

Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

---

Кыргызский государственный медицинский институт  
переподготовки и повышения квалификации

---

Кыргызско-Российский Славянский университет  
(Медицинский факультет)

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ОРГАНИЗАЦИЙ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Методические рекомендации*

Бишкек 2017

УДК 614  
ББК 51.1 (2Ки)  
А 64

Составители: *Сыдыков А.С., Бокчубаев Э.Т., Асылбеков Э.С.,  
Анарбай уулу Нурбек*

Рецензент: доктор. мед. наук, профессор *Канаев Р.А.*

Рекомендовано к печати решением РИССО КГМИПиПК  
от 3 марта 2017 г.

А-64 **Анализ деятельности организаций** здравоохранения в Кыргызской  
Республике /Сост. А.С. Сыдыков и др. Б.: "Учкун", 2017 - 20 с.

ISBN 978-9967-17-084-1

Методические рекомендации предназначены для руководителей учреждений, врачей по анализу деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих услуги первичной медико-санитарной и стационарной помощи.

Информация по здоровью населения и деятельности сектора здравоохранения позволяет сделать правильный выбор и определить меры по охране здоровья и эффективному использованию ресурсов.

А 4103000000-17

УДК 614  
ББК 51.1 (2Ки)

ISBN 978-9967-17-084-1

© КГМИПиПК, 2017

Настоящие методические рекомендации представляют общие методические требования, условия проведения анализа, методику расчета и оценки основных индикаторов, отражающих деятельность организаций здравоохранения, оказывающих медико-санитарную и стационарную помощь населению.

Анализ медико-статистической информации учреждений, оказывающих услуги первичной медико-санитарной и стационарной помощи, является подготовительной стадией управленческого цикла и дает возможность:

- Оценить фактическое состояние деятельности учреждения, эффективности его функционирования;
- Выявить совокупность проблем и задач, возникающих в конкретной ситуации учреждения и его структурных подразделений;
- Вскрыть некоторые причинно-следственные связи и факторы для разработки конкретных задач учреждения в целом или структурного подразделения;
- Определить наиболее приоритетное и наиболее рациональное решение задач с учетом реальных возможностей;
- Выявить внутренние резервы;
- Сформулировать конкретные цели и задачи;
- Повысить обоснованность применяемых управленческих решений;
- Осуществлять контроль за процессом реализации принятых решений.

Основными условиями для проведения анализа являются достоверность и качество данных первичной медицинской и отчетной документации.

Основные принципы анализа деятельности учреждений направлены на обеспечение качества его проведения. Основные принципы анализа:

- Сравнительный анализ с другими аналогичными учреждениями;
- Оперативный анализ информации;
- Проведение анализа деятельности, качества оказываемых медицинских услуг на основе официальной системы учета и отчетности в системе здравоохранения;

- Использование единых дефиниций при расчете показателей;
- Достаточное число наблюдений, отражающих закономерности явлений;
- Проведение анализа на постоянной основе.

Основные требования при отборе показателя (индикатора). Индикатор должен:

- Быть измеряемой величиной;
- Позволять объективно измерить качество и объем медицинской помощи;
- Отражать изменения в медицинском событии, имеющем распространенность среди населения;
- Отражать медицинское событие, имеющее высокую затратоемость/стоимость;
- Позволять проводить сравнительную оценку;
- Быть принятым на основе договоренности экспертов или утвержденным к применению в стране.

Анализ деятельности учреждений, оказывающих услуги первичной медико-санитарной и стационарной помощи, можно разделить на несколько этапов:

1. Общая характеристика здоровья обслуживаемого населения, общая характеристика учреждения;
2. Анализ качества медицинских услуг, оказываемых населению;
3. Анализ использования ресурсов;
4. Анализ деятельности параклинических отделений.

#### Общая характеристика обслуживаемого населения

**Численность населения.** Общая характеристика состояния здоровья населения района, деятельности учреждения, оказывающего медицинские услуги району, городу включает в себя данные результата анализа демографической экономической ситуации, состояния здоровья и здравоохранения региона.

**Население** представляет собой совокупность людей, проживающих на какой-либо территории. Размер этой совокупности определяется численностью населения.

**Наличное население** – население, которое на момент переписи проживает на данной территории постоянно и временно.

**Постоянное население** – постоянно проживающее на данной территории население, включая временно отсутствующих на момент

переписки, если их отсутствие не превышало 6 месяцев внутри республики, 12 месяцев - за ее пределами.

**Средняя численность населения** - численность населения на начало + численность населения на конец отчетного года: 2;

**Естественный прирост населения** - численность населения, как и его состав, подвержена постоянным изменениям - рождаемость увеличивает, смертность уменьшает ее. В качестве итога этих двух процессов, при отсутствии миграции, выступает прирост или уменьшение населения, как разница в числах рождений и смертей. Такое явление называется естественным приростом населения.

Важным признаком состава населения является его пол и возраст. Существует три типа возрастно-половых структур населения:

- Прогрессивный тип, где преобладает детское население и имеется перспектива для роста численного состава населения;
- Стабильный тип, где удельный вес детей, среднего возраста и стариков на одном уровне и нет перспективы для роста;
- Регрессивный тип, где преобладает удельный вес стариков и происходит убыль населения (депопуляция).

**Общие демографические показатели** (рождаемость, смертность, естественный прирост, ожидаемая продолжительность жизни) рассчитываются, как правило, на 1000 человек населения, а специальные (фертильность, повозрастная рождаемость, смертность, младенческая и перинатальная смертность и др.) на 10 000 человек соответствующей среды.

**Рождаемость** – процесс, который определяется частотой и характеристиками рождений (возраст матери, очередность рождения и др.) в данном населении.

Для характеристики уровня рождаемости чаще используется общий показатель рождаемости, который представляет собой интенсивную величину, рассчитанную на всю совокупность населения.

На уровень и динамику рождаемости влияют социально-экономические, национально-исторические, культурно-психологические, биологические и другие факторы.

**Показатель рождаемости (ПР)** рассчитывается на 1000 родившихся живыми:

$$ПР = \frac{\text{Число родившихся живыми} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

**В соответствии с определением ВОЗ, живорождение (рождение живым)** – это полное изгнание или извлечение продукта зачатия

из организма матери вне зависимости от срока беременности, причем плод после такого отделения дышит или проявляет другие признаки жизни, такие, как сердцебиение, пульсация пуповины или явные движения произвольной мускулатуры, независимо от того, перерезана ли пуповина и отделилась ли плацента.

**Статистические данные по смертности** характеризуют уровень здоровья населения и являются одним из критериев оценки состояния здоровья населения.

**В соответствии с определением ВОЗ, мертворождение** (мертворожденный плод) – смерть продукта зачатия до его полного изгнания или извлечения из организма матери вне зависимости от продолжительности беременности, а также отсутствие после такого отделения признаков жизни.

По шкале ориентировочной оценки показателей естественного движения населения уровень рождаемости до 15% оценивается как низкий, 15-25% - средний, свыше 25% - высокий.

Более реальную картину здоровья населения должны давать данные смертности.

**Уровень смертности** определяется совокупностью биологических, экономических, социальных и культурных факторов при доминирующем влиянии социально-экономических - благосостояния, образования, питания, жилищных условий, санитарного состояния населенных мест, санитарно-культурного уровня населения и др.

Показатель общей смертности (ПОС) рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ПОС} = \frac{\text{Число умерших за год} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

Уровень смертности до 9,0% считается низким, 9,0-15,0% средним, свыше 15,0% - высоким.

Для более детального изучения причин смертности рассчитываются показатели смертности по полу, возрастным группам и др. признакам.

**Повозрастные показатели смертности (ППС)** вычисляются по следующей формуле:

$$\text{ППС} = \frac{\text{Число случаев смерти среди лиц данного возраста} \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность населения данного возраста}}$$

Необходимо проанализировать причины, приведшие к смерти.

**Показатель смертности от данной причины** рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ПС} = \frac{\text{Число случаев смерти от данной причины} \times 100\,000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

Одним из показателей характеризующих уровень благосостояния страны является показатель младенческой смертности.

**Младенческая смертность (МС)** - это смертность детей на первом году жизни.

Младенческая смертность - один из важнейших критериев состояния здоровья населения, отражает влияние не только неблагоприятных социально-экономических условий жизни, но и качество организации медицинских услуг, учреждений первичной медико-санитарной помощи детям в первом году их жизни.

При анализе данного показателя очень важно иметь полный и достоверный учет и регистрацию умерших детей, а также соответствие критериев живо и мертворождения международным стандартам.

Анализ младенческой смертности включает следующие этапы:

- Анализ МС за календарный год;
- Анализ МС за календарный месяц;
- Анализ МС по периодам жизни;
- Анализ МС по причинам.

**Показатель младенческой смертности за год (МлС)** исчисляется по формуле:

$$\text{МлС} = \frac{\text{Число умерших детей в возрасте до одного года} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

**Показатель младенческой смертности за месяц** исчисляется по следующей формуле:

$$\text{МлС (за месяц)} = \frac{\text{Число детей в возрасте до одного года, умерших в данном месяце} \times 1000}{\text{Число род. за месяц} + \text{число род. за 12 предыдущих месяцев}/13}$$

Уровень МС неодинаков в разные периоды жизни ребенка. Чем меньше возраст ребенка, тем выше уровень МС. Различны и причины смерти ребенка в разные периоды жизни ребенка.

Уровень младенческой смертности в ранних периодах в основном определяется здоровьем матери и качеством оказания услуг по выха-

живанию новорожденного в родильном стационаре, антенатальными факторами, в более поздние периоды во многом зависит от условий среды. Все это предполагает проведение различных медицинских мероприятий.

Различают следующие периоды: постнатальный, ранний неонатальный, поздний неонатальный, постнеонатальный.

**Неонатальная смертность** – смертность среди новорожденных в первые 28 полных дней жизни, различают раннюю неонатальную смертность (то есть смертность в течение 7 первых дней жизни) и позднюю неонатальную смертность (то есть смертность имеющую место в период после 7 полных дней жизни до 28 полных дней жизни).

**Неонатальная смертность (НС)** рассчитывается по следующей формуле:

$$НС = \frac{\text{Число детей умерших в возрасте 0-27 дней} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

**Ранняя неонатальная смертность (РНС)** рассчитывается по формуле:

$$РНС = \frac{\text{Число детей умерших в возрасте 0-6 суток} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

**Постнатальная смертность (ПНС)** - это смертность новорожденного в первые сутки после рождения:

$$ПНС = \frac{\text{Число детей умерших в первые сутки после рождения} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

**Поздняя неонатальная смертность (ПНСт)** - это смертность детей в возрасте от 7 до 28 дней после рождения:

$$ПНСт = \frac{\text{Число детей умерших между 7-28 днем после рождения} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

**Постнеонатальная смертность** - смертность детей в возрасте старше месяца до исполнения им 1 года:

$$ПС = \frac{\text{Число детей умерших в возрасте старше месяца до одного года} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

**Коэффициент детской смертности (КДС, смертность детей в возрастном промежутке от года до 5 лет)** рассчитывается по следующей формуле:

$$КДС = \frac{\text{Число детей умерших в возрасте от года до 5 лет} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми в данном году}}$$

Состояние здоровья населения оценивается такими показателями как уровень **заболеваемости, распространенности и инвалидности** населения.

Данные о заболеваемости имеют очень большое значение для характеристики состояния здоровья населения, оценки качества работы ПМСП, а также для текущего и перспективного планирования деятельности организаций здравоохранения.

Заболеваемость показывает уровень, частоту распространения всех вместе взятых болезней и каждой болезни в отдельности среди населения в целом и его отдельных возрастных, половых, социальных, профессиональных и др. группах.

Заболеваемость изучается тремя методами:

- По данным обращаемости за медицинской помощью;
- По результатам медицинских осмотров;
- По анализу причин смерти.

**Первым** методом выявляются острые и хронические заболевания в стадии обострения, **вторым** - хронические заболевания, а также начальные стадии острых заболеваний, **третьим** - наиболее тяжело протекающие заболевания и травмы, явившиеся причиной летальных исходов.

**Заболеваемость** - это совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году выявленных заболеваний среди населения и рассчитывается по следующей формуле:

$$З = \frac{\text{Число новых случаев заболеваний, впервые зарегистрированных в данном году} \times 1000 (100\ 000)}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

**Распространенность заболеваний (ПРЗ)** – это совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных в данном году и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больные вновь обратились в данном году. Показатель распространенности заболеваний рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ПРЗ} = \frac{\text{Число всех случаев заболеваний, зарегистрированных в данном году} \times 1000 (10\ 000)}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

**Структура причин заболеваемости (СПЗ %)** рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{СПЗ} = \frac{\text{Число случаев заболеваний данной патологией} \times 100}{\text{Общее число зарегистрированных заболеваний}} \%$$

**Инвалидность** (от лат. invalidus – слабый, немощный) – это длительная или постоянная, полная или частичная потеря трудоспособности вследствие стойких или трудно обратимых нарушений функций организма в связи с заболеванием, увечьем или дефектом развития. Необходимость изучения инвалидности определяется тем, что она влечет за собой серьезные социальные и экономические последствия, исключая трудоспособную часть населения из общественно-производственной деятельности.

Выделяют первичную инвалидность и общую. Первичная инвалидность отмечается у лиц, впервые признанных инвалидами к данному году. Общая у лиц, признанных впервые инвалидами и инвалидами после переосвидетельствования (как впервые признанной, так и с ранее установленной инвалидностью).

При анализе инвалидности рассчитывают уровень инвалидности (первичной и общей), который является одним из важных показателей состояния здоровья населения.

**Первичная инвалидность** (по группам, нозологиям) рассчитывается по формуле:

$$\text{ПИ} = \frac{\text{Число больных, впервые признанных инвалидами} \times 10\ 000}{\text{Среднегодовая численность населения}}$$

**Показатель общей инвалидности (ПОИ)** рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ПОИ} = \frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами на конец отчетного периода (всего, по полу, возрасту, причине)} \times 10\ 000}{\text{Среднегодовая численность (соответствующего) населения}}$$

**Показатель первичной инвалидности** рассчитывается по следующей формуле:

$$\text{ППИ} = \frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами впервые в данном году (всего, по полу, возрасту, причине)} \times 10\ 000}{\text{Среднегодовая численность (соответствующего) населения}}$$

**Структура причин инвалидности (СПИ, %):**

$$\text{СПИ} = \frac{\text{Число лиц, признанных инвалидами впервые в данном году (по полу, возрасту, причине)} \times 100}{\text{Число лиц, признанных инвалидами впервые в данном году всего}} \%$$

Показателями качества оказания медицинской помощи инвалидам являются:

- Доля инвалидов прошедших реабилитацию в течение отчетного периода (ДИПР);
- Доля инвалидов взрослых и подростков перешедших из первой группы инвалидности во вторую, из второй в третью и у которых инвалидность снята;
- Доля инвалидов среди детей, инвалидность у которых снята.

Показатели рассчитываются по следующей формуле:

$$\text{ДИПР} = \frac{\text{Доля инвалидов среди взрослых и подростков, перешедших из 1 группы во вторую (третью)} \times 100}{\text{Число инвалидов первой (второй, третьей, снята)}}$$

Важным компонентом в организации и оказании качественных медицинских услуг является кадровый потенциал, поэтому необходимо проводить анализ кадровых ресурсов.

При анализе кадровых ресурсов рассчитывают следующие показатели:

$$\text{Коэффициент укомплектованности врачебных должностей} = \frac{\text{Число занятых должностей врачей (др.)} \times 100}{\text{Число штатных должностей (соответственно)}} \%$$

Аналогичным образом можно рассчитать укомплектованность должностей среднего медицинского и прочего персонала, произвести расчеты укомплектованности персоналом в разрезе специальностей.

Наличие сведений о числе физических лиц позволяет определить

коэффициент совместительства (КС): чем выше данный коэффициент, тем ниже качество услуг.

$$КС = \frac{\text{Число занятых должностей}}{\text{Число физических лиц}}$$

Коэффициент совместительства также может быть рассчитан как для всего персонала, так и для всех видов специальностей, имеющих в штате данной организации.

Если имеются данные о количестве обслуживаемого населения, могут быть определены показатели, характеризующие обеспеченность обслуживаемого населения врачами, средним медицинским персоналом:

Данные показатели рассчитываются как показатели соотношения:

$$\frac{\text{Число врачей (среднего медперсонала)}}{\text{на 10 000 населения}} = \frac{\text{число врачей (среднего медперсонала)} \times 10\,000}{\text{численность населения на конец отчетного периода}}$$

Одним из важнейших условий правильной организации первичной медико-санитарной помощи населению является ежегодное планирование объема оказания медицинских услуг. Для чего рассчитывается показатель нагрузки, как для врачей всего, так и для врачей каждой специальности.

Показатель нагрузки для врачей за месяц рассчитывается следующим образом:

$$НВ \text{ (в месяц)} = \frac{\text{Число посещений к врачам за год}}{11}$$

Число рабочих месяцев в году принято за 11 с учетом того, что один месяц в году все врачи находятся в трудовом отпуске.

Может быть рассчитана нагрузка врача в день (час):

$$НВ \text{ (в день)} = \frac{\text{Число посещений к врачам за год}}{\text{Число рабочих дней в году}}$$

Для проведения более детального анализа деятельности ПМСП рассчитываются показатели нагрузки врачей на приеме и на дому.

С целью определения доли профилактических мероприятий рассчитывается доля посещений с профилактической целью, охват профилактическими осмотрами взрослого, детского населения и подростков:

$$\text{Доля профилактических посещений} = \frac{\text{Число профилактических посещений} \times 100}{\text{Общее число профилактических посещений}}$$

Также может быть рассчитана доля посещений по поводу заболеваний:

$$\text{Доля посещений по поводу заболеваний} = \frac{\text{Число посещений по поводу заболеваний} \times 100}{\text{Общее число посещений}}$$

$$\text{Доля взрослого населения, охваченного периодическими осмотрами} = \frac{\text{Число взрослого населения, осмотренного в порядке периодических осмотров} \times 100}{\text{Число лиц, подлежащих осмотрам}} \%$$

$$\text{Охват профилактическими осмотрами подростков} = \frac{\text{Число подростков, осмотренного в порядке профилактических осмотров} \times 100}{\text{Число подростков, подлежащих профилактическим осмотрам}} \%$$

$$\text{Доля детей, охваченных профилактическими осмотрами} = \frac{\text{Число детей, осмотренных в порядке профилактических осмотров} \times 100}{\text{Число детей, подлежащих осмотрам}} \%$$

### Эффективность профилактических осмотров:

**Выявляемость при профилактических осмотрах лиц с нарушениями зрения, слуха, отставания в физическом развитии и т.д.** показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$\frac{\text{Число детей, у которых при профосмотрах выявлены нарушения} \times 100}{\text{Число детей, осмотренных в порядке профилактических осмотров}} \%$$

**Доля подростков, у которых при поведении профилактических осмотров выявлены заболевания.** Показатель рассчитывается по следующей формуле:

$$\frac{\text{Число подростков, у которых при проведении профосмотров выявлены заболевания} \times 100}{\text{Число подростков, осмотренных в порядке профилактических осмотров}} \%$$

### Процент оздоровления подростков:

$$\frac{\text{Число оздоровленных подростков в течение отчетного периода} \times 100}{\text{Число подростков, состоящих под медицинским наблюдением по поводу заболеваний}} \%$$

В республике проводится мониторинг качества оказания медицинских услуг на первичном уровне большим рядом заболеваний, к которым в настоящее время относятся: гипертоническая болезнь, бронхиальная астма, язва желудка и двенадцатиперстной кишки,

железодефицитная анемия, острые респираторные заболевания и острые кишечные инфекции. Для проведения мониторинга данных заболеваний разработаны следующие индикаторы: число случаев поликлинического обслуживания на 1 больного по мониторируемым заболеваниям, уровень обращения пациентов в ГСВ при возникновении неотложных состояний по мониторируемым заболеваниям (число случаев поликлинического обслуживания по экстренным показаниям на 100 больных), уровень направлений на госпитализацию по мониторируемым заболеваниям (число случаев направлений на госпитализацию на 100 больных), частота случаев обслуживания вызовов скорой помощью на 100 больных, число госпитализированных в стационар на 100 больных, число выписанных рецептов по дополнительному лекарственному пакету на 100 больных.

Расчеты индикаторов будут приведены на примере гипертонической болезни (далее ГБ). Расчеты по другим мониторируемым заболеваниям производятся аналогичным образом:

**1. Уровень обращения пациентов в ГСВ при возникновении неотложных состояний по мониторируемым заболеваниям** = число случаев поликлинического обслуживания по поводу гипертонической болезни по неотложным состояниям x 100: число зарегистрированных больных гипертонической болезнью за отчетный период.

**2. Уровень направлений на госпитализацию по мониторируемым заболеваниям** = число больных гипертонической болезнью, направленных на стационарное лечение x 100: число зарегистрированных больных гипертонической болезнью за отчетный период.

**3. Частота случаев обслуживания вызовов скорой помощью по мониторируемым заболеваниям** = число случаев обслуживания вызовов скорой помощью x 100: число зарегистрированных больных гипертонической болезнью за отчетный период.

**4. Уровень госпитализации по мониторируемым заболеваниям** = число лиц, получивших стационарное лечение по поводу гипертонической болезни за отчетный период.

Использование возможностей дополнительной программы ОМС «Лекарственное обеспечение застрахованных граждан на первичном уровне» для лечения и профилактики мониторируемых заболеваний.

**5. Доля застрахованных лиц, получивших лекарственные средства за счет средств ОМС** = число лиц, получивших лекарственные средства за счет средств ОМС x 100: общее число застрахованных лиц.

## Другие индикаторы качества медицинских услуг на уровне ПСМП

### Удельный вес умерших на дому, не наблюдавшихся врачом:

$$\frac{\text{Число умерших на дому, не наблюдавшихся врачом} \times 100}{\text{Общее число умерших на дому}} \%$$

### Удельный вес запущенных случаев туберкулеза и рака

### Удельный вес запущенных случаев со злокачественными новообразованиями:

$$\frac{\text{Число выявленных больных со злокачественными новообразованиями с IV клинической группой за отчетный период} \times 100}{\text{Число выявленных больных со злокачественными новообразованиями всего за отчетный период}} \%$$

### Удельный вес выявленных больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких:

$$\frac{\text{Число выявленных больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких за отчетный период} \times 100}{\text{Число выявленных больных туберкулезом всего за отчетный период}} \%$$

### Одногодичная летальность от злокачественных новообразований:

$$\frac{\text{Число умерших больных, проживших менее одного года со времени выявления злокачественного образования} \times 100}{\text{Число вновь выявленных больных со злокачественными новообразованиями в предыдущий год}} \%$$

### Охват первичным комплексом иммунизированных прививок «управляемых инфекций»:

$$\frac{\text{Число лиц иммунизированных прививками} \times 100}{\text{Число лиц, подлежащих иммунизации}} \%$$

### Соответствие схем наблюдения за детьми до 5 лет оценивается путем проведения экспертизы историй развития ребенка:

$$\frac{\text{Число проэкспертированных карт, в которых не соблюдались схемы наблюдения за детьми в возрасте до 5 лет} \times 100}{\text{Общее число проэкспертированных карт}} \%$$

Соответствие лечения клиническим протоколам оценивается путем проведения экспертизы амбулаторных карт и истории развития ребенка.



$$\frac{\text{Число проэкспертированных карт, в которых лечение пациента не соответствовало клиническим протоколам} \times 100}{\text{Общее число проэкспертированных карт}} \%$$

**Уровень оздоровления женщин с эрозией шейки матки (УОЖ):**

$$\text{УОЖ} = \frac{\text{Число оздоровленных женщин} \times 100}{\text{Общее число женщин с эрозией шейки матки}}$$

**Индикаторы качества оказания медицинских услуг беременным женщинам на уровне ПМСП относятся:**

Для анализа деятельности ГСВ по обслуживанию беременных в дородовой период рассчитываются следующие показатели:

**Количество посещений беременных женщин в дородовой период** = число посещений сделанных к беременным женщинам в дородовой период всего: число женщин с беременностью, у которых посещения закончились родами за отчетный период. При нормальном течении беременности среднее число посещений должно составлять не менее 6.

**Своевременность поступления беременных под наблюдение врача ГВС** – ранний охват беременных медицинским наблюдением. Показатель рассчитывается по следующей формуле.

$$\frac{\text{Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель} \times 100}{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году}}$$

При правильной организации работы ГСВ беременная должна поступить под наблюдение в сроке до 12 недель беременности.

**Доля беременных, подготовленных к родам:**

$$\frac{\text{Число беременных, прошедших психопрофилактическую подготовку к родам} \times 100}{\text{Число беременных, всего}} \%$$

**Доля беременных, беременность которых закончилась преждевременными родами:**

$$\frac{\text{Число беременных, беременность которых закончилась преждевременными родами} \times 100}{\text{Число женщин, закончивших беременность родами в отчетном году}}$$

Частота преждевременных родов составляет 5-8% от общего количества родов, а невынашивания беременности 10-15%.

**Частота возникновения патологических состояний при беременности:**

**а) Частота ранних токсикозов беременности:**

$$\frac{\text{Число беременных, страдавших ранним токсикозом} \times 100}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \%$$

**б) Частота поздних токсикозов беременных:**

$$\frac{\text{Число беременных, страдавших поздним токсикозом} \times 100}{\text{число женщин, родивших в отчетном году}} \%$$

**в) Частота экстрагенитальной патологии:**

$$\frac{\text{Число беременных, страдавших экстрагенитальными заболеваниями (сердца, почек и др. органов)} \times 100}{\text{Число женщин, закончивших беременность, в отчетном году}} \%$$

Экстрагенитальная патология встречается более чем у 30% беременных, поздние токсикозы - 15%, ранние - 5% случаях.

**Частота абортот:**

$$\frac{\text{Число женщин, у которых беременность закончилась абортот (медицинским, спонтанным, по медицинским показаниям)} \times 100}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \%$$

Частота внебольничных абортот, соотношение родов к абортотам зависят от качества работы службы планирования семьи и социального патронажа, от использования средств контрацепции.

**Интервал между родами менее 2-х лет:**

$$\frac{\text{Интервал между родами менее 2-х лет среди всех женщин, беременность которых закончилась родами}}{\text{Число женщин, беременность которых закончилась родами}}$$

**Показатели деятельности стационара**

**Занятость койки в году (Работа койки) (РК)**

$$\text{РК} = \frac{\text{Число проведенных больными дней}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

Среднегодовое число коек (СЧК) определяется следующим образом:

$$\text{СЧК} = \frac{\text{Сумма числа коек за каждый месяц года}}{12}$$

Для определения среднемесячного числа коек (СМЧК):

$$\text{СМЧК} = \frac{\text{Сумма числа коек за каждый день месяца}}{\text{Число дней в данном месяце}}$$

Средняя длительность пребывания пациента на койке (средняя длительность лечения больного в стационаре):

$$\text{СП} = \frac{\text{Число проведенных больными дней}}{\text{Число выбывших больных}}$$

Выбывшие больные = выписанные + умершие.

**Оборот койки:**

$$\text{Оборот койки} = \frac{\text{Число выбывших больных}}{\text{Среднегодовое число коек}}$$

**Нагрузка врача клинического отделения больницы в месяц:**

$$\frac{\text{Число пролеченных больных в течение месяца}}{\text{Число месяцев отчетного периода}}$$

**Уровень внутрибольничных инфекций (ВИ):**

$$\text{УВИ} = \frac{\text{Число случаев внутрибольничной инфекции} \times 100}{\text{Число выбывших больных}}$$

**Уровень больничной летальности (УЛ):**

$$\text{УЛ} = \frac{\text{Число умерших в стационаре} \times 100}{\text{Общее число пролеченных больных}}$$

**Уровень досуточной летальности (УДЛ):**

$$\text{УДЛ} = \frac{\text{Число больных, умерших в стационаре в сутки} \times 100}{\text{Общее число пролеченных больных}}$$

Уровень досуточной летальности может быть рассчитан как для каждого заболевания, так и для больных любого возраста.

**Доля необоснованных госпитализаций (ДНГ):**

$$\text{ДНГ} = \frac{\text{Доля лиц, необоснованно госпитализированных на стационарное лечение} \times 100}{\text{Число лиц, госпитализированных на стационарное лечение}} \%$$

**Доля повторных госпитализаций по поводу одного и того же случая (ДПГ):**

$$\text{ДПГ} = \frac{\text{Число лиц, повторно госпитализированных по поводу одного заболевания за отчетный период} \times 100}{\text{Число лиц, госпитализированных на стационарное лечение}} \%$$

**Оценка дефектов в лечении** проводится путем экспертизы медицинских карт стационарного больного.

**Уровень выявления дефектов в лечении:**

$$\frac{\text{Число проэкспертированных карт, в которых выявлены дефекты} \times 100}{\text{Число проэкспертированных карт}} \%$$

**Уровень полипрогмазии:**

$$\frac{\text{Число проэкспертированных карт, в которых выявлена полипрогмазия} \times 100}{\text{Число проэкспертированных карт}} \%$$

**Хирургическая активность** отделений хирургического профиля (ХА):

$$\text{ХА} = \frac{\text{Число лиц, получивших оперативное лечение в отделении}}{\text{Число пролеченных больных в отделении всего}} \%$$

**Уровень послеоперационной летальности (ПЛ):**

$$\text{ПЛ} = \frac{\text{Число умерших больных после оперативного вмешательства}}{\text{Число лиц, получивших оперативное лечение в отделении}} \%$$

**Средняя длительность пребывания больных в стационаре до проведения плановых операций (СДП ПО):**

$$\text{СДП ПО} = \frac{\text{Число дней, проведенных больными до операции}}{\text{Число больных, получивших оперативное лечение}}$$

**Уровень патолого-анатомических вскрытий (УПАВ):**

$$\text{УПАВ} = \frac{\text{Число патолого-анатомических вскрытий} \times 100}{\text{Число умерших в стационаре}} \%$$

**Доля расхождения патолого-анатомического и клинического диагнозов (ДРПАД):**

$$\text{ДРПАД} = \frac{\text{Число случаев расхождения патолого-анатомических и клинических диагнозов} \times 100}{\text{Число случаев патолого-анатомических вскрытий}} \%$$

Завершающим этапом анализа оценки деятельности учреждения являются выводы, характеризующие объем и качество работы и разработка конкретных предложений направленных на улучшение оказания медицинской помощи населению.

**Литература**

*Абдуллин К.Д.* Медицинская статистика. Б.: 2004 - 165 стр.

*Розыева Р.С., Сыдыков А.С., Байызбекова Д.А.* Биомедицинская статистика. Уч. пособие. Б.: 2009 - 179 стр.

*Кочкоров М., Сыдыков А.С., Акыпбеков К.У.* Основы биомедстатистики. Уч. пособие. Б.: 2012 -143 стр.

*Акматаев Ш.А., Сыдыков А.С., Мурзакаримова Л.К.* Медико-демографическая ситуация и её оценка. Методические рекомендации. Б.: 2001 - 37 стр.

*Алиев К.К., Сыдыков А.С., Мурзакаримова Л.К.* и др. Анализ деятельности учреждений здравоохранения, оказывающих услуги первичной медико-санитарной помощи.

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ**  
(Методические рекомендации)

Дизайнер *К.Абдыжапаров*

Тех.редактор *В.Крутякова*

Корректор *Б.Сыргакова*

Компьютерная верстка *Г.А.Мураталиевой, Н.Токтомамбетовой*

Подписано в печать 24.04.17. Формат 60x84 1/16. Объем 1,25 ил.

Тираж 100. Заказ №358.