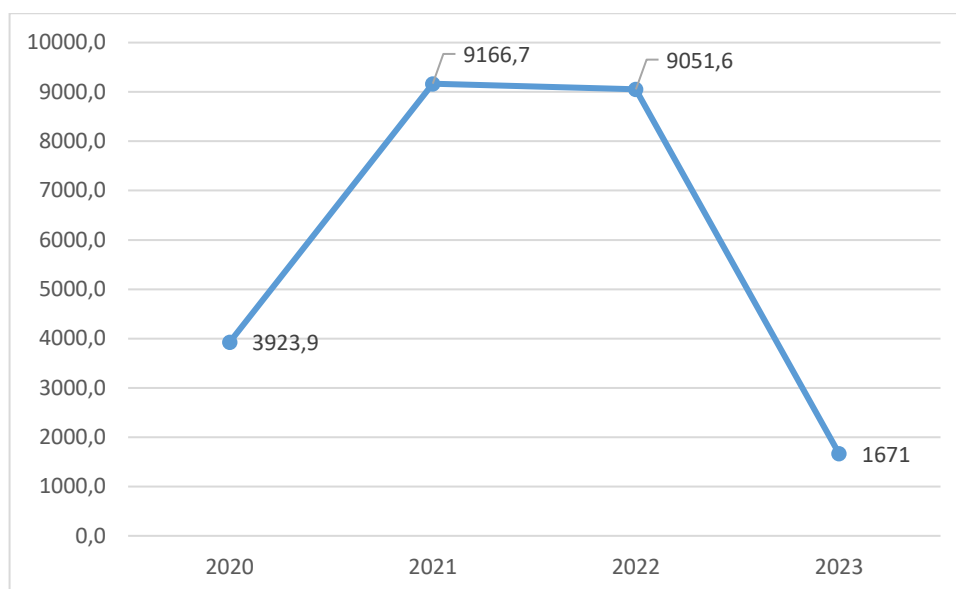


Рисунок 2. Динамика показателя общей заболеваемости COVID-19 взрослого населения Российской Федерации в 2020-2023 гг., на 100 тыс. соответствующего населения

Анализируя показатели наглядности, нами установлено, что в 2021 г. темп роста заболеваемости в целом по стране составил +133%, в то время как в 2022 г. отмечено незначительное снижение заболеваемости (на -1,6%), которое продолжилось в 2023 г. по завершению пандемии и темп убыли показателя составил -88%.

На Рисунке 3 представлена динамика показателя общей заболеваемости COVID-19 взрослого населения в Российской Федерации и в федеральных округах в 2020-2023 гг.

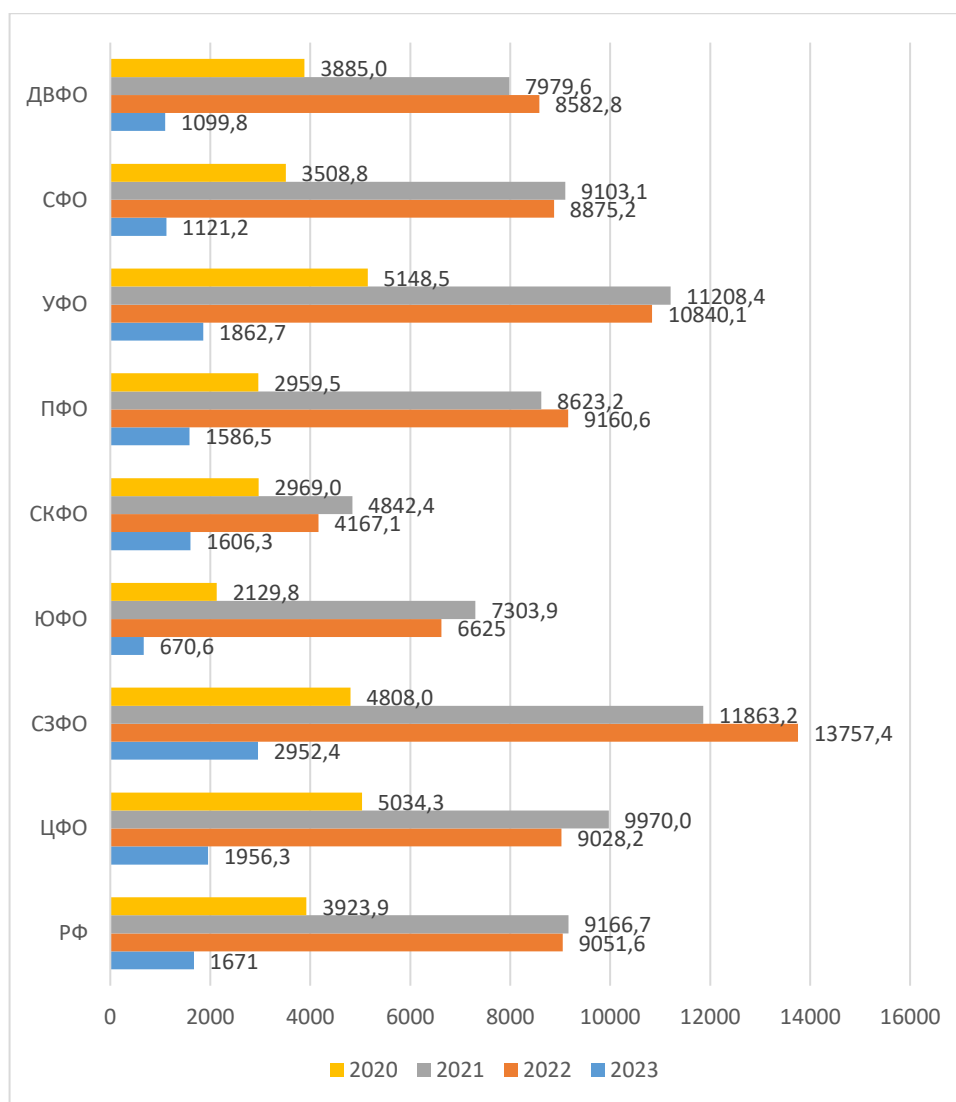


Рисунок 3. Динамика показателя общей заболеваемости COVID-19 взрослого населения Российской Федерации и федеральных округов в 2020-2023 гг., на 100 тыс. соответствующего населения

В первый год пандемии COVID-19 (2020 г) в трех федеральных округах (ЦФО, СЗФО, УФО) заболеваемость COVID-19 среди взрослого населения выше среднероссийского показателя общей заболеваемости. Максимальный показатель заболеваемости зарегистрирован в УФО (5148,5 на 100 тыс. соответствующего населения); минимальный показатель - в ЮФО (2129,8 на 100 тыс. соответствующего населения).

Второй год пандемии (2021 г) характеризовался резким ростом заболеваемости COVID-19 во всех федеральных округах. В тех же трех

федеральных округах (ЦФО, СЗФО, УФО) заболеваемость COVID-19 среди взрослого населения осталась выше среднероссийского показателя общей заболеваемости. Максимальный показатель заболеваемости зарегистрирован в СЗФО (11863,2 на 100 тыс. соответствующего населения); минимальный показатель - в СКФО (4842,4 на 100 тыс. соответствующего населения).

В последний год пандемии COVID-19 (2022 г.) динамика показателя общей заболеваемости новой коронавирусной инфекцией характеризовалась разнонаправленностью. В шести федеральных округах зарегистрировано снижение заболеваемости, темп убыли составил от -2,5% (СФО) до -13,9% (СКФО), в среднем снижение на 7,7%. В других двух федеральных округах (СЗФО, ПФО) отмечен рост заболеваемости на 16,0% и 6,2% соответственно. Максимальный показатель заболеваемости зарегистрирован в СЗФО (13757,4 на 100 тыс. соответствующего населения); минимальный показатель - в СКФО (4167,1 на 100 тыс. соответствующего населения).

В постковидный год (2023 г.) отмечено резкое снижение заболеваемости COVID-19 во всех федеральных округах аналогично тенденции в целом по стране. В четырех федеральных округах (ЦФО, СЗФО, СКФО, УФО) заболеваемость COVID-19 среди взрослого населения осталась выше среднероссийского показателя. Максимальный показатель заболеваемости зарегистрирован в СЗФО (2952,4 на 100 тыс. соответствующего населения); минимальный показатель - в ЮФО (670,6 на 100 тыс. соответствующего населения).

Формирование данных для статистики заболеваемости и смертности обязывает обеспечивать соответствие данных в учетных и отчетных формах и мониторингах заболеваемости и смертности, которые лежат в основе ведения региональных подсистем и компонентов Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения:

1. Федеральный регистр лиц больных COVID-19 (Постановление Правительства РФ от 31.03.2020 №373 (ред. от 24.03.2023) "Об утверждении Временных правил учета информации в целях

- предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)").
2. Регистр вакцинированных от COVID-19 (Постановление Правительства РФ от 31.03.2020 №373 (ред. от 24.03.2023) "Об утверждении Временных правил учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)").
 3. Федеральный регистр больных гемофилией, муковисцидозом, гипофизарным нанизмом, болезнью Гоше, злокачественными новообразованиями лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей, рассеянным склерозом, а также после трансплантации органов и тканей (Приказ Минздрава России от 15.02.2013 № 69н (ред. от 10.04.2015) "О мерах по реализации постановления Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 404 (Зарегистрировано в Минюсте России 12.04.2013 №28124)).
 4. ФРБТ. Федеральный регистр лиц, больных туберкулезом (Постановление Правительства РФ от 08.04.2017 № 426 (ред. от 26.06.2021) "Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом").
 5. Федеральный регистр лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (Постановление Правительства РФ от 08.04.2017 № 426 (ред. от 26.06.2021) "Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом").
 6. Регистр сахарного диабета. Федеральный регистр больных сахарным диабетом (Приказ Минздрава РФ от 31.05.2000 № 193 "О совершенствовании работы по созданию региональной сети Государственного регистра больных сахарным диабетом").
 7. Национальный радиационно-эпидемиологический регистр (НРЭР) (Письмо Минздрава России от 13.05.2015 №24-3/10/2-2096 «О

заполнении и ведении форм Национального радиационно-эпидемиологического регистра»).

8. Система мониторинга больных вирусными гепатитами «Регистр больных вирусными гепатитами» (Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30.05.2012 № 34 "О мероприятиях, направленных на ликвидацию острого гепатита В в Российской Федерации" (Зарегистрировано в Минюсте России 26.06.2012 № 24707).
9. Федеральный регистр лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности (Постановление Правительства РФ от 26.04.2012 №403 (ред. от 05.06.2020) "О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента").
10. Система мониторинга оказания высокотехнологичной медицинской помощи (Приказ Минздрава России от 02.10.2019 №824н "Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения" (Зарегистрировано в Минюсте России 22.11.2019 №56607)).

Кроме того, при реализации Приказа Минздрава России от 30.10.2023 №582 "О вводе в эксплуатацию единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения" по пручению Министерства здравоохранения Российской Федерации ведется:

11. Система мониторинга проведения диспансеризации детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, и прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров.

12. Система мониторинга состояния здоровья детей, родившихся с экстремально низкой массой тела.

Заключение.

Изучение динамики показателей заболеваемости и смертности – основных показателей здоровья населения, имеет большое значение для правильной организации медицинской помощи и разработке профилактических программ, направленных на профилактику заболеваний. Правильное ведение первичной медицинской документации, в том числе части формулирования диагноза и его кодирование в соответствии с правилами МКБ-10, обеспечение преемственности в передаче сведений о пациенте при оказании медицинской помощи в разных условиях (амбулаторно-поликлиническая, стационар круглосуточного или дневного пребывания) и в разных медицинских организациях субъекта и других регионов, единообразие методики расчета показателей обеспечит повышение качества формирования статистики заболеваемости и смертности. Соблюдение временных сроков и полнота предоставления сведений об инфекционных заболеваниях в рамках межведомственного взаимодействия обеспечивает своевременность начала противоэпидемических мероприятий, которые оказывают влияние на распространение инфекции и следовательно эпидемический процесс и уровень заболеваемости.

Тестовые задания

1. Какое утверждение является верным «Заболеваемость – это»:

- a) распространенность болезней среди населения;
- b) распространенность болезней среди отдельных групп населения;
- c) один из основных показателей здоровья населения;
- e) все вышеперечисленные.

2. В медицинской статистике изучают виды заболеваемости:

- a) общая заболеваемость
- b) первичная заболеваемость
- c) патологическая пораженность
- d) госпитализированная заболеваемость
- e) заболеваемость с временной утратой трудоспособности
- f) все вышеперечисленные.

3. Патологическая пораженность – это:

- a) совокупность болезней и патологических состояний, выявленных путём активных медицинских осмотров населения;
- b) совокупность болезней лиц, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях в календарном году;
- c) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, как впервые возникших, так и ранее существовавших при первичном обращении в календарном году;
- d) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, впервые возникших при первичном обращении в календарном году;
- e) совокупность случаев и дней болезней работающих лиц, которые послужили причиной потери трудоспособности, возникших при обращении в календарном году;

4. Общая заболеваемость (болезненность, распространенность) – это:

- a) совокупность болезней и патологических состояний, выявленных путём активных медицинских осмотров населения;
- b) совокупность болезней лиц, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях в календарном году;
- c) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, как впервые возникших, так и ранее существовавших при первичном обращении в календарном году;
- d) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, впервые возникших при первичном обращении в календарном году;

е) совокупность случаев и дней болезней работающих лиц, которые послужили причиной потери трудоспособности, возникших при обращении в календарном году.

5. Первичная заболеваемость – это

а) совокупность болезней и патологических состояний, выявленных путём активных медицинских осмотров населения;

б) совокупность болезней лиц, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях в календарном году;

с) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, как впервые возникших, так и ранее существовавших при первичном обращении в календарном году;

д) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, впервые возникших при первичном обращении в календарном году;

е) совокупность случаев и дней болезней работающих лиц, которые послужили причиной потери трудоспособности, возникших при обращении в календарном году.

6. Госпитализированная заболеваемость – это:

а) совокупность болезней и патологических состояний, выявленных путём активных медицинских осмотров населения;

б) совокупность болезней лиц, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях в календарном году;

с) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, как впервые возникших, так и ранее существовавших при первичном обращении в календарном году;

д) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, впервые возникших при первичном обращении в календарном году;

е) совокупность случаев и дней болезней работающих лиц, которые послужили причиной потери трудоспособности, возникших при обращении в календарном году.

7. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности – это:

- a) совокупность болезней и патологических состояний, выявленных путём активных медицинских осмотров населения;
- b) совокупность болезней лиц, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях в календарном году;
- c) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, как впервые возникших, так и ранее существовавших при первичном обращении в календарном году;
- d) совокупность всех зарегистрированных заболеваний, впервые возникших при первичном обращении в календарном году;
- e) совокупность случаев и дней болезней работающих лиц, которые послужили причиной потери трудоспособности, возникших при обращении в календарном году.

8. Основные разделы диагноза включают:

- a) основное заболевание;
- b) осложнения основного заболевания;
- c) внешнюю причину (при травмах и отравлениях);
- d) другие заболевания: конкурирующие, фоновые, сопутствующие (при наличии);
- e) все вышеперечисленные

9. К основным видам учетной первичной медицинской документации, используемые для формирования статистики заболеваемости и смертности относятся:

- a) Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
- b) Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях
- c) Контрольная карта диспансерного наблюдения
- d) Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара

- e) Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара
- f) Протокол патологоанатомического вскрытия
- g) Акт судебно-медицинского исследования трупа
- h) Медицинское свидетельство о смерти
- i) все вышеперечисленные

10. К основным видам отчетной медицинской документации, используемые для формирования статистики заболеваемости, относятся:

- a) «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у пациентов, проживающих в районе обслуживания медицинской организации»;
- b) «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»;
- c) «Сведения о причинах временной нетрудоспособности»;
- d) все вышеперечисленные

11. Является ли верным определение «Коэффициент смертности – это число смертей по отношению к численности населения»:

- a) да
- b) нет

12. В статистике смертности рассчитываются показатели:

- e) общий коэффициент смертности
- f) коэффициенты по причинам смерти
- g) материнской смертности
- h) перинатальной смертности
- i) младенческой смертности
- j) детской смертности
- k) все вышеперечисленные

13. В Российской Федерации разработка показателей смертности и причин смерти относится к полномочиям:

- a) медицинской организации
- b) органа исполнительной власти в сфере охраны здоровья
- c) ЗАГСа
- d) ФНС
- e) Росстата

14. Первоначальная причина смерти – это:

- a) болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти
- b) обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму
- c) болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти или обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму
- d) отсутствует определение первоначальной причины смерти

15. В медицинской статистике медицинским работником при выборе «основного состояния» должны быть учтены требования к «основному состоянию»:

- a) состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента лечили;
- b) состояние, диагностированное в конце эпизода оказания медицинской помощи, по поводу которого главным образом пациента обследовали;
- c) при наличии более одного такого состояния выбирают то, на долю которого пришлось наибольшая часть использованных ресурсов;
- d) всё вышеперечисленное

16. В медицинской статистике летальность (смертельность) – это:

- a) число умерших от какой-либо болезни к числу всех заболевших этой болезнью, выраженное в процентах;
- b) число умерших от какой-либо болезни к среднегодовой численности населения, выраженное в промиллях;

- c) число умерших от какой-либо болезни к численности населения на конец отчетного периода, выраженное в промиллях;
- d) показатель не рассчитывается.

17. Выявлять больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, а также носителей возбудителей инфекционных болезней должны:

- a) врачи всех специальностей и средние медицинские работники медицинских организаций, осуществляющие медицинские услуги;
- b) врачи всех специальностей и средние медицинские работники медицинских организаций, осуществляющих образовательную деятельность;
- c) врачи всех специальностей и средние медицинские работники медицинских организаций, осуществляющих организацию отдыха детей и их оздоровление;
- d) индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность;
- e) все вышеперечисленные

18. Выявление больных инфекционными заболеваниями, а также носителей осуществляется при:

- a. оказании всех видов медицинской помощи
- b. периодических профилактических медицинских осмотров;
- b) предварительных при поступлении на работу профилактических медицинских осмотров;
- c) медицинских осмотров при диспансеризации;
 - a. медицинских осмотров в период реконвалесценции;
- d) медицинского наблюдения за контактными лицами, общавшимися с больным или носителем;
- e) при проведении подворных (поквартирных) обходов;
- f) медицинских осмотров по эпидемическим показаниям отдельных групп населения;

- g) лабораторных исследований биологического материала от людей
- h) всё вышеперечисленное

19. Экстренное извещение направляется в Центр гигиены и эпидемиологии на каждый случай:

- a) инфекционной болезни,
- b) носительства возбудителей инфекционной болезни,
- c) подозрения на инфекционную болезнь,
- d) смерти от инфекционной болезни
- e) всё вышеперечисленное

20. Экстренное извещение о подозрении на инфекционное заболевание или установленном инфекционном заболевании, носительстве инфекции направляется медицинским работником в Центр гигиены и эпидемиологии:

- a) в течение 2 часов по телефону,
- b) в течение 12 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи)
- c) посредством медицинской информационной системы
- d) в течение 2 часов по телефону и в течение 12 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи)

21. Основными учетными формами или документами для формирования сведений об инфекционной заболеваемости в ФФСН №2 являются:

- a. «Журнал учета инфекционных заболеваний»;
- b. «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку»
- c. «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, аногенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, микоза, чесотки
- b) «Извещение о больном с впервые в жизни установленном диагнозе туберкулеза-1, с рецидивом туберкулеза-2»

с) всё вышеперечисленное

22. В случае уточнения, изменения предварительного диагноза Экстренное извещение об инфекционном заболевании должно быть направлено:

- а) течение 12 часов;
- б) в течение 2 часов по телефону;
- с) не регламентировано;
- д) не направляется.

23. Сверка случаев заболевания туберкулезом, туберкулезом, сочетанным с вирусом иммунодефицита человека, и смерти от туберкулеза, случаев инфекции, передающихся половым путем, микозов и чесотки Центром гигиены и эпидемиологии и профильными диспансерами осуществляется:

- а) еженедельно;
- б) ежемесячно;
- с) ежеквартально;
- д) ежегодно.

Эталоны ответов на тестовые задания

Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ	Номер вопроса	Ответ
1.	e	9.	a	17.	e
2.	f	10.	i	18.	h
3.	a	11.	d	19.	e
4.	c	12.	a	20.	d
5.	d	13.	k	21.	c
6.	b	14.	c	22.	a
7.	e	15.	d	23.	b
8.	e	16.	a		

Эффективность внедрения

Учебные материалы, представленные в данном пособии, будут способствовать повышению информированности специалистов в сфере здравоохранения, аспирантов и ординаторов медицинских ВУЗов клинических специальностей по вопросам учета и анализа заболеваемости и смертности в работе врача, а также особенностей учета инфекционной заболеваемости. Дано подробное описание правил учета разных форм заболеваемости, расчет показателей видов заболеваемости, смертности. Проведены примеры анализа заболеваемости и смертности разных групп населения и территорий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мерков А.М. Здоровье населения и методы его изучения. – Москва, 1979
2. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения, под редакцией Ю.П. Лисицына, в 2 томах. – Москва, 1987
3. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение. - М., Медкнига. 2008.
4. Гусева И.С. Демографическая статистика. – М. – 1977
5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: В 3 т./ ВОЗ. - Женева, 1995-1998. - Т.1-3.
6. Мерков А.М. Здоровье населения и методы его изучения. Статистика, - М., -1979.
7. Журавлева К.И. Статистика в здравоохранении. М.: Медицина. 1979. 176 с.
8. Гребенщикова А.А. Здоровье как главный индикатор качества жизни населения // Вестник современных исследований. - 2018. - №12.1(27). - С. 62-64.

9. Каратаева Т.А. Здоровье населения как важный фактор экономической безопасности // Вестник Алтайской Академии экономики и права. - 2018. - №5. - С. 142-145.
10. Щепин О.П., Медина В.А. Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения. Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2012. – 384 с.
11. Страшников Т.Н. Сравнительный анализ общей и первичной заболеваемости у лиц трудоспособного возраста в Российской Федерации и на ее административных территориях // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 2. – URL: <http://scie.ru/ru/article/view?id=12717> (дата обращения: 17.12.2018).
12. Савина А.А., Леонов С.А., Сон И.М., Фейгинова С.И. Вклад отдельных возрастных групп населения в формирование общей заболеваемости по данным обращаемости в Федеральных округах Российской Федерации. Социальные аспекты здоровья населения. – 2018;61(3). <https://doi.org/10.21045/2071-5021-2018-61-3-1>.
13. Шевелюхина О.В. Амбулаторно-поликлинический этап: заболеваемость болезнями органов дыхания // Центральный научный вестник. – 2017. – Том 2, №6 (23). – С. 9-10.
14. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2019 году. Статистические материалы. Часть IV. Москва: РИО «ЦНИИОИЗ»; 2020. 160 с.
15. Заболеваемость взрослого населения России в 2020 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021.164 с.
16. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2020 году: статистические материалы. Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2021. 163с.
17. Заболеваемость взрослого населения России в 2021 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022. 163 с.

18. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2021 году: статистические материалы Москва: ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022.163 с.
19. Заболеваемость взрослого населения России в 2022 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. Москва: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023. 164 с.
20. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2022 году: статистические материалы. Москва: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2023. 164 с.
21. Заболеваемость взрослого населения России в 2023 году с диагнозом, установленным впервые в жизни: статистические материалы. Москва: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2024. 164 с.
22. Общая заболеваемость взрослого населения России в 2023 году: статистические материалы. Москва: ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, 2024. 164 с.
23. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2020 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. 256 с.
24. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2021 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2022. 340 с.
25. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2022 году: Государственный доклад. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2023. 368 с.
26. Ступак В.С., Зубко А.В., Маношкина Е.М., Кобякова О.С., Деев И.А., Енина Е.Н. Здоровоохранение России в период пандемии COVID-19: вызовы,

системные проблемы и решение первоочередных задач. Профилактическая медицина. 2022; 25(11):21-27. <https://doi.org/10.17116/profmed20222511121>.

27. Кобякова О.С., Александрова Г.А., Голубев Н.А., Шелепова Е.А., Поликарпов А.В., Хахалина Е.В., Буланцева Т.А., Скоробогатов А.М. Медико-демографические показатели Российской Федерации в 2023 году` 2023: Стат. справочник/ Минздрав России. – М., 2024. – 253 с.

Приложение

Перечень нормативных документов, регламентирующие формирование данных для статистики заболеваемости и смертности

1. Приказ Минздрава России от 15.12.14 № 834н (ред. от 18.04.2024) «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.02.2015 № 36160)
2. Приказ Минздрава России от 5.08.2022 № 530н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, в условиях дневного стационара и порядков их ведения» (Зарегистрировано в Минюсте России 18 октября 2022 г. № 70594) (ред. от 01.03.2024)
3. Приказ Минздрава России от 06.06.13 № 354н «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» (Зарегистрировано в Минюсте России 16.12.2013 № 30612);
4. Приказ Минздрава России от 15.04.2021 № 352н «Об утверждении учетных форм медицинской документации, удостоверяющей случаи

- смерти, и порядка их выдачи» (Зарегистрировано в Минюсте России 31.05.2021 № 63697)
5. Приказ Росстата от 18.12.2020 № 812 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (в ред. приказа Росстата от 20.12.2021 № 932)
 6. Приказ Росстата от 27.12.2022 № 985 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья» (Форма №16-вн) (ред. от 25.12.2023)
 7. Федеральный Закон Российской Федерации «Об актах гражданского состояния» 15.11. 1997 года № 143-ФЗ (ред. от 08.08.2024)
 8. Постановление Правительства Российской Федерации от 02.06 2008 № 420 «Федеральная служба государственной статистики (Росстат) является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по формированию официальной статистической информации о социальных, экономических, демографических, экологических и других общественных процессах в Российской Федерации, а также в порядке и случаях, установленных законодательством Российской Федерации, по контролю в сфере официального статистического учета» (ред. от 11.04.2024)
 9. Федеральный Закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (ред. от 08.08.2024)
 10. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (ред. от 25.05.2022)
 11. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально- значимых заболеваний и перечня

- заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 13.07.2012 № 710, от 31.01.2020 № 66)
12. Постановление Правительство Российской Федерации от 2.12.2021 № 2178 «Об утверждении положения о федеральной государственной информационной системе сведений санитарно-эпидемиологического характера» (ред. от 27.09.2023)
13. Приказ Росстата от 28.01.2014 № 52 «Об утверждении статистического инструментария для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за заболеваемостью населения инфекционными и паразитарными болезнями и профилактическими прививками» (в ред. Приказа Росстата от 29.12.2018 №792)
14. Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 № 1030 "Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения" (ред. от 29.01.1985)
15. Письмо Минздравсоцразвития РФ от 30.11.2009 № 14-6/242888 «О правомочности действия Приказа Минздрава СССР от 4.10.1980 № 1030»
16. Постановление Правительства Российской Федерации от 31.03.2020 № 373 «Об утверждении временных правил учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (в ред. Постановлений Правительства РФ от 05.06.2020 № 828, от 28.09.2020 № 1557, от 30.10.2020 № 1762, от 25.01.2022 № 41, от 14.02.2023 № 213, от 24.03.2023 № 471).
17. Росстат. 2.1. Основные демографические показатели, методы их формирования и расчета:

https://rosstat.gov.ru/bgd/free/B99_10/IssWWW.exe/Stg/d000/i000030r.htm