

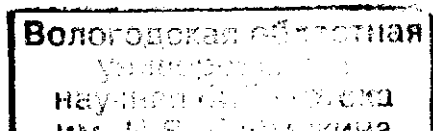


РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ВОЛОГДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЦЭМИ РАН
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕГИОНА

кп 1374552

ВОЛОГДА
2006



- частота совпадения диагноза направившего учреждения и клинического заключительного диагноза стационара в зависимости от характера заболевания у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых;

- больничная летальность, всего, в т. ч. послеоперационная;
- летальность при различных сроках доставки экстренных больных;
- доля доставленных в стационар по экстренным показаниям через 6 часов, 24 часа и позже суток;

- доля повторных поступлений в стационар по поводу одного заболевания;

- экстренность госпитализации в зависимости от источника направления;

- частота совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в стационаре;

- число лиц, пролеченных в дневных стационарах;

- внедрение новых (малоинвазивных и др.) технологий при лечении больных, доля учреждений в процентах.

2. Показатели *доступности медицинской помощи*:

- мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (посещений в смену), в расчете на 10 тыс. населения;

- количество вызовов и число обслуженных службой скорой помощи лиц, в расчете на 1 тыс. населения, в год;

- численность лиц, которым оказана помощь амбулаторно и при выездах, в расчете на 10 тыс. населения;

- наличие обоснованных жалоб и судебных исков к ЛПУ по поводу качества медицинской помощи, абсолютное.

Для анализа эффективности системы здравоохранения требуется сбор и анализ указанных параметров «входа» и «выхода», а также их сопоставление на предмет нахождения зависимости. Опыт осуществления такой методики в Вологодской области уже имеется (его основные результаты представлены в следующем разделе).

Таким образом, поскольку принципы БОР предполагают ориентацию сферы здравоохранения на планирование деятельности в течение 3 - 5 лет, это обуславливает необходимость разработки системы плановых индикаторов, адекватно отражающих результативность деятельности медицинских учреждений и уровень здоровья населения. Для сбора соответствующей информации надо создать систему непрерывного мониторинга, позволяющего своевременно вносить коррективы в функционирование отрасли.

2.3. Некоторые результаты мониторинга здравоохранения Вологодской области

В Вологодской области мониторинг системы здравоохранения осуществляется с 2000 г. За этот период накоплен достаточный опыт для оценки динамики показателей здоровья населения и эффективности функционирования медицинских учреждений. Актуальность исследуемой методики в рамках бюджетирования, ориентированного на результат, была рассмотрена выше. В данном разделе будут представлены основные выводы, которые были сделаны в ходе мониторинга региональной системы здравоохранения и используются в настоящее время при принятии управленческих решений по охране и укреплению здоровья населения.

Анализ эффективности деятельности здравоохранения следует начинать с оценки потребности населения в медицинских услугах. Она характеризуется прежде всего показателями заболеваемости, болезненности и диспансеризации, смертности и инвалидизации населения. Кроме того, определенное влияние на спрос на услуги здравоохранения оказывают и другие демографические показатели (рождаемость, половозрастная структура населения и т.д.).

В последние годы демографическая ситуация в области, как и в стране в целом, не претерпела существенных изменений. Продолжается снижение численности населения, которая за прошедшие десять лет сократилась примерно на 65 тыс. чел. и на начало 2005 г. составила 1245 тыс. чел.

Настораживает тенденция роста показателей убыли населения, возобновившаяся в 2000 г. Данный показатель в 2004 г. достигал 8,4 чел. на 1 тыс. населения (табл. 2.3), что значительно выше общероссийского уровня (для сравнения: естественная убыль населения в целом по Российской Федерации в 2004 г. составляла 6,5; по Северо-Западному федеральному округу - 8,2 чел. на 1 тыс. населения).

**Таблица 2.3. Основные показатели естественного движения населения
Вологодской области (на 1000 чел. населения)**

Показатель	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998 г.	В % к 2003 г.
Число родившихся	8,2	7,9	8,6	9,2	9,9	10,4	10,7	130	103
Число умерших	14,4	15,8	15,7	17,1	18,1	19,8	19,1	133	96
Естественный прирост (убыль)	-6,2	-7,9	-7,1	-7,9	-8,2	-8,2	-8,4	135	102

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области: Демографический ежегодник. - Вологда. 2005.

Среди муниципальных образований области наиболее высокие показатели убыли за последние 3 года были отмечены в Устюженском, Чагодощенском (в среднем 16 - 19 чел. на 1000 населения), Сокольском, Бабаевском, Усть-Кубинском, Вашкинском, Харовском, Вожегодском, Белозерском (13 - 15) районах. Традиционно лучше ситуация обстоит в Вологде и Череповце (4 - 6 чел. на 1000 населения), Верхояжском, Вологодском, Тарногском (6 - 8) районах.

Причинами роста естественной убыли населения являются сохранение невысокого уровня рождаемости и рост смертности. Несмотря на повышение рождаемости на 30% по сравнению с 1998 г., ее уровень остается довольно низким. В то же время смертность увеличивается опережающими темпами (в период с 1998 по 2004 г. произошел рост на 33%; табл. 2.4).

Таблица 2.4. Смертность по классам основных причин смерти населения Вологодской области (число умерших на 100 тыс. чел.)

Причины смерти	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В% к 1998 г.	В% к 2003 г.
Всего	1 439	1 579	1 570	1 706	1 809	1 977	1 915	133	97
Инфекц. и паразит, болезни	6,3	9,5	10,9	12,4	13,8	17,8	14,8	235	83
Психические расстройства	1,3	3,8	4,1	4,8	5,5	7,3	5,4	415	74
Болезни системы кровообращения	869	922	896	967	1 035	1 094	1 046	120	96
Органов пищеварения	31,7	40,7	47,8	58,7	73,2	96,5	119,1	376	123
Несчастные случаи, отравления и травмы	185	221	230	258	266	298	292	158	98
Новообразования	202	218	206	208	203	222	210,7	104	95

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. - Вологда, издания 1999 - 2005 гг.

Структура причин смертности практически не изменилась: основной причиной, по данным за 2004 г., являются заболевания системы кровообращения (55%), далее следуют несчастные случаи, травмы и отравления (15%), на третьем месте - новообразования (11%). Следует обратить внимание на динамику роста смертности от болезней органов пищеварения. Значение этого показателя по сравнению с 1998 г. возросло в 3,8 раза, а по отношению к 2003 г. - на 23%.

Наиболее важными показателями, характеризующими потребность населения в медицинской помощи, служат уровень заболеваемости и болезненности населения.

За последние пять лет уровень заболеваемости несколько увеличился, причем в Вологодской области он значительно выше, чем в России и в Северо-Западном федеральном округе (табл. 2.5). Судя по приведенным данным, заболеваемость практически всеми группами болезней возросла, исключая следующие: инфекционные и паразитарные (их уровень снизился на 7%), болезни крови и кровеносной системы (на 4%), психические расстройства (на 14%), травмы и отравления (на 4%). А значительное увеличение заболеваемости наблюдается в таких группах, как осложнение беременности и родов (на 59%), заболевания мочеполовой системы (на 42%) и заболевания органов кровообращения (на 30%).

Таблица 2.5. Заболеваемость населения Вологодской области по основным группам болезней (на 1000 чел. населения)

Группы болезней	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998	В % к 2003
Всего по Вологодской области	841,9	795	837	817	809	788	801,3	95	102
В том числе по группам болезней:									
инфекционные и паразитарные	44,3	50	53,8	47,6	47	41	41	93	100
новообразования	6,9	6,8	7,5	7,5	7,2	7	7,8	113	111
эндокринной системы	8,4	10,4	9,7	8,4	8,5	8,4	10,1	120	120
крови и кровеносной системы	5,2	5,3	5,5	5,2	5,1	4,8	5	96	104
психические расстройства	8,1	7,7	8,2	6,1	6,3	7,1	7	86	99
органов кровообращения	15,2	17,3	18,2	18,8	17,5	18,2	19,8	130	109
органов дыхания	347,1	385	406	394	385	380	366	105	96
органов пищеварения	22,9	23,7	24,4	23,9	23,1	23,3	24,3	106	104
мочеполовой системы	26,4	27,4	29,2	32,3	30,6	31,8	37,5	142	118
осложнения беременности и родов	31	38,3	43,4	47,6	51,9	49,2	49,3	159	100
кожи и подкожной клетчатки	46,9	45,5	48,7	52,5	52,7	50	54	115	108
костно-мышечной системы	33	31,7	32,5	33,1	32,9	32,6	34	103	104
травмы и отравления	86,7	87,1	83,1	79,6	83,7	82,9	83,5	96	101
Справочно:									
РФ	670,4	710	736	726	745	749	745	111,1	99,5
СЗФО	696	736	754	737	742	749	747	107,3	99,7

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. - Вологда, издания 1999 - 2005 гг.

По данным анализа, уровень болезненности населения ежегодно увеличивается (табл. 2.6). В период с 1998 по 2004 г. показатели болезненности выросли в целом на 16%. При этом некоторое их снижение было зафиксировано только по классам инфекционных и паразитарных болезней (на 2%), а также травм и отравлений (на 6%).

Напротив, существенный рост уровня болезненности был отмечен по классам болезней органов кровообращения (на 59%), осложненной беременности и родов (на 51%), болезней эндокринной (40%) и мочеполовой (32%) систем.

Наиболее высокие показатели болезненности наблюдаются в Сокольском, Междуреченском и Белозерском районах (более 1400 случаев на 1 тыс. населения).

Таблица 2.6. Болезненность населения Вологодской области по основным группам болезней (на 1000 чел. населения)

Классы болезней	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	В % к 1998	В % к 2003
Всего	1183	1256	1318	1324	1329	1330	1376	116	103
В том числе по группам болезней:									
инфекционные и паразитарные	56	61	65	59	60	55	55	98	100
новообразования	23	23	24	24	24	25	27	117	108
эндокринной системы	30	34	36	36	36	37	42	140	114
крови и кровеносной системы	13	14	15	15	15	14,4	14,4	111	100
психические расстройства	44	45	42	40	43	47,3	46,5	106	98
органов кровообращения	94	104	113	120	122	132	149	159	113
органов дыхания	378	418	437	428	421	417	402	106	96
органов пищеварения	70	73	77	80	79	78	80	114	103
мочеполовой системы	56	58	62	68	67	69	74	132	107
осложнения беременности и родов	37	44	49	52	57	54	56	151	104
кожи и подкожной клетчатки	57	55	58	69	65	64	65	114	102
костно-мышечной системы	84	82	93	92	92	91	97	115	107
травмы и отравления	89	89	84	80	84	83	84	94	101

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области. - Вологда, издания 1999 - 2005 гг.

Для более полной характеристики медико-демографической ситуации в области следует дать анализ соответствующих показателей на уровне муниципальных образований. С этой целью проведем ранжирование районов по следующим индикаторам:

- смертность в расчете на 100 тыс. чел.;
- заболеваемость в расчете на 100 тыс. чел.;
- болезненность в расчете на 1 тыс. чел.;
- первичный выход на инвалидность;
- число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении.

Ранжирование представляет собой распределение районов в соответствии с рейтинговыми оценками достижения отдельных показателей или групп показателей.

В таблице 2.7 представлено ранжирование территорий области по медико-демографическим показателям за 2004 г., причем чем лучше значение показателя (выше уровень здоровья населения), тем меньше рейтинговый балл. Наихудшее состояние здоровья населения в последние годы наблюдалось в Междуреченском, Бабаевском, Усть-Кубинском и Сокольском районах.

Таблица 2.7. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по медико-демографическим показателям в 2004 году

Территории	Смертность (в расчете на 100 тыс. человек)	Заболеваемость (в расчете на 100 тыс. чел.)	Болезненность (в расчете на 1000 чел.)	Первичный выход на инвалидность	Число лиц, стоящих на диспансерном наблюдении	Средний рейтинг
Вологодский р-н	4	1	3	12	2	4
Бабушкинский р-н	12	4	2	5	3	5
Нюксенский р-н	5	6	6	3	11	6
Шекснинский р-н	3	7	7	1	14	6
Грязовецкий р-н	10	17	5	8	1	8
г. Череповец	1	15	13	2	10	8
Верховажский р-н	8	3	4	24	5	9
Никольский р-н	20	2	1	13	12	10
Череповецкий р-н	24	5	8	6	7	10
г. Вологда	2	20	22	10	4	12
Тотемский р-н	7	10	18	11	19	13
Кичм.-Городецкий р-н	14	12	19	17	9	14
Сямженский р-н	14	16	11	7	28	15
Кадуйский р-н	10	23	12	4	26	15
Вытегорский р-н	22	9	10	27	8	15
Кирилловский р-н	17	11	9	25	16	16
Вашкинский р-н	25	14	14	14	20	17
Тарногский р-н	6	18	21	23	17	17
Харовский р-н	18	24	23	18	6	18
Вожегодский р-н	19	25	17	20	13	19
Устюженский р-н	28	8	20	22	22	20
Белозерский р-н	16	21	25	16	23	20
Чагодощенский р-н	27	19	16	21	15	20
Великоустюгский р-н	13	22	24	24	21	21
Сокольский р-н	23	28	28	9	18	21
Бабаевский р-н	26	13	15	28	27	22
Междуреченский р-н	9	26	27	26	25	23
Усть-Кубинский р-н	20	27	26	26	24	25

В таблице 2.8 представлено ранжирование территорий по показателям кадрового обеспечения медицинских учреждений. Районы с большей обеспеченностью занимают первые места в таблице

рейтинга. Исходя из полученных рейтингов был рассчитан средний рейтинг каждого района. В 2004 г. наилучшая ситуация наблюдалась в Великоустюгском и Тарногском районах.

Таблица 2.8. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по показателям мощности медицинских учреждений в 2004 году

Территории	Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел.	Обеспеченность ср. мед. персоналом на 10 тыс. чел.	Укомплектованность врачами	Укомплектованность средним мед. персоналом	Средний рейтинг
Тарногский р-н	9	3	2	1	4
Великоустюгский р-н	2	1	12	9	6
Вожегодский р-н	14	18	4	4	10
Вытегорский р-н	17	17	1	5	10
Бабаевский р-н	5	10	13	12	10
Кадуйский р-н	7	20	5	10	11
Вашкинский р-н	20	2	20	6	12
Харовский р-н	9	20	3	15	12
Кичм.-Городецкий р-н	20	8	17	7	13
Сокольский р-н	4	12	10	25	13
Тотемский р-н	13	16	7	17	13
г. Вологда	1	4	20	28	13
Кирилловский р-н	8	19	8	22	14
Устюженский р-н	9	24	6	18	14
Верховажский р-н	24	22	11	2	15
Усть-Кубинский р-н	16	6	19	19	15
Чагодощенский р-н	6	14	18	21	15
Белозерский р-н	12	11	22	13	15
Шекснинский р-н	15	23	14	11	16
г. Череповец	3	25	15	26	17
Бабушкинский р-н	26	15	23	8	18
Грязовецкий р-н	25	26	8	14	18
Сямженский р-н	23	5	26	16	18
Междуреченский р-н	17	13	24	23	19
Нюксенский р-н	19	9	28	20	19
Череповецкий р-н	22	27	16	27	23
Вологодский р-н	27	28	25	24	26

То, насколько эффективной оказалась работа медицинских учреждений, можно оценить путем сопоставления показателей их мощности с медико-демографическими показателями. В соответствии с полученным средним рейтингом сгруппируем районы Вологодской области по мощности медицинских учреждений: районы с рейтингом от 1 до 14 попадут в первую группу, а с рейтингом от 15 до 28 - во вторую. Для первой группы характерна высокая мощность

медицинских учреждений, для второй - низкая. Аналогичная группировка проводится по медико-демографическим показателям, причем первой группе соответствуют высокие показатели здоровья, второй - низкие. По полученным группировкам составим матрицу пересечений показателей мощности медучреждений с медико-демографическими показателями.

В результате сопоставления двух блоков показателей получаем 4 группы районов (табл. 2.9).

Таблица 2.9. Рейтинги эффективности работы медицинских учреждений Вологодской области в разрезе муниципальных образований

		Показатели здоровья населения (спрос на мед. услуги)	
		высокие	низкие
Муниципальное образование	Высокая	1 Грязовецкий р-н Кичменгско-Городецкий р-н Тотемский р-н г. Череповец	2 Бабаевский р-н Вашкинский р-н Великоустюгский р-н Вожегодский р-н Вытегорский р-н Кадуйский р-н Кирилловский р-н Сокольский р-н Тарногский р-н Устюженский р-н Харовский р-н
	Низкая	3 Бабушкинский р-н Великоустюгский р-н Вологодский р-н Грязовецкий р-н Никольский р-н Нижненский р-н Шекснинский р-н г. Вологда	4 Белозерский р-н Междуреченский р-н Сямженский р-н Усть-Кубинский р-н Чагодощенский р-н

Первой группе соответствуют районы с высокой мощностью медучреждений и высоким уровнем здоровья. Благодаря высокой мощности медицинских учреждений обеспечивается высокий уровень здоровья населения.

Во вторую группу входят районы с высокой мощностью медучреждений и низкими медико-демографическими показателями, что говорит о неэффективной работе медучреждений.

Муниципальные образования, входящие в третью группу, имеют низкую мощность медучреждений и высокие медико-демографические показатели. То есть, несмотря на то, что в районах, входящих

в данную группу, невысокие показатели обеспеченности и укомплектованности врачами и средним медицинским персоналом, они имеют достаточно высокие показатели здоровья населения. Однако показатели «нездоровья» населения могут быть завышены за счет их недоучета.

Четвертая группа включает районы с низкой мощностью медучреждений и низкими показателями здоровья населения. Это свидетельствует о неэффективной работе медицинских учреждений. Т.е. низкие показатели здоровья населения в данных районах вызваны нехваткой врачей соответствующей квалификации и среднего медицинского персонала.

Таким образом, использование непрерывного мониторинга в сфере здравоохранения позволяет выявить негативные тенденции в состоянии здоровья населения и функционирования медицинских учреждений. Эти данные, в свою очередь, дают возможность более рационально распределять финансовые ресурсы и использовать их в соответствии с задачами системы здравоохранения.

В то же время необходимо отметить, что мониторинг здравоохранения затрагивает в основном результаты деятельности медицинских учреждений. Вместе с тем на управленческом уровне одной из первоочередных задач внедрения принципов БОР является также решение экономических вопросов, поэтому требуется более глубокий анализ финансовых аспектов функционирования отрасли здравоохранения.

ГЛАВА 3

ПРИМЕНЕНИЕ ФИНАНСОВОГО МАКРОАНАЛИЗА ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Методики оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях

Благосостояние того или иного государства в будущем всегда зависит от возможности правительства обеспечить развитие и функционирование всеобщей и общедоступной системы здравоохранения. В основе определения актуальных стратегических и текущих направлений такого развития, особенно в условиях ограниченности выделяемых ресурсов, должно находиться обоснованное установление приоритетов. Определение приоритетов в сфере здравоохранения - это задача не только политиков, представителей различных социально-профессиональных групп (медиков, эпидемиологов, экономистов, представителей средств массовой информации). Так, анализируя картины смертности и заболеваемости, медики-эпидемиологи вносят свой вклад в процесс принятия решений посредством выявления таких заболеваний, которые по своей распространенности и последствиям (неоправданной инвалидности, преждевременной и предотвратимой смертности) приводят общество к наибольшим социальным и экономическим потерям. Задача экономистов и органов управления здравоохранением - *сопоставление эффективности различных вариантов решений по развитию отрасли с точки зрения требуемых затрат и результатов*. На текущие и долгосрочные приоритеты сильное влияние оказывает целый ряд факторов, включая бюджетные ограничения, спрос на услуги и политическое давление. Представители средств массовой информации и общественные организации разъясняют населению основные элементы государственной и региональной политики и способствуют организации общественного контроля над развитием отрасли.

Основная общественно значимая цель, которая стоит перед здравоохранением России, определена Министерством здравоохранения и социального развития при подготовке доклада на Правительственной комиссии по повышению результативности бюджетных расходов под руководством *А.Д. Жукова* в 2005 году «Повышение доступности и качества медицинской помощи, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия»¹. Данная стратегическая цель направлена на сохранение и укрепление состояния здоровья населения, улучшение качества среды его обитания, создание благоприятных условий его жизнедеятельности, что приведет к увеличению продолжительности жизни людей за счет улучшения качества жизни, к увеличению продолжительности здоровой (активной) жизни путем сокращения заболеваемости и травматизма, к сохранению и укреплению здоровья женщин и детей, снижению младенческой смертности. Роль системы здравоохранения также заключается в увеличении лет жизни лиц, страдающих хронической патологией (сахарный диабет, онкологические заболевания, хронические болезни почек и др.). Следует отметить, что сформулирована данная стратегическая цель весьма широко и она не может быть достигнута благодаря усилиям только Министерства здравоохранения. Для ее достижения необходимы усилия органов власти субъектов РФ и органов местного самоуправления.

Одним из приоритетов деятельности органов здравоохранения Вологодской области является укрепление здоровья граждан, улучшение их социального положения, обеспечение положительной динамики в демографическом процессе региона. Соблюдение прав граждан на бесплатную квалифицированную и качественную медицинскую помощь - одна из главных задач деятельности здравоохранения Вологодской области.

Основные направления развития здравоохранения области определены в соответствии с задачами Стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области» и концепции «Здоровье-21». Главные цели, обозначенные в этих документах, - улучшение демографической ситуации, достижение положительной динамики состояния здоровья граждан, повышение доступности и качества медицинской помощи населению.

¹ Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Минздравсоцразвития России на 2006 год и на период до 2008 года [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.mzsrrf.ru>

Системой здравоохранения накоплен определенный опыт, позволяющий при поддержке государства внедрять принципы бюджетирования, ориентированного на результат, в повседневную практику управления, планирования и финансирования отрасли. В рамках БОР финансирование здравоохранения рассматривается как процесс, в котором ресурсы используются для получения результата, связанного с улучшением состояния здоровья и продлением жизни населения. Поэтому необходимой составной частью является оценка результативности организации медицинской помощи (отраслевой уровень) и результативности лечения и профилактики болезней (уровень учреждений здравоохранения), которая должна определить, приводит ли изменение условий финансирования к желаемым результатам.

В задаче 3.17 концепции «Вологодская область - Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» отмечено: «Необходимо обосновать увеличение инвестиций в деятельность по охране и укреплению здоровья населения на основании анализа затрат на профилактику, лечение и реабилитацию»¹. Одним из методов обоснования увеличения объемов инвестиций в здравоохранение региона и контроля над использованием финансовых средств является финансовый макроанализ, составляющий базу настоящего исследования.

Цель финансового макроанализа - научное объяснение приоритетов реформирования и финансирования регионального здравоохранения на базе комплексного социально-гигиенического изучения эффективности финансовых затрат по оказанию медицинской помощи населению.

Финансовый макроанализ включает в себя три блока: анализ затрат, анализ социальных потерь и собственно финансовый макроанализ, осуществляемый при помощи технического индекса «стоимость-эффективность».

Если для традиционных методов финансового анализа в здравоохранении используются чаще всего абсолютные показатели, такие, как стоимость одного посещения, одного койко-дня и т.п.,

¹ Концепция «Вологодская область - Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». - Вологда, 2000. - С. 20.

то для оценки деятельности системы охраны здоровья в конкретном муниципальном образовании более важным является анализ затрат на душу населения.

Оценка затрат, оценка результативности, сопоставление затрат и результативности представляет собой, так называемый, *частичный анализ*. *Полный анализ* предполагает определение, измерение и сопоставление затрат и результатов по двум или нескольким вариантам, дающие информацию квалифицированному пользователю для принятия решения.

Оценка эффективности в здравоохранении может быть условно разделена на три уровня:

- *Общественно значимая или социальная эффективность* (характеризуется показателями общественного здоровья - смертностью от управляемых причин, первичным выходом на инвалидность, временной нетрудоспособностью по болезни и пр.). Оценка проводится на популяционном уровне исполнительной и законодательной властью с участием общественных организаций и населения.

- *Структурная эффективность* (характеризуется показателями Программы госгарантий по видам медицинской помощи - скорой, стационарной, амбулаторно-поликлинической, стационарзамещающей). Оценка проводится на уровне отрасли здравоохранения муниципального образования или региона в целом органами управления здравоохранением.

- *Медико-экономическая эффективность* (характеризуется показателями достижения результата в лечении тех или иных заболеваний при применении различных методов и схем лечения). Оценка проводится на уровне учреждений здравоохранения органами управления учреждений.

На каждом из уровней может быть использован один из четырех применяемых в практике методов полного экономического анализа:

- > метод «минимизации затрат»;
- > метод «затраты - результативность»;
- > метод «затраты - выгода»;
- > метод «затраты - полезность».

1. Метод «минимизации затрат»

Данный метод сводит принятие решения к простому выбору наиболее дешевого варианта. Он не ограничивается лишь оценкой затрат. *Для* формирования квалифицированного мнения о преиму-

шестве того или иного варианта необходимо быть уверенным в том, что различий в результатах вариантов нет или эти различия несущественны.

На популяционном уровне этот метод в здравоохранении практически не применяется в связи с трудностью достижения общественного согласия по вопросу минимизации инвестиций в сферу здравоохранения.

На отраслевом уровне примером применения данного метода в здравоохранении может быть региональная программа внедрения стационарзамещающих технологий вместо дорогостоящего стационарного лечения. Но при этом сокращение количества коек и перераспределение ресурсов в дневные стационары в любом случае не должно привести к ухудшению показателей здоровья населения по сравнению с базовым вариантом - состоянием этих показателей до начала реструктуризации системы. Так, стоимость одного койко-дня в стационаре в среднем в 3 - 4 раза дороже, чем стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре. Но лечение в дневном стационаре должно быть назначено тогда, когда оно замещает аналогичный набор простых медицинских услуг или повторяет стандартную медицинскую технологию, проводимую в стационаре. В то же время необходимо учесть транспортную доступность дневного стационара (особенно в сельской местности) и социальные факторы - возможность получения бесплатных лекарств для льготной категории больных в амбулаторных условиях.

На уровне учреждений метод минимизации затрат широко применяется при государственных или муниципальных закупках однотипного оборудования, продуктов питания, лекарственных препаратов. В последние годы совершенствуется законодательство в этой области, что существенно облегчает задачу применения данного метода на практике. Экономия от проведения конкурсных и котировочных процедур бывает весьма существенной.

Метод «минимизации затрат» может применяться и при разработке медико-экономических стандартов (протоколов) лечения отдельных заболеваний. Для этого должно создаваться несколько вариантов стандарта лечения:

- Простой (минимальный) - с применением простейших лекарств, простейших операций и манипуляций и минимума диагностических исследований на простой диагностической аппаратуре.

- Сложный (расширенный) - с применением максимально эффективных схем лекарственного лечения, использованием манипуляций и оперативных вмешательств по последнему слову достижений медицинской науки и возможностей оборудования мирового класса.

- Оптимальный (средний) - представляет собой некое усредненное значение первых двух вариантов.

При этом конечный результат достигается во всех трех случаях. Например, аппендэктомия может быть проведена при помощи лапаротомного разреза под местной анестезией с применением в послеоперационном периоде антибиотиков первого поколения или с помощью эндоскопической хирургии под общим наркозом с применением в послеоперационном периоде антибиотиков четвертого поколения. Но качество аппендэктомии с точки зрения потребителя медицинской услуги, т.е. пациента, совершенно разное. При этом сложный стандарт по цене не всегда может оказаться намного дороже простого, т.к. применение дорогих, но эффективных схем лечения приводит к значительному сокращению пребывания больного в стационаре, а следовательно к эффективному использованию основных средств. Использование того или иного стандарта в медицинской практике зависит от объема выделенных на здравоохранение ресурсов. Инвестиционные возможности региональных и муниципальных бюджетов различаются на порядок, а применение простого или расширенного стандарта зависит прежде всего от набора имеющегося диагностического и хирургического оборудования. В любом случае должно быть законодательно закреплено право пациента выбора более сложного стандарта лечения (при возможности его оказания в учреждении здравоохранения), то есть право выбора альтернативной технологии лечения дополнительно к предоставляемому государством бесплатному минимуму.

Показатели, позволяющие оценить ресурсное обеспечение отрасли и эффективность финансирования по методу «минимизации затрат»:

- > Показатели, характеризующие структуру финансирования здравоохранения из различных источников в целом и в расчете на душу населения (бюджет, средства ОМС).

- > Показатели, характеризующие структуру финансирования по видам помощи (стационарная, амбулаторная, стационарзамещающая, скорая).

> Показатели, характеризующие структуру финансирования организаций здравоохранения по экономической классификации затрат.

> Показатели износа основных фондов в здравоохранении.

> Показатели объемов медицинской помощи на душу населения в разрезе видов медицинской помощи.

2. Экономический анализ по методу «затраты - результативность»

Данный метод предполагает сравнение вариантов, направленных на достижение единой цели и различающихся не только затратами, но и степенью достижения результата. Важно, что, используя метод «затраты - результативность», можно сопоставлять совершенно разные программы здравоохранения: например, программы для лечения кардиологических заболеваний, профилактики туберкулеза, почечного диализа при отказе почек и т. д. Главное, чтобы эти программы ставили единую цель, как в данном примере, - продление жизни населения.

Разработка бюджетов всегда связана с конкуренцией отраслей при распределении общественных ресурсов. В ходе внедрения методов бюджетирования для законодательной и исполнительной власти важно определение приоритетов финансирования под понятные, прозрачные цели и с перспективой достижения определенных («оцифрованных») результатов. *На популяционном (отраслевом) уровне* метод «затраты - результативность» должен найти в ближайшем будущем широкое применение, т.к. без него очень трудно перейти от планирования затрат к планированию результатов при разработке региональных и местных бюджетов. В следующей главе подробно изложена одна из методик такого анализа на уровне региона или муниципального образования. Применительно к эффективности в здравоохранении анализ по методу «затраты - результативность» предполагает оценку результатов по увеличению сроков жизни населения, сокращению заболеваемости по тому или иному виду болезней, повышению качества оказанных медицинских услуг и т. д.

На уровне учреждений здравоохранения метод «затраты - результативность» очень широко использовался в конце 1980-х гг. при анализе деятельности по новому хозяйственному механизму как модель конечных результатов, а в настоящее время применяется

в системе обязательного медицинского страхования. Под простейшим результатом при этом понимают оказанный объем услуг (выраженный в количестве койко-дней, посещений, вызовов скорой помощи). Анализируя стоимость единицы услуг в каждом учреждении, можно размещать государственный или муниципальный заказ, выраженный в объемных показателях, там, где стоимость единицы объема дешевле. Применять этот метод, однако, следует с определенной долей осторожности и только в пределах однородных групп учреждений здравоохранения. Например, при сопоставлении двух или нескольких городских больниц или городских поликлиник примерно равной пропускной способности. Разница между тарифами в учреждениях здравоохранения зависит в первую очередь от количества штатных работников, набора имеющегося диагностического оборудования, практики применения тех или иных лекарственных средств и прочих причин. Поэтому выражать результат деятельности учреждения здравоохранения простыми объемными показателями не вполне оправданно. Результаты выполнения объемов следует применять в сочетании с результатами медицинскими или социально значимыми. В рамках нового хозяйственного механизма эта модель конечных результатов оценивалась, как правило, в баллах.

Для оценки эффективности здравоохранения по методу «затраты - результативность», наряду с перечисленными показателями объемов медицинских услуг (койко-дни на 1 тыс. чел. по профилям и уровням оказания медицинской помощи, количество пролеченных больных, количество посещений на 1 тыс. чел., количество вызовов скорой медицинской помощи на 1 тыс. чел., количество дней пребывания в дневных стационарах на 1 тыс. чел.), можно использовать группу следующих результативных показателей:

- *Заболеваемость населения* (число заболеваний, зарегистрированных у больных с впервые установленным диагнозом; на 1 тыс. чел.), в том числе по основным классам болезней.
- *Болезненность* (совокупность всех больных данной болезнью, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения как в текущем, так и в предыдущие периоды и состоявших на учете на конец отчетного периода).
- *Заболеваемость населения с временной утратой трудоспособности* (характеризуется числом календарных дней временной нетрудоспособности).

- *Первичная инвалидность* (характеризуется численностью лиц, впервые признанных инвалидами в текущем году).
- *Смертность* (характеризуется количеством смертей, наступивших в текущем году).
- *Количество жалоб населения на качество оказанных медицинских услуг.*

3. Экономический анализ по методу «затраты - выгода»

В тех случаях, когда сравнительная оценка рассматриваемых вариантов не может быть сведена к единому натуральному показателю, целесообразно проводить анализ по *методу «затраты - выгода»*.

Действительно, программы здравоохранения в различных регионах ставят перед собой различные цели, которые по ряду причин могут одновременно привести как к положительному, так и отрицательному результату. Например, онкологические хирургические операции, с одной стороны, увеличивают показатели продолжительности жизни, а с другой - приводят к росту инвалидности; профилактическая вакцинация против гриппа одновременно снижает уровень заболеваемости и количество дней нетрудоспособности населения.

На *популяционном уровне и отраслевом (управленческом) уровне* данный метод может применяться в здравоохранении при выборе условий предоставления товарного кредита или условий лизинга на приобретение дорогостоящего медицинского оборудования (магнитно-резонансные томографы, рентгеновские цифровые аппараты и т.д.), производство крупных строительных работ в кредит. Под выгодой в этом случае понимают меньшую ставку по кредиту.

В практике *работы учреждений здравоохранения* метод «затраты - выгода» удобно применять в тех случаях, когда затраты и результаты легко выразить в денежном измерении. Например, это лучший вид анализа при реализации платных медицинских услуг. Выбор рынка сбыта, маркетинг, определение границы рентабельности в целях конкурентоспособности услуг требуют от руководства учреждения применения элементов анализа полученной или упущенной выгоды.

4. Экономический анализ по методу «затраты - полезность»

Многие результаты оказания медицинских услуг невозможно выразить в денежном измерении. Невозможно, например, в рублях оценить роль психотерапевтических процедур в период лечения, или повышения квалификации персонала в улучшении качества медицинской помощи, или эффекта снятия острой боли при применении анестезии.

В этом случае в качестве единого показателя для разнородных результатов на практике применяют метод, выражающий результат в годах жизни, скорректированных по качеству (QALY - в английской аббревиатуре). Для того чтобы оценить число QALY, каждому состоянию при каждом виде заболеваний присваивают коэффициенты полезности от 0 (смерть) до 1 (полностью здоров). Далее выигранные годы умножаются на коэффициент полезности, что в итоге и дает число QALY. Например, если ожидаемая продолжительность жизни населения в регионе в результате проводимых реформ в здравоохранении повышается на 5 лет, со средним коэффициентом полезности оказания медицинских услуг 0,7, то результат проводимых реформ оценивается как $0,7 \times 5 = 3,5$ QALY. Такой метод анализа носит название анализ «затраты - полезность».

Оценка коэффициентов полезности проводится экспертным путем и сопряжена с рядом методологических сложностей, связанных, с одной стороны, с отбором квалифицированных экспертов, четкой формулировкой задач, а с другой стороны, с субъективностью оценок и сложностью обработки полученного материала.

Таблица 3.1. Сравнительная характеристика методов экономического анализа

Тип анализа	Показатели (единицы измерения) затрат на альтернативные программы	Совпадение(или различие) результатов	Показатели (единицы измерения) результатов
Анализ минимизации затрат	Денежный эквивалент (рубли)	Идентичны во всех отношениях	Нет
Анализ «затраты - результативность» (затраты-эффективность)	Денежный эквивалент(рубли)	Единый результирующий эффект одинаков для обеих альтернатив, но степень его достижения различна	Натуральные показатели: дополнительные годы жизни, сокращение числа дней нетрудоспособности, потерянные годы потенциальной жизни и т.п.
Анализ «затраты - выгода»	Денежный эквивалент (рубли)	Результирующие эффекты не обязательно совпадают по обоим альтернативам, степень достижения одинаковых результатов может быть различна по рассматриваемым альтернативам	Денежный эквивалент (рубли)
Анализ «затраты - полезность»	Денежный эквивалент (рубли)	Результирующие эффекты не обязательно совпадают по обоим альтернативам, степень достижения одинаковых результатов может быть разной для разных программ	Дни здоровой жизни или (что используется чаще) годы жизни с учетом качества

Экспертная оценка проводится на основе социологического опроса населения и оформляется в виде таблиц коэффициентов полезности для дальнейшей обработки. Разработка анкеты для такого социологического опроса требует привлечения квалифицированных врачей, социологов, психиатров, специалистов в области статистики. Поэтому в российской практике метод «затраты - полезность» трудноприменим и не найдет в ближайшее время широкого распространения на практике ни на *популяционном уровне, ни на отраслевом (управленческом) уровне, ни на уровне учреждений*. Применение этого метода ограничено возможностями имеющейся статистической информации и возможно лишь при проведении отдельных научных исследований.

Таким образом, каждый из представленных методов экономического анализа в здравоохранении может оказаться эффективным в зависимости от ситуации. Их основные отличительные особенности представлены в *таблице 3.1*.

3.2. Методика «затраты — результативность» для оценки эффективности расходов на здравоохранение

В условиях ограниченных финансовых ресурсов первоочередной задачей является выбор приоритетов, который осуществляется с использованием медико-демографических данных о социальных потерях населения управляемой территории в связи с заболеваемостью и обусловленными ею последствиями: неоправданной инвалидностью и преждевременной смертностью. Сведения о социальных потерях населения вследствие отдельных болезней и их групп должны анализироваться совместно с финансовой информацией, которая собирается по определенной схеме для того, чтобы оценить затраты, которые несет территориальная система здравоохранения на профилактику, лечение и реабилитацию населения по каждому из рассматриваемых заболеваний. Такой анализ может быть проведен с использованием различных источников информации, методов и моделей, вся совокупность которых и составляет основу «Методики оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях в целях создания бюджета, ориентированного на результат».

Цель этой методики - сопоставление совокупных затрат бюджета и внебюджетных государственных фондов на финансирование системы здравоохранения с собственно величинами социальных потерь общества от болезней. В совокупные затраты могут быть

включены не только затраты учреждений здравоохранения на профилактическую, лечебную и реабилитационную деятельность, но и затраты, связанные с другими видами социальной активности, способствующими предотвращению возникновения и развития болезни среди населения. К таким видам социальной активности можно отнести, например, деятельность по социальной защите населения, развитию физической культуры и спорта, деятельность государственных и общественных служб и объединений граждан по организации здорового отдыха и т.п.

Показатели смертности - традиционный и наиболее надежный индикатор потерь здоровья населения. Статистическим достоинством этих показателей является достаточно высокая достоверность и объективность, что облегчает возможность проведения межрегиональных сопоставлений. К недостаткам показателей смертности относят то, что они не отражают состояния здоровья живущего населения, а также не учитывают т.н. «не фатальные» исходы болезней, т.е. те нарушения здоровья, которые не приводят к смерти больных. Известно, что в большинстве случаев успехи в борьбе с болезнями, не приводящими к фатальному исходу, никак не будут отражаться на показателях смертности. Вместе с тем для медицины сохранение жизни человека всегда важнее любых других целей и приоритетов. Поэтому можно с уверенностью сказать, что при прочих равных условиях мероприятия, сохраняющие жизнь больных, будут важнее всех других. Использование показателей смертности облегчается существованием хорошо налаженной системы государственной статистики смертности.

Современная статистика смертности дает возможность рассчитывать различные показатели (табл. 3.2). К наиболее употребительным из них относится показатель «потерянные годы

Таблица 3.2. Система основных показателей здоровья населения

Первичные показатели	Производные (расчетные) показатели	Интегральные показатели, характеризующие социально-экономические аспекты здоровья
Смертность (частота, временные и пространственные распределения)	Предстоящая продолжительность жизни в отдельных возрастах	Потерянные годы потенциальной жизни за счет преждевременной смертности от конкретных причин
Заболеваемость с кратковременной и длительной утратой трудоспособности	Продолжительность жизни без инвалидности	Потерянные годы активной жизни за счет болезней и инвалидности
Оценки функционального состояния и резервов адаптированное™	Распределение населения по критериям физического, психического и социального благополучия	Продолжительность жизни, скорректированная по качеству

потенциальной жизни», рассматриваемый в качестве интегральной характеристики ущерба обществу от преждевременной смертности населения.

Существует много методов оценки величины ПГПЖ вследствие преждевременной смертности, самый простой из которых - расчет потерь лет потенциальной жизни, вычисляемых по формуле:

$$\sum_{x=0}^{x=L} d_x(L-x),$$

где:

d — число смертных случаев в возрасте X ;

L - базовое значение продолжительности жизни, означающее возраст, такой, что все смерти ранее этого возраста считаются преждевременными.

Всемирная организация здравоохранения рекомендовала использовать для целей установления приоритетов и мониторинга деятельности систем здравоохранения величины ПГПЖ, рассчитанные для отдельных болезней, на основе базового уровня продолжительности жизни, равного 65 годам. Именно этот базовый уровень является реальным для большинства регионов и муниципальных образований Российской Федерации.

Основными этапами применения методики «затраты - результативность» являются:

> сбор финансовой информации о затратах здравоохранения территории на профилактику, лечение и реабилитацию населения по классам болезней и отдельным заболеваниям за определенный период (как правило, один год);

> сбор первичной информации о лицах, умерших за этот промежуток времени на рассматриваемой территории, с разбивкой по полу, возрасту и причинам смерти;

> расчет совокупности вспомогательных показателей, характеризующих уровень совокупных и относительных затрат (на одно посещение в поликлинике, на один койко-день или на одного выписанного из стационара больного, на одного жителя - по муниципальным территориям, классам болезней и отдельным заболеваниям);

> расчет вспомогательных показателей, характеризующих уровень социальных потерь общества (социальная эффективность деятельности здравоохранения) вследствие преждевременной смертности населения по классам болезней и отдельным заболеваниям;

> проведение собственно анализа эффективности, заключающегося в сопоставлении затрат на единицу потерь по муниципальным образованиям, классам болезней и отдельным заболеваниям;

> интерпретация полученных результатов и разработка рекомендаций по совершенствованию профилактической, лечебной и реабилитационной деятельности здравоохранения территории и отдельных муниципальных образований.

Сбор финансовой информации о затратах здравоохранения территории на профилактику, лечение и реабилитацию населения по массам болезней и отдельным заболеваниям.

В соответствии с законодательством территориальное здравоохранение в Российской Федерации финансируется к основному из двух источников: из средств бюджетов (областного и муниципальных) и средств обязательного медицинского страхования. Средства от платных услуг и добровольного медицинского страхования (3 - 5% финансирования) на результаты деятельности здравоохранения в большинстве учреждений не влияют и в данной методике не учитываются.

Системой ОМС предусмотрена отчетность АПУ перед страховыми медицинскими организациями по счетам, где указывается количество койко-дней в стационарах по нозологическим единицам МКБ-10 и посещений специалистов по профилю. С 2005 г., в связи с началом «монетизации льгот», счета поликлиник также стали персонифицированными, включив в себя информацию не только по профилю специалиста, но и по диагнозу МКБ-10. Тариф посещения каждого специалиста в поликлинике и тариф койко-дня по профилю отделения в ЛПУ утверждается на год по единой методике, принятой областным Тарифным соглашением. Производным от тарифа койко-дня может выступать тариф пролеченного больного по профилю; в этом случае региональными органами управления здравоохранения устанавливается норматив средней длительности пребывания больного на койке (средний расчетный койко-день). В некоторых регионах финансирование проводится по групповым или индивидуальным стандартам (протоколам лечения) - в этом случае применяется тариф пролеченного больного, но не по профилю, а по отдельному диагнозу. В системе ОМС финансируется неполный тариф (зарплата, начисления, медикаменты, питание, мягкий инвентарь). Информация представляется на бумажных и (или) электронных носителях.

Бюджетным финансированием всех уровней информация по МКБ-10 не предусмотрена, есть только бухгалтерская финансовая отчетность. Она, в свою очередь, не учитывает отдельно виды помощи (стационар, поликлиника, скорая помощь, дневной стационар), если все они оказываются одним юридическим лицом, например ЦРБ. Сбор информации о расходах бюджетов по видам помощи впервые предусмотрен на этапе сбора статистической информации по исполнению Программы государственных гарантий (форма №62). В целях развития системы бюджетирования, ориентированного на результат, прежде всего нужно обеспечить соответствие целевых статей бюджетной классификации хотя бы видам расходов Программы госгарантий, т.к. это необходимо для анализа структурной эффективности отрасли и учета объемов финансирования по соответствующим видам (объемам) медицинской помощи (табл. 3.3).

Таблица 3.3. Статьи бюджетной классификации

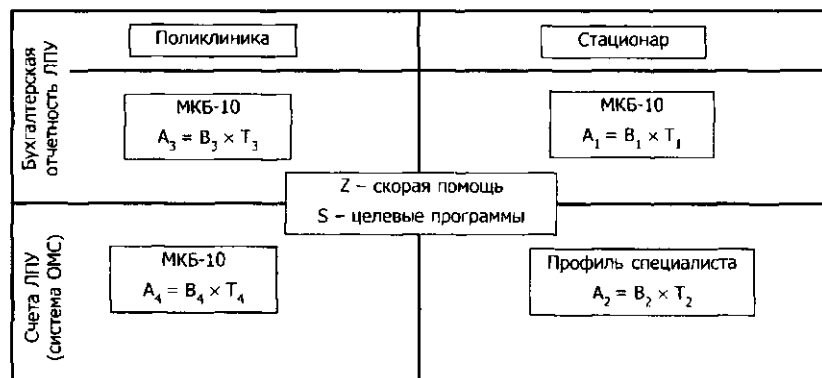
Код	Перечень целевых статей функциональной классификации расходов бюджетов РФ (ФЗ-115 от 15 августа 1996 года с изменениями внесенными ФЗ-174 от 23.12.2004 года «0 бюджетной классификации Российской Федерации»)	№п/п	Перечень видов расходов по Программе госгарантий (методические рекомендации, согласованные с Минфином, отраслевая статистическая форма №62, утвержденная приказом Минздрава РФ и ФОМС от 13.11.2003 №542/58)
470 00 00	Больницы, клиники, госпитали	1	Скорая медицинская помощь
471 00 00	Поликлиники, амбулатории, диагностические центры	2	Амбулаторно-поликлиническая помощь
478 00 00	Фельдшерско-акушерские пункты	3	Стационарная помощь
472 00 00	Станции переливания крови	4	Медицинская помощь в дневных стационарах
486 00 00	Дома ребенка	5	Санаторная помощь
477 00 00	Станции скорой и неотложной помощи	6	Прочие виды медицинской помощи
473 00 00	Санатории для больных туберкулезом	7	Затраты на ведение дела в системе ОМС
474 00 00	Санатории для детей и подростков	8	Затраты субъекта РФ на оказание высокотехнологичных видов медицинской помощи
475 00 00	Санатории, пансионаты и дома отдыха		
479 00 00	Дезинфекционные станции		
469 00 00	Учреждения, обеспечивающие предоставление услуг в сфере здравоохранения		
476 00 00	Родильные дома		

Для программно-целевого планирования на уровне регионов и муниципальных образований в будущем можно применять детализацию бюджетной классификации (например, для ЦРБ: 470 0100 - стационар, 470 0200 - поликлиника, 470 0300 - скорая помощь, 470 0400 - дневной стационар, 470 0500 - койки сестринского ухода и т.д.), позволяющую организовать бухгалтерский учет внутри учреждений по видам помощи, но в настоящий момент это нигде не делается.

Если не организован бухгалтерский учет по видам помощи, тем более трудно сгруппировать расходы бюджета по отдельным классам болезней и по диагнозам в целях проведения анализа эффективности. Но при помощи определенных упрощений и допусков сделать это можно.

Алгоритм сбора первичных данных по затратам на поликлиническое и стационарное обслуживание, на деятельность скорой медицинской помощи и на реализацию целевых программ здравоохранения представлен на схеме (рис. 3.1).

Рис. 3.1. Алгоритм сбора первичных данных



Обозначения:

T_1 - тариф бюджетных затрат, руб./койко-день в стационаре (профиль бюджетных отделений и коек - туберкулезные диспансеры, наркодиспансеры, психобольницы, койки сестринского ухода и пр.);

T_2 - тариф затрат по ОМС, руб./койко-день в стационаре (профиль отделений и коек, финансируемых системой ОМС, - неврологические, онкологические, терапевтические, хирургические и т.д.);

T_3 - тариф бюджетных затрат, руб./посещение поликлиники (по бюджетным профилям специалистов);

T_4 - тариф затрат по ОМС, руб./посещение поликлиники (по профилям специалистов, финансируемых системой ОМС);

B_j - суммарное количество койко-дней, проведенное больными в стационаре на койках бюджетных профилей (по диагнозам МКБ-10);

B_2 - суммарное количество койко-дней, проведенное больными в стационаре на койках, финансируемых фондом ОМС (по диагнозам МКБ-10);

B_3 - суммарное количество посещений поликлиники, специалистов, оплачиваемых за счет средств бюджета (по диагнозам МКБ-10);

B_4 - суммарное количество посещений поликлиники, специалистов, оплачиваемых фондом ОМС (по диагнозам МКБ-10);

A_j - суммарные затраты (по МКБ-10) на стационарное обслуживание на койках бюджетного профиля (психиатрические, наркологические, фтизиатрические и пр.) - рассчитываются по тарифам ЛПУ, аналогичным ОМС (зарплата с начислениями, медикаменты и мягкий инвентарь, питание); остальные статьи финансируются из бюджета по смете и учитываются в методике позже;

A_2 - суммарные затраты фонда ОМС на стационарное обслуживание по МКБ-10 - рассчитываются по счетам ЛПУ в системе ОМС по действующим отчетным формам:

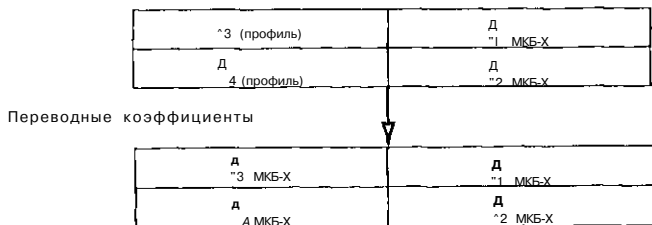
№ стационара	Код заболевания по МКБ-10	Сумма к/дней, проведенных больными в стационаре с данным диагнозом	Тариф на один койко-день	Сумма затрат
		$B_2 (B_i)$	$B (T_0)$	$A_2 (A_i)$
...

A_3 - суммарные затраты (по МКБ-10) на поликлиническое обслуживание по бюджетным профилям (прием психиатра, нарколога, фтизиатра и пр.) - рассчитывается по тарифам ЛПУ, аналогичным системе ОМС, без затрат на питание (зарплата с начислениями, медикаменты и мягкий инвентарь); остальные статьи затрат финансируются из бюджета по смете и учитываются в методике позже;

A_4 - суммарные затраты фонда ОМС на поликлиническое обслуживание (по МКБ-10) - рассчитывается по счетам ЛПУ в системе ОМС по действующим отчетным формам:

№ поликлиники	Код заболевания по МКБ-10	Сумма посещений	Тариф	Сумма затрат
		$B_4 (B_i)$	$T_4 (T_i)$	$M A_3$
...

Если информацию о затратах на уровне поликлиники можно получить только по профилю специалиста без учета диагнозов по МКБ-10, то следует применить переводные коэффициенты, выведенные эмпирическим путем в типичных поликлиниках разного уровня. Коэффициенты для перевода затрат по профилю специалиста в затраты по диагнозам МКБ-10 выглядят следующим образом:



Выведение коэффициентов накладных расходов для уточнения расходов по отдельным заболеваниям и группам болезней.

Полученные на первом этапе сбора информации данные о расходах поликлиник и стационаров в системе ОМС и бюджетов по заболеваниям являются неполными, т.к. в тариф включены расходы на зарплату с начислениями, на медикаменты, мягкий инвентарь и питание. Расходы бюджетов на оборудование, капитальный и текущий ремонт, прочие текущие расходы необходимо распределить на все учтенные на первом этапе сбора информации объемы медицинской помощи как по бюджетным профилям, так и по профилям, финансируемым в системе ОМС. Информацию о расходах бюджета по районам, включая расходы на муниципальные целевые программы (Z), можно получить из годовых бухгалтерских отчетов учреждений здравоохранения. Информацию о расходах по видам помощи - скорой (S), амбулаторно-поликлинической (P) и стационарной (C) - дает статистическая форма №62, заполнение которой обязательно для всех учреждений здравоохранения.

Чтобы распределить расходы бюджетов на поликлиническую и стационарную помощь пропорционально - на рубль расходов - отдельно по стационару и поликлинике, выводятся коэффициенты накладных расходов H_1 и H_2 :

$$H_1 = \frac{C - A_1}{B_1 + B_2}; H_2 = \frac{P - A_3}{B_3 + B_4},$$

где:

P - затраты бюджета на поликлинику;

C - затраты бюджета на стационар;

H_2 - коэффициент накладных расходов по поликлинике на рубль затрат по поликлиникам;

H_1 - коэффициент накладных расходов по стационару на рубль затрат по стационарам.

После получения коэффициентов накладных расходов затраты по отдельным болезням (A_1, A_2, A_3, A_4) пересчитываются для каждого района и типа затрат:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	$A_3 + H_2 \times B_3$	$A_1 + H_1 \times B_1$
ОМС	$A_1 + H_1 \times B_1$	$A_2 + H_1 \times B_2$

Коэффициент неучтенных расходов ОМС

При сборе информации по счетам, полученным от учреждений здравоохранения в системе ОМС, возможна потеря финансовых данных, т.к. счета подвергаются экспертизе со стороны страховых компаний и часть записей уточняется и оплачивается позже. «Неучтенные расходы» в системе ОМС следует включить с помощью коэффициентов накладных расходов K_1 и K_2 .

$$K_1 = \frac{C_1 - A_2 - A_4}{A_2 + A_4}; \quad K_2 = \frac{C_2 - \text{Сумма } C_1}{\text{Сумма } C_1},$$

где:

C_j - общее финансирование территориальной программы за счет средств ОМС по муниципальному образованию (согласно первичным отчетным документам страховых медицинских организаций, направляемым в Территориальный фонд ОМС по каждому муниципальному образованию);

C_2 - исполненный годовой бюджет Территориального фонда ОМС, в т.ч. расходы на финансирование территориальной программы ОМС в целом, затраты на содержание ТФ ОМС, его филиалов и пр. (согласно годовому отчету об исполнении бюджета ТФ ОМС);

K_1 - коэффициент накладных расходов для уточнения финансирования муниципального образования за счет средств ОМС;

K_2 - коэффициент накладных расходов для уточнения финансирования в системе ОМС в целом.

Расходы ОМС уточняются с помощью коэффициентов по формулам таблицы:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	A_2	A_1
ОМС	$A_2 \times (1 + K_1) \times (1 + K_2)$	$A_1 \times (1 + K_1) \times (1 + K_2)$

Учет затрат по скорой помощи можно проводить пропорционально, на рубль расходов, при помощи коэффициента H^3 :

$$H^3 = \frac{S}{A_1 + A_2 + A_3 + A_4},$$

где:

S - затраты бюджета на скорую помощь;

$A_1 + A_2 + A_3 + A_4$ - значения вводятся после уточнений на предыдущих этапах.

Далее учет затрат по скорой помощи ведется по следующим формулам:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	$A^3 \times (1 + H_3)$	$A_1 \times (1 + H_3)$
ОМС	$A_4 \times (1 + H_3)$	$A_1 \times (1 + H_3)$

Затраты на скорую помощь распределяются равномерно - на рубль затрат учреждений на поликлиническую и стационарную помощь, но можно учесть расходы на вызовы скорой помощи при помощи переводных коэффициентов, основанных на статистических данных по МКБ-10, имеющихся на станциях и в отделениях скорой помощи. Такой сбор финансовой информации будет более точным.

Учет затрат на целевые программы

В некоторых муниципальных образованиях и на областном уровне из бюджетов финансируются целевые программы. Расходы по целевым программам (Z) можно отнести к конкретному классу (классам) болезней или даже к отдельным заболеваниям (например, по программам «Материнство и детство», «Сахарный диабет», «Вакцинопрофилактика», «Профилактика артериальной гипертензии», «Меры борьбы с туберкулезом», «Меры борьбы с наркоманией», «Анти-ВИЧ» и пр.). По аналогии с предыдущими этапами сбора финансовой информации для каждой целевой программы выводится свой коэффициент накладных расходов, отнесенный на рубль затрат в тех классах болезней, для которых предназначена целевая программа. Упрощенно расходы целевых программ могут распределяться равномерно по всем классам болезней только с учетом различий по муниципальным образованиям.

Коэффициент неучтенных расходов бюджета

На заключительном этапе сбора финансовой информации следует уточнить сумму бюджетных расходов по муниципальным образованиям, а также расходы консолидированного бюджета. Для учета так называемых «неучтенных расходов бюджета» выводятся коэффициенты K_3 и K_4 :

$$K_3 = \frac{F_1 - A_3}{A_1 + A_2 + A_3 + A_4} \cdot \frac{A_1 - A_2 - A_4}{A_1 + A_2 + A_3 + A_4},$$

где:

K_3 - коэффициент накладных расходов бюджета, отнесенный к одному рублю общих затрат муниципального бюджета по поликлиникам и стационарам;

F_j - расходы бюджетов муниципальных образований по данным годового бухгалтерского отчета.

$$K_4 = \frac{F_2 \cdot \text{Сумма } F_1}{\text{Сумма } F_1},$$

где:

K^4 - коэффициент накладных расходов бюджета, отнесенный к одному рублю общих затрат консолидированного бюджета по поликлиникам и стационарам;

F^2 - расходы консолидированного бюджета за отчетный год.

После вычисления коэффициентов K^3 и K^4 фактические затраты по отдельным болезням (A^1, A^2, A^3, A^4) уточняются коэффициентами по формулам таблицы:

	Поликлиника	Стационар
Бюджет	$A_i \times (1 + K_2) \times (1 + K_4)$	$A_i \times (1 + K_2) \times (1 + 1C)$
ОМС	$A_i \times (1 + K_2) \times (1 + 1C)$	$A_i \times (1 + K_2) \times (1 + 1C)$

Сбор информации проводится за финансовый год. Параллельно собирается статистическая информация о смертности согласно кодировке МКБ-10 и в разрезе муниципальных образований.

В отсутствие государственных учетных форм, позволяющих собирать полную финансовую информацию для анализа в целях отнесения фактических затрат по конкретным диагнозам и классам болезней, неизбежны упрощения и допуски, которые, впрочем, не сильно меняют общую картину. Затраты на медикаменты при оказании стационарной помощи учитываются по тарифам, принятым на уровне субъекта РФ без учета перераспределения расходов на медикаменты внутри ЛПУ по профилям. Тарифы обычно дифференцируются по уровням оказания медицинской помощи (клинический, городской, районный, уровень участковых больниц), а также по профилям (согласно коэффициентам относительной стоимости койко-дня, приведенным в методических рекомендациях по расчету и экономическому обоснованию территориальных программ государственных гарантий), но не отражают фактических затрат по диагнозам. Исключение могут составить регионы, где финансирование в системе ОМС проводится по законченному случаю в соответствии с медико-экономическими стандартами, т. к. специфика лекарственного обследования и лечения учитывается в этом случае в рамках расчета тарифа по каждому конкретному диагнозу.

Затраты на оборудование распределяются по диагнозам и классам болезней равномерно (кроме оборудования по целевым программам), но одни заболевания требуют больших объемов инструментального обеспечения, другие - меньших. Это наиболее трудно дифференцируемые затраты. Их можно учесть, лишь

просчитав технологию оказания медицинской услуги, т.е. включив в расчет медико-экономического стандарта расходы на амортизацию и ремонт оборудования и на приобретение расходных материалов для проведения медицинских анализов и диагностических исследований.

Выходные данные, которые могут быть подучены из финансовой базы данных для анализа:

1. Расходы на душу населения в разрезе пола, возраста (возможно выведение или корректировка половозрастных коэффициентов, используемых для расчета подушевых нормативов финансирования, которые применяются в субъекте РФ при распределении финансирования ТФ ОМС в страховые организации). Поскольку наиболее перспективной с точки зрения развития профилактической медицины является модель подушевого финансирования, а декларация перехода на подушевое финансирование в отрасли уже содержится в Постановлении Правительства РФ «О программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам РФ в 2005 году», данные о половозрастных коэффициентах понадобятся в ближайшем будущем и для распределения бюджетного финансирования на уровне муниципальных образований.

2. Расходы на душу населения в разрезе муниципальных образований. Эти данные могут быть использованы для анализа доступности медицинских услуг в различных муниципальных образованиях субъекта РФ и для оценки процедур выравнивания местных бюджетов с областного уровня, т.к. при предлагаемом алгоритме сбора финансовой информации в подушевых расходах учитываются расходы на областные целевые программы, расходы на лечение в областных учреждениях здравоохранения и в целом расходы консолидированного бюджета и бюджета ТФ ОМС.

3. Анализ структуры расходов в разрезе классов болезней, групповых диагнозов, отдельных заболеваний в целом по субъекту РФ и в отдельности в каждом муниципальном образовании (*уникальная информация*, до сих пор не определена на государственном уровне, но постоянно необходима, о чем свидетельствуют многочисленные запросы Министерства здравоохранения в регионы о предоставлении подобной информации по службам материнства и детства, противотуберкулезной службе, наркослужбе и т.д.). Эта информация необходима также для ориентиров оценки стоимости медико-экономических стандартов по группам болезней или по отдельным диагнозам в случае их разработки (корректировки) на уровне субъекта РФ или муниципального образования.

Таблица 3.4. Структура всех затрат по отрасли «Здравоохранение» по классам заболеваний в Вологодской области в 2004 году

№	Классы заболеваний по МКБ-10	Доля, в %
	Всего	100
1	Болезни органов дыхания	29,2
2	Болезни системы кровообращения	10,8
3	Болезни глаза и его придаточного аппарата	8,8
4	Болезни костно-мышечной соединительной ткани	7,0
5	Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин	6,1
6	Болезни органов пищеварения	5,8
7	Болезни мочеполовой системы	5,4
8	Болезни кожи и подкожной клетчатки	4,7
9	Инфекционные и паразитарные болезни	4,0
10	Психические расстройства и расстройства поведения	3,4
11	Болезни уха и сосцевидного отростка	3,1
12	Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	3,0
13	Болезни нервной системы	2,4
14	Новообразования	1,9
15	Беременность, роды и послеродовой период	1,1
16	Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	1,0
17	Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения	0,4
18	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	0,3
19	Прочие	1,4

Для примера приводится структура расходов по классам болезней одного из субъектов РФ, которая может быть почти типичной для большинства регионов и муниципальных образований (табл. 3.4).

3.3. Методика анализа потерь потенциальной жизни вследствие преждевременной смертности

В структуре смертности по причинам смерти (рис. 3.2) первое ранговое место занимают болезни органов кровообращения (55%, или 1045,7 на 100 тыс. чел.). На втором месте находятся несчастные случаи, травмы и отравления (15%, или 292,0 случая на 100 тыс. чел.), на третьем - новообразования (210,7 на 100 тыс. чел.), на четвертом - болезни органов пищеварения 119,1 на 100 тыс. чел., на пятом месте - заболевания органов дыхания (72,8 на 100 тыс. чел.).

По причинам смертности среди мужчин первые три ранговых места занимают болезни органов кровообращения (46,5%), несчастные случаи, травмы и отравления (22,0%), новообразования (10,8%). Затем следуют болезни органов пищеварения (7,4%) и заболевания

Рис. 3.2. Структура смертности всего населения Вологодской области в 2004 г. по причинам смерти



органов дыхания (5,5%). Структура причин смертности женщин следующая: болезни органов кровообращения (65%), новообразования (11,3%), несчастные случаи, травмы и отравления (6,8%), затем болезни органов пищеварения (4,7%) и заболевания органов дыхания (1,7%).

Первое место в структуре смертности населения трудоспособного возраста занимают несчастные случаи, травмы и отравления (34,9%), второе - заболевания сердечно-сосудистой системы (29,1%), третье - болезни органов пищеварения (12,6%), четвертое и пятое - новообразования (8,3%) и заболевания органов дыхания (5,8%).

Показатель смертности по всем причинам за 2004 г. среди всего населения составил 1914,5 на 100 тыс. чел., что на 3,2% меньше, чем в 2003 г., но на 18% больше по сравнению с 1995 г. (табл. 3.5).

Таблица 3.5. Смертность среди населения Вологодской области по классам некоторых причин смерти (ранговая по 2004 г., число умерших на 100 тыс. населения)

Причины	1995 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2004 г. РФ	2004 г. СЗФО	Темпы роста к уровню 1995 г., %
Всего	1617,0	1809,0	1977,3	1914,5	1596,0	1780,8	118
В т.ч.:							
- от болезней системы кровообращения	927,0	1035,3	1094,2	1045,7	895,4	1019,5	113
- от несчастных случаев, травм и отравлений	233,0	266,0	298,4	292,0	227,5	255,3	126
- от новообразований	208,0	203,3	222,4	210,7	201,7	224,1	101
- от болезней органов пищеварения	42,2	73,2	96,5	119,1	59,3	71,0	282
- от инфекционных и паразитарных болезней	7,4	13,8	17,8	14,8	25,7	27,5	200



		Высокие затраты				Низкие затраты			
		Нюксенский район	19,55	Вожегодский район	13,38	Устюженский район	12,73	Череповецкий район	10,05
Социальные потери (ПГПЖ)	Высокие	Харовский район	15,71	Белозерский район	11,92	Кадуйский район	12,17	Грязовецкий район	9,24
		Кирилловский район	15,20	Сямженский район	11,63	Шекснинский район	11,25	Вытегорский район	8,84
		Вашкинский район	18,32	Усть-Кубинский район	20,74	Никольский район	10,87	Чагодощенский район	8,28
		Междуреческий р-н	18,80	Великоустюгский р-н	21,50	Бабаевский район	10,40	Вологодский район	8,40
	Низкие	Кичм.-Городецкий р-н	19,01	г. Череповец	23,55	Тотемский район	12,56	Верховажский район	13,08
		г. Вологда				Сокольский район	12,10	Бабушкинский район	13,90
						Тотемский район	12,56	Тарногский район	14,67
						г. Вологда	12,72		

Рис. 3.3. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам финансового макроанализа за 2004 г. (индекс)



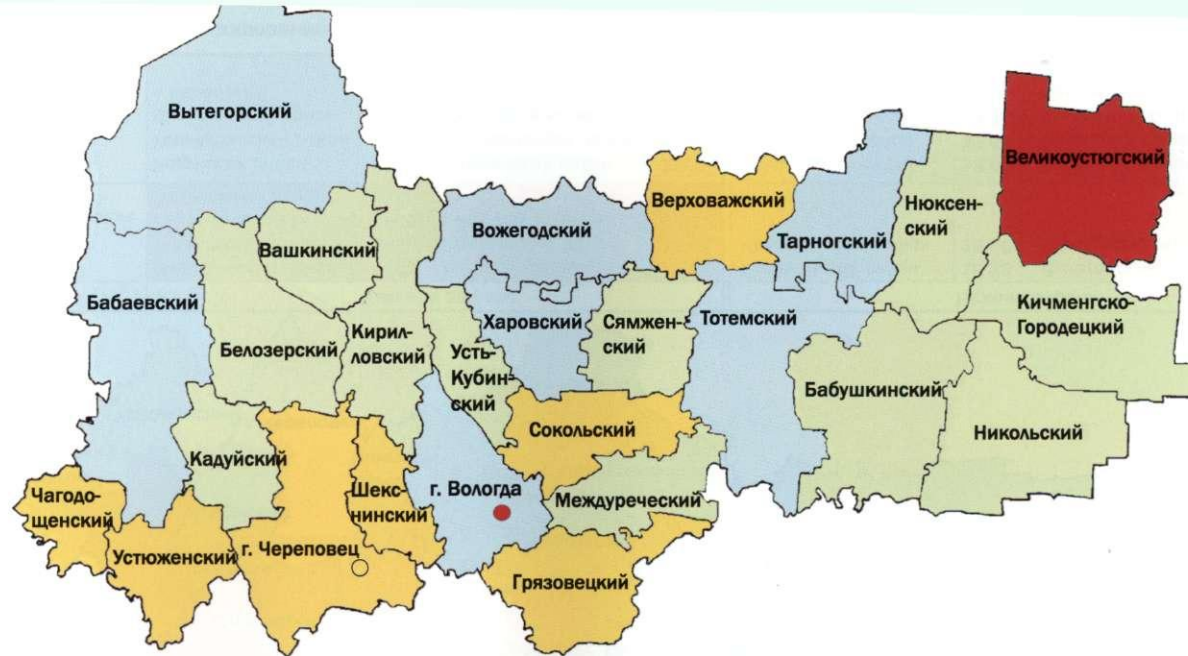
Социальные потери (ПГПЖ)		Высокие затраты				Низкие затраты				
		Высокие	Низкие	Высокие	Низкие	Высокие	Низкие	Высокие	Низкие	
	Высокие	Междуреческий р-н	1,49	Белоозерский район	1,25	Тотемский район	0,98	Никольский район	0,75	
		Кирилловский район	1,44	Бабушкинский район	1,22	Череповецкий район	0,97	Сямженский район	0,70	
		Низкие	Шекснинский район	1,39	г. Вологда	1,73	Вологодский район	0,88	Сокольский район	1,35
			Нюксенский район	1,56	Усть-Кубинский район	1,81	Верховажский район	0,90	Кичм.-Городецкий р-н	1,68
			Устюженский район	1,62	Вашкинский район	2,20	Грязовецкий район	0,93	Великоустюгский р-н	1,79
			Вожегодский район	1,63	г. Череповец	2,68	Тарногский район	1,13	Чagodощенский район	2,36
	Бабаевский район		1,30			Бабаевский район	1,30			

Рис. 3.4. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам макроанализа в классе травм и отравлений за 2004 г. (индекс)



Социальные потери (ПГПЖ)		Высокие затраты				Низкие затраты			
		Высокие	Низкие	Высокие	Низкие	Высокие	Низкие	Высокие	Низкие
	Высокие	Кирилловский район	20,03	Белоозерский район	15,29	Устюженский район	16,28	Вытегорский район	8,93
		Тарногский район	19,22	Вожегодский район	12,65	Череповецкий район	15,90	Чagodощенский район	6,13
		Харовский район	18,28	Бабаевский район	9,57				
		Вашкинский район	17,81						
	Низкие	Кадауйский район	22,55	Нюксенский район	29,79	Грязовецкий район	13,43	Тотемский район	21,10
		Усть-Кубинский район	25,30	Бабушкинский район	52,56	Вологодский район	13,61	Великоустюгский р-н	24,79
		Шекснинский район	25,75	Междуреческий р-н	53,26	Никольский район	19,96	Кичм.-Городецкий р-н	26,40
		г. Череповец	29,42			Сокольский район	20,73	Верховажский район	27,01
						Сямженский район	21,03	г. Вологда	30,06

Рис. 3.5. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам макроанализа



Социальные потери (ПГПЖ)		Высокие затраты				Низкие затраты			
		Великоустюгский р-н	11,76	г. Вологда	8,71	Верховажский район	14,98	Череповецкий район	5,52
Высокие		Устюженский район	12,72	Сокольский район	5,48	Чагодощенский район	10,73	Шекснинский район	5,21
		Грязовецкий район	6,87	г. Череповец	4,82				
Низкие		Кичм.-Городецкий р-н	28,72	Нюксенский район	42,41	Вологодский район	10,06	Вытегорский район	28,25
		Кирилловский район	29,27	Междуреченский р-н	71,07	Бабаевский район	16,62	Тарногский район	28,68
		Усть-Кубинский район	30,97	Бабushкинский район	82,48	Харовский район	21,08	Вожегодский район	73,21
		Никольский район	34,17	Сямженский район	114,23				
		Кадуйский район	35,21	Вашкинский район	141,12	Тотемский район	12,56		
	Белозерский район	40,32							

Рис. 3.6. Ранжирование муниципальных образований Вологодской области по результатам макроанализа в классе болезней органов пищеварения за 2004 г. (индекс)

Как видно из данных таблицы, по основным классам заболеваний наблюдается снижение смертности, за исключением болезней органов пищеварения, которые дали темп прироста показателя за год 23,4%. Практически все региональные показатели смертности по основным причинам в 2004 г. превышали уровень РФ и СЗФО, кроме смертности от инфекционных и паразитарных болезней. Высоким остается уровень смертности в результате несчастных случаев, травм и отравлений. От этих причин умирают преимущественно люди трудоспособного возраста, составляющие основу трудового потенциала области и наиболее активно участвующие в социальной жизни.

Структура социальных потерь от преждевременной смертности отличается от структуры смертности населения. Так, по структуре социальных потерь от преждевременной смертности первое ранговое место по Вологодской области в 2004 г. занимали травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин (средний возраст смерти составил 45 лет); второе - болезни системы кровообращения (средний возраст смерти - 62 года); третье - болезни органов пищеварения (средний возраст смерти - 51 год); четвертое и пятое - новообразования и болезни органов дыхания (средний возраст смерти - соответственно 60 и 54 года) [прил. 15]. В структуре социальных потерь в 2004 г. изменений по сравнению с 2003 г. не произошло.

Для оценки социальных потерь, как уже было показано выше, в российских условиях целесообразнее всего использовать базу данных о смертности населения, ежегодно обновляемую Госкомстатом в каждом субъекте РФ. Территориальная компьютерная база данных об умерших в течение года позволяет использовать в качестве показателя социальной эффективности здравоохранения показатель потенциально потерянных лет жизни. При сравнении социально-экономического ущерба от преждевременной смертности в муниципальных образованиях он служит индикатором работы органов власти и системы здравоохранения по охране здоровья населения. Методика может использоваться руководством крупных промышленных предприятий при выработке решений по развитию социальной инфраструктуры для работников и мер по профилактике заболеваний, наносящих наибольший экономический ущерб предприятию.

Использовать другие измерители социальной эффективности в российских условиях затруднительно, т.к. единых компьютерных систем учета инвалидности и временной нетрудоспособности на уровне субъекта Федерации нет, а корректировка оценки ущерба здоровью с помощью методики DALY (Disability Adjusted Life Years) требует дополнительной демографической информации и специальных крупномасштабных исследований среди населения и врачей, поэтому ее использование нецелесообразно.

В качестве базового значения для анализа, согласно рекомендациям ВОЗ, лучше всего использовать показатель продолжительности жизни, равный 65 годам. Но в каждом субъекте РФ этот показатель может быть задан самостоятельно, исходя из территориальной статистики. Доказано, что при этом конечный результат расчетов будет меняться незначительно¹.

Показатель ПГПЖ рассчитывается для случаев смерти в целом, а также смертности от отдельных заболеваний или их групп, что позволяет установить приоритеты здравоохранения территории.

Собранная по приведенной выше методике информация о преждевременной смертности населения представляет из себя компьютерную базу данных, структурированную в разрезе:

- муниципальных образований;
- классов болезней по МКБ-10;
- групповых диагнозов по МКБ-10 (шифр диагноза без точки);
- конкретных диагнозов по МКБ-10 (шифр с точкой).

Выходные данные, которые могут быть получены за счет базы данных о преждевременной смертности для анализа:

1. Структура социальных потерь в разрезе классов болезней, групповых диагнозов, отдельных заболеваний в целом по субъекту РФ и в отдельности в каждом муниципальном образовании. Соответствующий анализ в большей степени нужен для оценки не просто смертности, а смертности населения в молодом и трудоспособном возрастах, т.е. экономических потерь от преждевременной смертности. Разумеется, деятельность учреждений здравоохранения корректнее оценивать в терминах предотвращенных потерь. Однако из-за отсутствия статистической информации целесообразнее использовать только данные о потерях вследствие преждевременной смертности.

¹ Ермаков С. П., Дуганов М. Д., Макеев А. Н., Колинко А. А. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях). - М., 2000. - С. 41.

Основные результаты расчета показателя ПГПЖ за период 2000 - 2004 г. на территории Вологодской области представлены в *прил. 15*. Для проведения финансового макроанализа важны не столько абсолютные значения ПГПЖ по классам и по диагнозам, сколько относительные величины, выраженные в потенциально потерянных годах жизни в расчете на 1 тыс. населения (*табл. 3.6*).

Таблица 3.6. Показатели ППЖ по классам болезней в Вологодской области (2004 г.)

Код	Классы болезней	Кол-во смертей	Сумма ПГПЖ	ПГПЖ на 1 случай	ПГПЖ на 1000 жителей
19	Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	3 708	74 939	20,21	59,93
9	Болезни системы кровообращения	13171	42 524	3,23	34,01
11	Болезни органов пищеварения	1 511	21 903	14,50	17,52
2	Новообразования	2 648	12 724	4,81	10,18
10	Болезни органов дыхания	923	9 981	10,81	7,98
18	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин, и лаб. исследованиях	1 365	7 492	5,49	5,99
16	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	83	5 168	62,27	4,13
1	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	188	3 757	19,98	3,00
17	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	65	3 304	50,83	2,64
6	Болезни нервной системы	150	2 610	17,40	2,09
5	Психические расстройства и расстройства поведения	68	1 017	14,96	0,81
14	Болезни мочеполовой системы	109	891	8,17	0,71
4	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	114	738	6,47	0,59
15	Беременность, роды и послеродовой период	6	219	36,50	0,18
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	18	225	12,50	0,18
13	Болезни костно-мышечной системы	20	156	7,80	0,12
3	Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14	74	5,29	0,06
21	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	0	0	0	0,00
20	Внешние причины заболеваемости и смертности	0	0	0	0,00
7	Болезни глаза и его придаточного аппарата	0	0	0	0,00
8	Болезни уха и сосцевидного отростка	0	0	0	0,00
	<i>Итого/Среднее</i>	<i>24 161</i>	<i>187 722</i>	<i>14,34</i>	<i>7,15</i>

В 2004 г. наиболее высокие социальные потери (сумма ПГПЖ) по всем причинам смерти регистрировались среди населения в возрасте от 25 до 59 лет (т.е. в трудоспособном возрасте) - 580738 лет. Причем структура социальных потерь в различных возрастных группах выглядит по-разному: так, среди детей, подростков и представителей возрастной группы от 20 до 59 лет первое ранговое место заняли

потери в связи со смертностью от травм и отравлений; среди лиц старше 65 лет - от заболеваний сердечно-сосудистой системы. На втором месте оказалась смертность детей от заболеваний органов дыхания, представителей возрастной группы от 20 до 59 лет - от заболеваний сердечно-сосудистой системы, группы лиц от 15 до 19 лет и 65 лет и старше - от новообразований. Среди лиц мужского пола почти во всех возрастных группах (за исключением категории от 75 до 79 лет) сумма ПГПЖ была больше, чем среди представительниц женского пола, во всех аналогичных возрастных группах.

2. Данные о социальных потерях, выраженных в ПГПЖ на душу населения, в разрезе муниципальных образований могут быть использованы для ранжирования муниципалитетов по степени эффективности мероприятий местной власти по охране здоровья. Ведущей причиной социальных потерь от преждевременной смертности в целом в РФ и в большинстве субъектов и муниципальных образований является смертность от травм, отравлений и воздействия внешних факторов. Внутри этого класса, как правило, пять первых мест занимают не управляемые системой здравоохранения причины - самоубийства, убийства, утопления, отравления алкоголем, угар на пожаре. Смертность от этих причин коррелируется с распространенностью алкоголизации населения, особенно мужского, а также с низким уровнем готовности социальных и психологических служб прийти на помощь человеку, оказавшемуся в критической ситуации. Поэтому посредством показателя ПГПЖ оцениваются действия местной власти в сфере повышении уровня жизни населения, снижения безработицы, отвлечения от пьянства и борьбы с наркоманией и преступностью, сохранения экологически чистой среды и т.д. Система здравоохранения (органы управления и учреждения здравоохранения) в этом смысле лишь часть (хотя и наиболее активная) общей системы охраны здоровья населения.

Показатель ПГПЖ позволяет объективно оценивать состояние системы охраны здоровья в каждом отдельном муниципальном образовании Вологодской области (табл. 3.7). В западных муниципальных образованиях области этот показатель в 2004 г. был в 1,8 раза выше, чем в восточных (максимальное значение имел Чагодощенский район, минимальное - Великоустюгский). Подобная ситуация повторяется на протяжении всего периода наблюдения.

**Таблица 3.7. Показатели ППДЖ по муниципальным образованиям
Вологодской области (2004 г.)**

Код	Муниципальное образование	Население	Кол-во смертей	Сумма ППДЖ	ППДЖ на 1 случай	ППДЖ на 1000 жителей
22	Чагодощенский район	15100	410	2994	7,30	198,28
23	Череповецкий район	40 200	1002	7 633	7,62	189,88
6	Вытегорский район	31 100	754	5 904	7,83	189,84
1	Бабаевский район	24 400	628	4 610	7,34	188,93
3	Белозерский район	20 800	469	3 844	8,20	184,81
14	Никольский район	26 000	619	4 727	7,64	181,81
16	Сямженский район	10 300	226	1 859	8,23	180,49
11	Кирилловский район	18400	418	3 206	7,67	174,24
15	Нюксенский район	11 600	222	1 931	8,70	166,47
24	Шекснинский район	35 600	654	5904	9,03	165,84
21	Харовский район	19 900	470	3 241	6,90	162,86
6	Вожегодский район	18 600	441	2 951	6,69	158,66
10	Кадуйский район	18 200	374	2 826	7,56	155,27
9	Грязовецкий район	40 500	839	6 273	7,48	154,89
20	Устюженский район	21 100	577	3 243	5,62	153,70
2	Бабушкинский район	14 500	308	2160	7,01	148,97
27	Сокольский район	56 300	982	8216	8,37	145,93
25	г. Вологда	297 500	4 998	42156	8,43	141,70
18	Тотемский район	26 200	514	3655	7,11	139,50
4	Вашкинский район	9 800	242	1 333	5,51	136,02
13	Междуреченский район	7 500	153	994	6,50	132,53
17	Тарногский район	15100	292	1 986	6,80	131,52
28	г. Череповец	310100	4 818	40 314	8,37	130,00
5	Верховажский район	16 200	327	2 042	6,24	126,05
19	Угль-Кубинский район	9 300	220	1 148	5,22	123,44
7	Вологодский район	50 300	954	6 008	6,30	119,44
12	Кичм.-Городецкий район	21 800	479	2 405	5,02	110,32
26	Великоустюгский район	64100	864	6 885	7,97	107,41
	<i>Итого/Среднее:</i>	<i>1250 500</i>	<i>23254</i>	<i>180448</i>	<i>7,24</i>	<i>/53,53</i>

Сохраняется значительная неравномерность распределения затрат на душу населения по районам области (табл. 3.8). Различия составляют несколько раз, что связано:

- с неодинаковыми возможностями доходной базы местных бюджетов;
- с уровнем развития сети учреждений здравоохранения в районах;
- со значительной дифференциацией объемов средств целевых программ, направляемых в районы и с неравными возможностями использования областных стационаров для лечения больных из районов и городов.

Использование баз данных в системе обязательного медицинского страхования и распределение расходов бюджета при помощи специальной методики позволили провести анализ затрат по

Таблица 3.8. Расходы на здравоохранение по муниципальным образованиям Вологодской области из всех источников финансирования (2004 г.)

Муниципальное образование	Всего расходов из всех источников по районам	Сумма на 1 чел. (руб.)
г. Череповец	1 311 083,52	4 210,72
г. Вологда	1 168 074,86	3 893,99
Вашкинский	38 278,19	3 858,30
Усть-Кубинский	32 918,60	3 518,82
Междуреченский	26 457,96	3 502,97
Сямженский	36 028,96	3 479,71
Вологодский	170 312,65	3 371,13
Кирилловский	60 281,98	3 262,01
Великоустюгский	205 521,57	3169,09
Сокольский	180 556,01	3155,14
Нюксенский	36 724,63	3148,55
Харовский	63 072,32	3113,61
Тарногский	46 406,95	3 044,08
Вожегодский	56 605,49	3 004,86
Тотемский	77 806,33	2 957,74
Кичм.-Городецкий	61 892,50	2 814,96
Шекснинский	99 801,79	2 789,86
Бабушкинский	41 078,98	2 781,62
Грязовецкий	114 235,07	2 777,55
Белозерский	57 346,02	2699,91
Чагодощенский	41 210,48	2 677,74
Верховажский	43 062,52	2 650,00
Бабаевский	63 908,53	2 586,03
Устюженский	53 760,91	2 512,43
Вытегорский	77 190,73	2 453,61
Никольский	61 20974	2 333,93
Кадуйский	39 665,94	2 158,22
Череповецкий	67 31870	1 658,30
<i>Итого по области</i>	<i>4 331 811,94</i>	<i>3 434,63</i>

классам болезней и отдельно по каждому из диагнозов МКБ-10. В 2003 г. на первом месте по затратам находился класс болезней пищеварения, на втором - органов дыхания, на третьем - системы кровообращения, на четвертом - психические расстройства, на пятом - факторы влияющие на здоровье населения. На этих пяти классах сосредоточено более половины затрат (56,2%). В 2002 г. первое место по затратам занимали заболевания органов кровообращения, второе - болезни органов дыхания, третье - органов пищеварения, четвертое - травмы и отравления, пятое - инфекционные заболевания.

Пятерка наиболее затратных в 2002, 2003 и 2004 гг. заболеваний представлена в *таблице 3.9*. В 2004 г. расходы на эти заболевания составили 2,4 млрд. руб. или 67,32% в структуре всех расходов (*прил. 14*).

Таблица 3.9. Структура затрат по классам болезней и по каждому из диагнозов МКБ-10

Год	Место				
	1	2	3	4	5
2002	Заболевания системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Болезни органов пищеварения	Травмы и отравления	Инфекционные заболевания
2003	Болезни органов пищеварения	Болезни органов дыхания	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Факторы, влияющие на здоровье населения
2004	Заболевания системы кровообращения	Психические расстройства	Инфекционные заболевания	Болезни органов дыхания	Новообразования

Из конкретных нозологических единиц в расчете на душу населения (не следует путать с расчетом на одного больного) наиболее затратными являются:

> В классе болезней органов кровообращения: **(I 20)** - стенокардия; **(I 10)** - эссенциальная или первичная гипертензия; **(I 67)** - цереброваскулярная болезнь (соответственно 128; 110,5; 107; 106 и 64,4 руб. на душу населения).

> В классе болезней психические расстройства и расстройства поведения: **(F 20)** - шизофрения (184,9 рубля на душу населения); **(F 10)** - психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя (102,4); **(F 06)** - психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (59,3); **(F 32)** - депрессивный эпизод (46,3); **(F 79)** - умственная отсталость (41,6).

> В классе инфекционных и паразитарных болезней: **(A 15)** - туберкулез органов дыхания (121,8), **(A 18)** - туберкулез других органов (17,4), **(B 90)** - последствия туберкулеза (10,4), **(A 19)** - милиарный туберкулез (8,2).

> В классе болезней органов дыхания: **(J 44)** - хроническая обструктивная легочная болезнь, **(J 18)** - пневмония, **(J 42)** - хронический бронхит, **(J 45)** - астма, соответственно: 54,6; 23,8; 18,7; 15,1; 14,8 руб. на душу населения.

> В классе новообразований: (С 34) - злокачественные новообразования бронхов и легкого (17,4); (С 50) - злокачественные новообразования молочной железы (15); (С 16) - злокачественные новообразования желудка (12,8); (С 44) - злокачественные новообразования кожи (10,5); (С 18) - злокачественные новообразования ободочной кишки (8,9).

В 2004 г. в целом по области десятка наиболее затратных диагнозов на душу населения выглядела следующим образом:

1. **F 20** - шизофрения (184,9 руб.);
2. **I 20** - стенокардия (128,04 руб.);
3. **I 10** - первичная гипертензия (110,49 руб.);
4. **I 67** - другие цереброваскулярные болезни (107,01 руб.);
5. **I 25** - хроническая ишемическая болезнь сердца (106,02 руб.);
6. **F 10** - психические расстройства, вызванные употреблением алкоголя (102,36 руб.);
7. **A 15** - туберкулез органов дыхания (89,44 руб.);
8. **I 63** - инфаркт мозга (64,42 руб.);
9. **E 11** - инсулинонезависимый сахарный диабет (59,6 руб.);
10. **F 06** - психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга (59,25 руб.).

В основном это заболевания из класса болезней органов кровообращения, психических расстройств и расстройств поведения, а также из класса инфекционных и болезней эндокринной системы.

3.4. Анализ «затраты — результативность»

Полученные базы данных о финансовых затратах (выраженных в рублях на 1 тыс. чел. населения по МКБ-10) и о социальных потерях (выраженных в потенциально потерянных годах жизни на 1 тыс. чел. населения по МКБ-10) могут быть использованы для проведения классического экономического анализа по методу «затраты - результативность». При проведении анализа рекомендуется использовать **технический индекс «стоимость - эффективность»**. Индекс выводится как соотношение затрат в рублях к потерям в ПГПЖ. Значения индекса ниже среднего следует теоретически оценивать как показатель более эффективной работы системы здравоохранения, а значения индекса выше среднего - как показатели менее эффективной деятельности (табл. 3.10).

Таблица 3.10. Технический индекс «стоимость - эффективность» по классам заболеваний (Вологодская область; 2004 год)

Код	Наименование класса	Затраты	Кол-во смертей	Сумма ППГЖ	ППГЖ на 1случай	Затраты на ППГЖ
<i>Деятельность учреждений здравоохранения более эффективна</i>						
7	Болезни глаза и его придаточного аппарата	166 799 468,4	0	0	0,00	0,00
21	Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	7 0195 350,25	0	0,00	0,00	0,00
8	Болезни уха и сосцевидного отростка	16 894 960,44	0	0,00	0,00	0,00
20	Внешние причины заболеваемости и смертности	945 892,76	0	0,00	0,00	0,00
18	Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	11 535 396,89	1 365	7492,00	5,49	1 539,70
19	Травмы, отравления, др. последствия воздействия внешних причин	117 589 070,1	3 708	74 939,00	20,21	1 569,13
17	Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	10 645 240,31	65	3 304,00	50,83	3 221,93
16	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	30 217 886,56	83	5 168,00	62,27	5 847,11
11	Болезни органов пищеварения	192 801 606,7	1511	21 903,00	14,50	8 802,52
	<i>Итого по 9 классам/ Среднее по 9 классам</i>	<i>617624 872,3</i>	<i>6 732</i>	<i>112 806,00</i>	<i>17,03</i>	<i>2331,15</i>
	<i>Итого/Среднее по 21 классу</i>	<i>3 631 705038</i>	<i>24 161</i>	<i>187 722</i>	<i>14,34</i>	<i>138 822,15</i>
<i>Деятельность учреждений здравоохранения менее эффективна</i>						
6	Болезни нервной системы	38 666 959,31	150	2 610,00	17,40	14 814,93
2	Новообразования	215 163 704,6	2 648	12 724,00	4,81	16 910,07
9	Болезни системы кровообращения	923 325 044	13171	42 524,00	3,23	21 713,03
10	Болезни органов дыхания	233 334 622,5	923	9 981,00	10,81	23 377,88
1	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	252 525 717,5	188	3 757,00	19,98	67 214,72
4	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	113 424 739,3	114	738,00	6,47	153 692,06
15	Беременность, роды и послеродовой период	36 054 547,34	6	219,00	36,50	164 632,64
3	Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлек. иммунный Механизм	12 780 311,64	14	74,00	5,29	172 706,91
14	Болезни мочеполовой системы	156 727 379,5	109	891,00	8,17	175 900,54
12	Болезни кожи и подкожной клетчатки	40 367 552,41	18	225,00	12,50	179 411,34
5	Психические расстройства и расстройства поведения	820 568 447,9	68	1017,00	14,96	806 851,96
13	Болезни костно-мышечной системы	171 141 140	20	156,00	7,80	1 097 058,59
	<i>Итого по 12классам/ Среднее по 12 классам</i>	<i>3 014 080 166</i>	<i>17429</i>	<i>74 916,00</i>	<i>12,33</i>	<i>241 190,39</i>

Просто механически свести затраты и потери в некий индекс будет ошибкой, т.к. важны, как мы уже показывали ранее, не столько абсолютные значения затрат и потерь, сколько относительные величины этих показателей, а именно: затраты на душу населения и потери на 1 тыс. чел. Точка пересечения двух дихотомических шкал - «потери» и «затраты» - определяется либо как среднеарифметическое значение для однородных показателей, либо как средняя строка в таблице классов болезней (11 строка в перечне 21 класса болезней).

Варианты интерпретаций технического индекса

Существует **четыре варианта интерпретации технического индекса (табл. 3.11)**. Высокие относительные затраты при высоких относительных потерях характеризуют ситуацию как неэффективное использование ресурсов с точки зрения предупреждения преждевременной смертности, низкие затраты при высоких потерях - как нехватку ресурсов, требующую дополнительного финансирования. Дополнительные ресурсы при этом не обязательно должны быть направлены в систему здравоохранения. Это может быть и социальная или производственная сфера, в зависимости от того, какие мероприятия дадут максимальный эффект по предупреждению или уменьшению преждевременной смертности. Высокие затраты при относительно низких потерях должны оцениваться как избыток средств. При этом возможно перераспределение ресурсов внутри системы здравоохранения на лечение других классов болезней либо с затратных видов помощи, таких, как стационарная, на более дешевые виды помощи - профилактическую медицину или дневные стационары. И наконец, низкие затраты при низких потерях характеризуют ситуацию как реально эффективную с точки зрения предупреждения преждевременной смертности. Актуальность дополнительных ресурсных вложений возрастает при уменьшении

Таблица 3, 11. Варианты технического индекса «стоимость - эффективность»

		Затраты	
		<i>Высокие</i>	<i>Низкие</i>
Социальные потери (ПГПЖ)	Высокие	1. Затраты неэффективны	2. Нехватка ресурсов - дополнительное финансирование: - здравоохранение - социальная сфера - производственная сфера
	Низкие	3. Избыток ресурсов - перераспределение ресурсов: - другие виды заболеваний - меры профилактики	4. Реальная эффективность

технического индекса, а увеличение технического индекса свидетельствует о необходимости повышения эффективности мер по охране здоровья населения.

Выводы справедливы для территорий со сходной структурой и частотой заболеваемости и смертности от основных причин смерти, но не для различающихся территорий и, тем более, учреждений здравоохранения внутри территории. При рассмотрении социальных потерь вследствие преждевременной смертности данный подход лишь частично применим к заболеваниям, последствия которых для населения различны. Критерий преждевременной смертности нельзя использовать при сравнении социального ущерба от болезней кровообращения (высокая смертность), сахарного диабета (средний уровень смертности в сочетании с высоким уровнем снижения трудоспособности больных) и болезней уха и глаза (редкие случаи смерти при высоком уровне снижения трудоспособности).

Таблица 3.12. Макроанализ по классам заболеваний за 2004 год

	Затраты		
	Высокие	Низкие	
Социальные потери (ППЖ)	Высокие	Болезни органов дыхания - 23,38 Болезни системы кровообращения - 21,71 Новообразования - 16,91 Болезни органов пищеварения - 8,80	Травмы и отравления - 1,57
	Низкие	Некоторые инфекционные и паразитарные болезни - 67,21 Психические расстройства и расстройства поведения - 806,85	Болезни глаза и его придаточного аппарата - 0 Факторы, влияющие на состояние здоровья населения - 0 Болезни уха и сосцевидного отростка - 0 Внешние причины заболеваемости и смертности - 0 Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях - 1,54 Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения - 3,22 Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде - 5,85 Болезни нервной системы - 14,81 Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ - 153,69 Беременность, роды и послеродовой период - 164,63 Болезни мочеполовой системы - 175,90 Болезни кожи и подкожной клетчатки - 179,41 Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм - 172,71 Болезни костно-мышечной системы - 1097,06

Анализ по классам болезней

Финансовый макроанализ, проведенный по классам болезней (табл. 3.12), показывает, что затраты неэффективны при лечении болезней органов дыхания (технический индекс равен 23,38), системы кровообращения (21,71), новообразований (16,91), болезней органов пищеварения (8,80). При этом наиболее высокое значение технического индекса отмечается в классе болезней органов дыхания (23,38) и кровообращения (21,71). В этих классах следует принимать меры как по рациональному использованию финансовых средств, так и по устранению социальных факторов, приводящих к преждевременной смертности. Низкие значения технического индекса в классах новообразований (16,91) и болезней органов пищеварения (8,80) характеризуют ситуацию как реально приближающуюся к эффективной.

В классах некоторых инфекционных и паразитарных болезней (67,21), а также психических расстройств и расстройств поведения (806,85), где отмечается избыток ресурсов, следует изменять подходы к лечению. Требуется удешевление медицинской помощи за счет применения мер первичной профилактики и пропаганды здорового образа жизни. Недостаток ресурсов отмечается в классе травм и отравлений (1,57). Здесь следует наращивать инвестиции, прежде всего в обеспечение службы скорой помощи и реанимационных отделений.

Анализ по муниципальным образованиям

Финансовый макроанализ в муниципальных образованиях области (см. *цв. вклейку; рис. 3.3*) позволяет оценить деятельность системы охраны здоровья как неэффективную в Нюксенском (технический индекс равен 19,55) Харовском (15,71), Кирилловском (15,20), Вожегодском (13,38), Белозерском (11,92), Сямженском (11,63) районах.

Избыток ресурсов отмечается в Череповце (технический индекс составил 23,55), Великоустюгском (21,50), Усть-Кубинском (20,74), Кичменгско-Городецком (19,01), Междуреченском (18,80) и Вашкинском (18,32) районах. Во всех вышеназванных муниципальных образованиях неэффективность системы здравоохранения объясняется избыточными коечными мощностями стационаров, а также отчасти нерациональным использованием дорогостоящей скорой медицинской помощи. Именно в этих районах требуется первоочередная реструктуризация стационарной помощи на более дешевую стационарзамещающую.

При помощи компьютерной программы «Финздрав» можно анализировать ситуацию внутри каждого класса болезней и внутри каждого муниципального образования (см. *цв. вклейку; рис. 3.4*). Так, например, в классе травм и отравлений таким муниципальным образованиям, как Череповец (технический индекс - 2,68), Вашкинский (2,20), Усть-Кубинский районы (1,81), Вологда (1,73), следует акцентировать внимание на уменьшении затрат путем улучшения работы первичного звена и снижения затрат на скорую и неотложную помощь. В Тотемском (0,98), Череповецком (0,97), Кадуйском (0,93), Харовском (0,81), Никольском (0,75), Сямженском (0,70), Вытегорском (0,64) районах необходимо провести профилактические мероприятия по снижению социальных потерь от преждевременной смертности. В ряде муниципальных образований, например в Междуреченском (1,49), Кирилловском (1,44) Белозерском (1,25) Бабушкинском (1,22) районах, требуется принимать меры с целью уменьшения затрат и одновременно развития первичной профилактики, анализа больничной летальности, учебы персонала, чтобы уменьшить потери от преждевременной смертности и улучшить качество скорой и неотложной помощи. В Вологодском (0,88), Верховажском (0,90), Грязовецком (0,93) Тарногском (1,13), Бабаевском (1,30), Сокольском (1,35) районах соотношение социальных потерь и затрат по классу травм и отравлений наиболее оптимально. Технический индекс расположен в зоне эффективности.

При проведении макроанализа внутри самого класса травм и отравлений (*прил. 16*) выясняется, что затраты наиболее высоки при переломах бедренной кости (технический индекс равен 561,74); термических и химических ожогах туловища (56,29); открытой ране голени (22,33); при термических ожогах большой площади пораженной поверхности тела (17,58); переломах пояснично-крестцового отдела позвоночника и костей таза (6,01) и др.

Следует обратить внимание на меры по профилактике и снижению летальности от внутричерепных травм (1,67), травм органов грудной полости (1,22), переломов, захватывающих несколько областей тела (0,61), и токсического действия алкоголя (0,16).

В классе болезней кровообращения (см. *цв. вклейку; рис. 3.5*) таким муниципальным образованиям, как Междуреченский (технический индекс 53,26), Бабушкинский (52,56), Ньюсенский районы (29,79), Череповец (29,42), Шекснинский (25,75), Усть-Кубинский (25,30), Кадуйский районы (22,55), необходимо акцентировать внимание на уменьшении затрат в данном классе путем развития дневных стационаров кардиологического (терапевтического) профиля.

В Устюженском (16,28), Череповецком (15,90), Вытегорском (8,93), Чагодошенском (6,13) районах целесообразно провести профилактические мероприятия для снижения социальных потерь от преждевременной смертности, а также уделить внимание улучшению медицинской помощи населению (внедрение более эффективных методов лечения, повышение квалификации медицинского персонала и т.д.) для снижения летальности от патологии органов сердечно-сосудистой системы.

В Вологде (30,06), Верховажском (27,01), Кичменгско-Городецком (26,40), Великоустюгском (24,79) районах требуется принимать меры по реструктуризации стационарных коек терапевтического профиля с целью уменьшения затрат и по развитию первичной профилактики, анализу больничной летальности, учебе персонала с целью уменьшения потерь от преждевременной смертности. Часть муниципальных образований, например, Грязовецкий (13,43), Вологодский (13,61) и Никольский (19,96) районы, в классе заболеваний сердечно-сосудистой системы приближаются к зоне оптимальной эффективности.

Если провести макроанализ внутри самого класса болезней кровообращения (*прил. 17*), выясняется, что при таких диагнозах, как гипертензивная энцефалопатия (технический индекс составляет 202,94), атеросклероз конечностей (307,51), стенокардия (627,91), следует думать о замене стационарной помощи более дешевой амбулаторной или дневными стационарами. Стоит обратить внимание на меры по профилактике и снижению летальности от острых инфарктов сердца и головного мозга. При диагнозах первичная гипертензия (204,46), церебральный атеросклероз (111,09), хроническая ИБС (7,95) необходимо удешевлять медицинскую помощь путем переноса акцента в первичное звено, усиливая профилактику, одновременно принимая меры социального характера по снижению потерь от преждевременной смертности.

В классе болезней органов пищеварения (*см. цв. вклейку; рис. 3.6*) наиболее нерациональное использование средств наблюдалось в Вашкинском (технический индекс равен 141,12), Сямженском (114,23), Бабушкинском (82,48), Междуреченском (71,07), Нюксенском (42,41) и Белозерском (40,32) районах. В зоне эффективности расходования средств при лечении болезней системы пищеварения находились следующие районы: Вологодский (10,06), Бабаевский (16,62), Харовский (21,08).

В разрезе диагнозов (*прил. 18*) нерациональное использование средств наблюдалось при лечении холецистита (технический индекс составил 155,15), грыжи передней брюшной стенки (149,81), гастрита и дуоденита (103,85), желчекаменной болезни (холелитиаз; 70,54), острого аппендицита (94,04), язвы двенадцатиперстной кишки (71,82).

В то же время необходимо увеличить финансирование лечения таких заболеваний, как фиброз и цирроз печени (технический индекс равен 2,68), токсическое поражение печени (0,08), алкогольная болезнь печени (0,05), поскольку здесь фиксируются наиболее высокие социальные потери (за счет высокой летальности населения относительно молодого возраста - от 25 до 50 лет) и низкие материальные затраты.

3.5. Использование оценки эффективности расходов на здравоохранение в бюджетном процессе

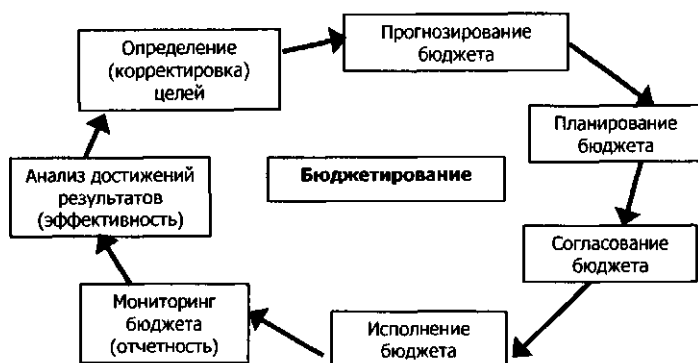
Бюджетный процесс носит циклический характер и представляет собой систему взаимосвязанных процедур подготовки и принятия управленческих решений. В нем выделяются следующие основные этапы:

- прогнозирование бюджета, включая прогноз социально-экономического развития страны и субъекта РФ;
- планирование бюджета, в т.ч. планирование объемов медицинской помощи и финансовое планирование;
- согласование и утверждение бюджета;
- исполнение бюджета (финансирование социальной политики);
- мониторинг и контроль за исполнением бюджета (в системе ОМС - еще и контроль за выполнением объемов медицинской помощи);
- \ • анализ достижения результатов (в настоящее время при традиционном планировании и исполнении бюджета под этим имеется в виду освоение выделенных средств);
- определение (или корректировка) целей будущего бюджетного цикла, в том числе стратегическое планирование.

Ниже представлена схема (*рис. 3.7*), отображающая хронологический порядок реализации бюджетных процедур.

В практике создания бюджета отрасли здравоохранения в настоящее время самая существенная роль принадлежит этапам планирования и согласования бюджета, т.к. именно на этих этапах

Рис. 3.7. Управленческий цикл при создании бюджета



планируются объемные показатели работы учреждений здравоохранения и согласовывается с финансовыми органами размер финансовых средств, которые будут даны на реализацию этих планов. При этом прогнозные показатели учитываются не в полной мере или вовсе игнорируются (например, не проводится индексация расходов на горюче-смазочные материалы в связи с инфляцией, не учитывается кредиторская задолженность прошлых периодов и т.д.). Поскольку в настоящее время бюджеты создаются финансовыми органами не под цели и задачи, а только исходя из достигнутого уровня доходной базы, то все целевые программы, которые были приняты *до* процедуры согласования бюджета, подлежат корректировке под выделенные финансы. Т.е. в процессе создания бюджета перед органами управления здравоохранения ставится задача не достижения определенных результатов, а задача «вписаться» в выделенное отрасли финансирование. При этом инициатива руководителей органов управления здравоохранения и руководителей учреждений здравоохранения гасится принципом содержания учреждений, не зависящего от результата деятельности, и экономия финансовых средств в конце года не остается в распоряжении учреждений, а изымается. Более того, «не исполненный» вследствие экономии бюджет ставится в вину органам управления здравоохранения и является основанием для финансовых органов не рассматривать дальнейшее увеличение финансирования отрасли (по принципу «и так хватает»).

Очевидно, что при внедрении принципов бюджетирования, ориентированного на результат, бюджетный цикл должен быть акцентирован и, по сути, *начинаться с определения целей и задач*

отрасли, достижения общественного согласия по отношению к результирующим показателям. После того как стратегические цели определены и поддержаны активным большинством общества, можно выстраивать «дерево» тактических целей, которые и ложатся в основу разработки прогноза. На этом этапе органам управления здравоохранения необходимо «защитить» правильность своего прогноза перед комиссией, состоящей из представителей не только исполнительной власти, но и законодательной, а также представителей общественности. Лишь после этого должна следовать процедура планирования необходимых для достижения целей ресурсов (кадровых, сетевых и финансовых) с преобладанием программно-целевого метода планирования. Причем и «дерево целей», и плановые показатели достижения результатов должны выстраиваться по ранжиру в порядке приоритетов. Приоритеты могут быть определены исходя из различных критериев, например уровня социально-экономического развития регионов, степени доступности услуг для разных групп населения, наличия достаточного уровня ресурсов для оказания качественной медицинской помощи.

На этапе согласования бюджета речь может идти только об одном: сколько финансовых средств будет выделено отрасли на реализацию поставленных целей (а не на содержание учреждений), и уточнение плановых показателей.

Еще одним очень важным этапом при бюджетировании, ориентированном на результат, становится этап мониторинга, т.к. бюджетная отчетность должна быть прозрачной и позволять отслеживать достижение результата при выделенном финансировании, оценивать эффективность действий органов управления (администраторов, а не главных распорядителей, как сейчас) по реализации планов и достижению результатов. Результаты деятельности отрасли при бюджетировании должны быть заранее определены обществом и являться предметом *отчета исполнительной власти перед законодательной властью и перед населением*. Для еще более прозрачной процедуры корректировки целей на будущий бюджетный цикл необходимо создавать механизм обратной связи с потребителями медицинских услуг, т.е. с населением. В этих целях необходимы широкие социальные исследования общественного мнения (социологические опросы).

Таким образом, цикл создания бюджета состоит из нескольких важных стадий, которые, взаимно дополняя друг друга, образуют непрерывный процесс: конец одного этапа означает начало другого.

Особенностями создания бюджета территориальных фондов ОМС являются следующие моменты:

- территориальная программа ОМС и в настоящее время создается на принципах БОР, в которых в качестве результата рассматривается выполнение учреждениями здравоохранения плановых объемов медицинских услуг;

- » объем необходимых финансов рассчитывается от нормативных величин стоимости единицы объема медицинской помощи (т.е. существует понятие «потребность»);

- реальные тарифы финансирования ЛПУ зависят от фактического наполнения бюджета ТФ ОМС, при этом решающую роль играет размер взносов за неработающее население из бюджета субъекта РФ;

- при неполном тарифе (только пять статей затрат) и недостаточном финансировании (например, на уровне 50% от расчетной потребности по медикаментам) требования со стороны страховых организаций по улучшению качества медицинских услуг не будут реализованы в ЛПУ, т.е. переход в бюджетировании, ориентированном на результат, с уровня *показателей объемов* на уровень *показателей качества* невозможен без обеспечения одноканального финансирования по полному тарифу.

Особенностями создания Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области (далее - Программа госгарантий) являются следующие моменты:

- * процесс создания Программы госгарантий и процесс создания бюджета не увязаны между собой;

- ^> органы управления здравоохранения не участвуют реально в согласовании объемов финансирования муниципальных бюджетов, тем более в расчете субвенций муниципальным образованиям, в связи с чем невозможно способствовать улучшению качества медицинских услуг;

- ^ реально органы управления здравоохранением определяют лишь объемы медицинской помощи (т.е. объемы государственного и муниципальных заказов), но не гарантируют их финансирования.

Методика «затраты - результативность» для оценки эффективности расходов на здравоохранение на региональном и муниципальном уровнях, подробно описанная в IV разделе, может с успехом использоваться в целях создания бюджета, ориентированного на результат, на нескольких этапах бюджетного процесса:

> на этапе согласования общественно значимых задач и критериев результатов работы отрасли с точки зрения общества (самый важный и первый этап в бюджетном процессе, ориентированном на результат) данная методика позволяет объективно аргументировать выделение приоритетов отрасли с точки зрения уменьшения социальных потерь от преждевременной смертности, что является самым главным и желаемым результатом в целом для общества;

> на этапе планирования данная методика позволяет определять тактические задачи и конкретные «оцифрованные» значения достижения результатов в работе отрасли, а именно отвечает на вопросы, что нужно делать: наращивать инвестиции или развивать профилактику, т.е. добиваться удешевления; принимать меры в самой системе здравоохранения или за ее пределами по уменьшению социальных потерь;

> на этапе исполнения бюджета (финансирования) данная методика помогает правильно распределить финансовые потоки внутри принятых целевых программ по муниципальным образованиям, учитывая их местоположение в таблицах анализа;

> и наконец, в перспективе перехода на подушевое финансирование как самый прогрессивный вид финансирования отрасли данная методика позволяет достоверно точно определить величину половозрастных коэффициентов в каждом муниципальном образовании.

На территории региона результатами макроанализа были обоснованы бюджетные затраты по Программе госгарантий и областным целевым программам.

Среднее подушевое финансирование медицинской помощи населению по Программе госгарантий составило: в 2004 г. - 3435 руб. (2003 г. - 3349 руб., 2002 г. - 2408 руб., 2001 г. - 2170 руб., 2000 г. - 1767 руб.). Нарастает доля расходов системы обязательного медицинского страхования в общей структуре расходов здравоохранения (табл. 3.13).

Таблица 3.13. Структура финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на территории Вологодской области за 2000 - 2004 гг.

Наименование	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Структура источников, всего, в том числе млн. руб.	1 822	1 903,7	2 491,7	3 095,6	3 716,5
- бюджет	1193,4	1 110,2	1 330,2	1 621,1	1 920,5
- ОМС	628,6	793,5	1161,5	1 474,5	1 796,0
Структура на душу населения, в том числе, руб.	1 381,3	1 433,5	1 907,6	2 388,6	2 946,8
- бюджет	904,8	841,7	1 018,4	1 250,8	1 522,8
- ОМС	476,6	601,6	889,2	1 137,7	1 424,0

В 2004 г. финансировались из областного бюджета и успешно работали 16 областных целевых программ (ОЦП) и мероприятий в сфере здравоохранения, утвержденных Правительством области. Почти все целевые программы носят профилактический характер, что соответствует стратегии развития медицины как в России, так и за рубежом (табл. 3.14).

Таблица 3.14. Динамика финансирования областных целевых программ в Вологодской области по отрасли «Здравоохранение»

Название программ и мероприятий	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
ОЦП «Здоровый ребенок»	20,759	10,577	31,500	81,47
ОЦМ «Профилактика и лечение артериальной гипертонии»	0,087	0,235	0,250	0,250
ОЦМ «Эффективная лучевая диагностика»	0,000	0,000	0,000	15,00
ОЦП «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками»	3,102	1,000	1,303	1,20
ОЦМ «Льготные лекарства»	33,719	144,195	129,346	159,86
ОЦМ «Анти-ВИЧ/СПИД»	1,031	2,300	6,400	6,328
ОЦП «Сахарный диабет»	40,366	49,800	45,510	52,0
ОЦП «Неотложные меры борьбы с туберкулезом»	3,802	0,840	2,280	3,78
ОЦП «Вакцинопрофилактика»	3,153	2,500	3,100	4,09
ОЦП «Информатизация»	-	-	-	8,998
ОЦМ «Предупреждение распространения ИППП»	-	-	0,650	1,15
ОЦМ «Санитарный автотранспорт»	-	-	2,951	3,1
ОЦМ «Медицина катастроф»	-	-	2,115	1,436
ОЦМ «Развитие донорства крови»	-	-	1,350	1,4
ОЦМ «Развитие онкологической помощи»	-	-	-	12
ОЦМ «Дети-инвалиды»	-	-	-	0,368
Итого	107,041	211,446	226,755	341,636
Количество программ, финансируемых из обл. бюджета	9	8	12	16
Сумма областного бюджета отрасли «Здравоохранение»	394,191	527,869	659,306	889,146
Доля целевых программ (%)	27,2	40,1	34,4	38,4

Примечание. * - в данный период программы не существовало.

Наглядным примером эффективного вложения средств в профилактику заболеваний являются результаты выполнения ОЦП «Вакцинопрофилактика». Повышение объемов иммунизации населения в 1999 и 2000 гг. привело к снижению заболеваемости вирусным гепатитом «В» в 2 раза (рис. 3.8) и краснухой в 22 раза (рис. 3.9).

Рис. 3.8. Заболеваемость населения Вологодской области вирусным гепатитом «В» и объемы иммунизации

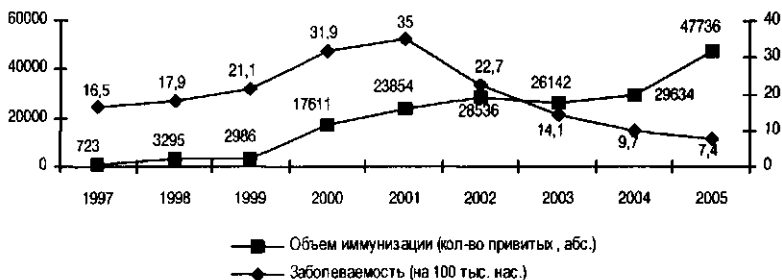
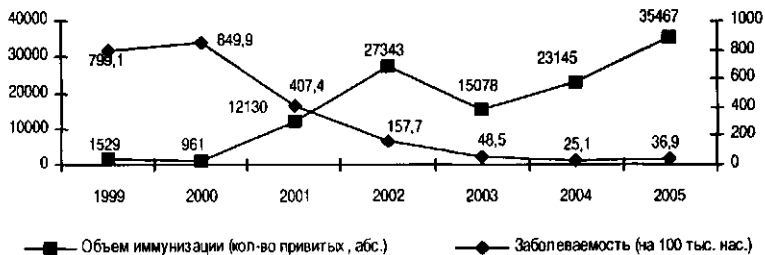


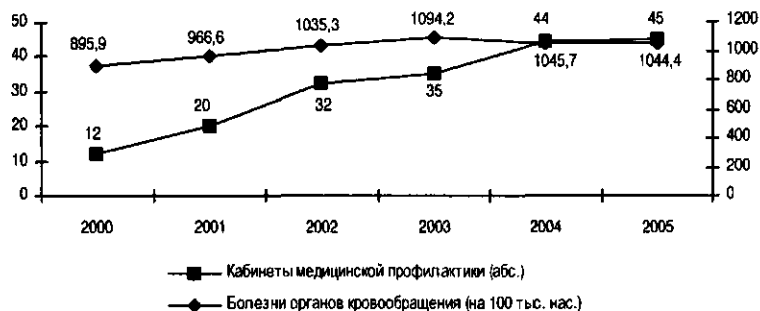
Рис. 3.9. Заболеваемость населения Вологодской области краснухой и объемы иммунизации



Аналогичную картину можно наблюдать при оценке деятельности по профилактике болезней системы кровообращения (рис. 3.10). Эффективность вложения средств в функционирование кабинетов медицинской профилактики оправдала себя уже через четыре года: в 2003 г. прекратилась тенденция увеличения доли болезней органов кровообращения, а к 2005 г. их удельный вес удалось снизить на 5%.

Таким образом, использование финансового макроанализа как одного из инструментов определения эффективных направлений вложения средств может активно применяться в региональной системе здравоохранения с целью обеспечения охраны и укрепления

Рис. 3].10. Профилактическая деятельность по снижению смертности от болезней системы кровообращения



общественного здоровья. Кроме того, практическое внедрение результатов финансового макроанализа в деятельность отрасли на территории Вологодского региона позволило:

1. Обосновать бюджетные затраты по областным целевым программам и Программе государственных гарантий на 2004 год.
2. Определить классы болезней и отдельные заболевания, преждевременная смертность от которых приводит в последние годы к наибольшему социально-экономическому ущербу.
3. Продолжить работу по реструктуризации коечной сети и развитию сети дневных стационаров.
4. Обосновать увеличение доли расходов на здравоохранение в бюджетах всех уровней.
5. Повысить обоснованность управленческих решений.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Постановление Правительства Российской Федерации от 22 мая 2004 г.
№249 г. Москва

О МЕРАХ ПО ПОВЫШЕНИЮ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ БЮДЖЕТНЫХ РАСХОДОВ

Опубликовано 1 июня 2004 г.

Вступает в силу с 9 июня 2004 г.

В целях повышения результативности бюджетных расходов Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Одобрить прилагаемую Концепцию реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 - 2006 годах.

Министерству финансов Российской Федерации, другим федеральным органам исполнительной власти руководствоваться положениями указанной Концепции при формировании и организации исполнения федерального бюджета, а также при подготовке проектов федеральных законов и иных нормативных правовых актов.

Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления разработать и реализовать меры по повышению результативности расходов соответствующих бюджетов согласно основным положениям указанной Концепции.

2. Утвердить прилагаемые:

- Положение о докладах о результатах и основных направлениях деятельности субъектов бюджетного планирования;

- план мероприятий по реализации Концепции реформирования бюджетного процесса в Российской Федерации в 2004 - 2006 годах.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М. Фрадков

Некоторые финансовые показатели деятельности муниципального здравоохранения Вологодской области

Районы области	Зарплата	Рейтинг	Тарифы на медицинские услуги				Рейтинг районов по видам помощи (3 - 6)	Затраты на 1 чел.	Рейтинг	Средний рейтинг (2,7,9)
			Скорая помощь	Стационары	АПУ	Дневные стационары				
Вологодская область	3 481							3 349		
Ш евский р-н	2 965	15	355	196	51	83	15	1 861	21	17
Шихинский р-н	2 499	24	361	176	45	0	13	1 898	18	18
Белозерский р-н	3 000	13	286	266	52	158	10	2 042	11	11
Вашкинский р-н	3 155	8	202	312	44	99	14	2 446	4	9
Великоустюгский р-н	3 300	4	217	339	47	134	10	1 915	16	10
Вельяминовский р-н	3 152	9	251	250	51	0	15	1 820	23	16
Вожегодский р-н	2 487	25	166	281	45	0	19	1 886	20	21
Вологодский р-н	2 236	27	328	250	39	95	17	2 322	5	16
Вытегорский р-н	2 134	28	189	296	44	0	20	1 891	19	22
Грязовецкий р-н	2909	18	237	283	45	66	17	1 797	24	20
Кадуйский р-н	2 929	17	346	286	46	73	13	1 658	26	19
Кирилловский р-н	2711	20	262	259	45	0	17	2 034	12	16
Кичм.-Гордецкий р-н	2 942	16	190	245	58	136	13	1 947	15	15
Междуреченский р-н	3 045	12	573	326	41	108	10	2 251	7	10
Никольский р-н	2319	26	99	277	35	76	21	1 423	27	25
Нюхомский р-н	3511	3	412	270	43	94	14	1 968	13	10
Сохольский р-н	2972	14	196	345	39	69	17	2 140	9	13
Сямженский р-н	2 630	22	382	277	43	0	15	2 073	10	16
Тарногский р-н	2 842	19	309	330	51	73	11	2 226	8	13
Тотемский р-н	3 133	11	170	274	53	166	12	1 835	22	15
Усть-Кубинский р-н	2 590	23	272	238	54	109	13	2 458	3	13
Устюженский р-н	3151	10	249	295	45	95	14	1 962	14	13
Харовский р-н	3182	7	191	249	48	0	19	1 909	17	14
Чагодощенский р-н	2708	21	215	244	64	107	14	1 751	25	20
Черовецкий р-н	3 203	6	0	220	72	67	16	1 191	28	17
Вандинский р-н	3 236	5	186	296	50	90	15	2 279	6	9
Парфеновский р-н	4 573	1	414	413	52	110	4	3 555	1	2
Тарногский р-н	3 588	2	412	413	57	135	4	2 889	2	3

• Рейтинговая оценка выставлялась по убывающей шкале (от районов с самыми высокими показателями к районам с самыми низкими).

Медико-демографические показатели

Территории	Заболеваемость на 100 тыс. чел.					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Болезненность на 100 тыс. чел.					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.		2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	
Бабаевский р-н	53 529	60 611	58 963	47 546	49571	9	102 988	110238	108 426	103 470	105 388	12
Бабушкинский р-н	49 000	48 628	47 889	38 635	34 083	4	79178	79 475	79 718	72 808	68122	2
Белозерский р-н	61 591	70 633	69 269	50 015	54 733	16	120 828	138 585	145 336	143 670	147 362	24
Вашкинский р-н	66 685	69102	73 292	57 810	49 861	16	121 759	117135	119811	110710	104 825	17
Великоустюгский р-н	80 744	82 684	83 035	53 206	56336	22	134 071	135 565	137 438	116 525	127 705	23
Верховажский р-н	42 266	49187	49 271	31 375	33 491	3	78 876	88 810	93 018	73 664	75 793	3
Вожегодский р-н	75 063	81 548	77 991	58 364	62371	23	111 759	122 917	119 597	101 553	110 991	16
Вологодский р-н	53 394	51 089	54 021	30195	25613	3	97331	95 842	100 605	75 813	72 260	4
Вытегорский р-н	60 021	61 076	63 898	41 190	45 744	9	98979	97 432	106 189	81 416	95 372	7
Грязовецкий р-н	68 952	72 249	73 717	49 460	50547	17	99 698	107 822	111 327	86 569	92101	8
Кадуйский р-н	67134	72 587	69 483	55 525	56 821	18	102 771	116199	114330	97 728	101 332	12
Кирилловский р-н	64 246	67 003	64 987	43 702	48 355	11	113 272	117496	115898	94 388	94 070	13
Кичм.-Городецкий р-н	60 434	60 345	60115	48 559	49 070	10	108 845	110786	107 966	108 028	113 543	13
Междуреченский р-н	103 728	94 260	104 271	73 871	68 235	27	188 469	168 514	175 808	154 408	151 437	27
Никольский р-н	47 667	37 670	33 417	25 246	27 040	1	79 836	692 31	64 508	54 901	62 820	1
Нюксенский р-н	67 657	66 899	67153	40 016	41 450	11	103 828	106 370	110815	87 412	92 347	8
Сокольский р-н	113 490	122185	111 279	78 273	86 976	28	179 496	192 629	190 075	161 418	167 955	28
Сямженский р-н	69 492	67 340	79 068	43 768	50 279	16	126195	120 628	135 667	80843	98 028	15
Тарногский р-н	69 389	74 663	66 899	50 870	50 875	18	109 972	120 662	114 099	113241	116 533	17
Тотемский р-н	71 772	74 277	77 720	38 379	46023	15	115 830	127172	139 604	104 771	111 355	19
Усть-Кубинский р-н	65 487	72 850	77 524	68198	83159	21	109 644	116572	126 758	115470	147 521	18
Устюженский р-н	64 611	60 345	66160	32 956	45 475	8	118 068	122 693	118640	93 477	115 245	16
Харовский р-н	90 582	87 387	91 350	58165	60464	25	151 395	146 042	148 730	119125	125 361	25
Чагодощенский р-н	66 837	66 775	63 419	47 444	52 276	13	115817	117176	116 622	96 766	106 515	15
Череповецкий р-н	56 309	59 592	57 440	34 851	36 416	5	91 226	96 943	95 895	76 020	93 883	5
Шекснинский р-н	77 573	69 238	76 659	45171	41 524	15	130 552	126 695	137 010	95 545	93122	17
г. Череповец	88 923	85 362	80 474	49 212	50 047	20	135 569	134 434	129 080	95 209	101 696	18
г. Вологда	101 059	93 830	93 018	56 354	54 687	24	152 925	146 356	146 214	116804	118 043	25

Окончание приложения 3

Территории	Число умерших в расчете на 1 тыс. человек					Рейтинг					Ср. рейтинг	Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении					Рейтинг					Ср. рейтинг
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004	
Бабаевский р-н	23	22	24	27	26	26	22	24	26	26	25	325	334	352	379	382	27	28	26	28	27	27
Бабушкинский р-н	17	20	21	24	21	8	17	15	17	12	14	174	178	182	185	188	4	2	2	2	3	3
Белозерский р-н	18	20	24	26	22	11	17	24	24	16	18	306	300	317	317	323	25	23	23	23	23	23
Вашкинский р-н	18	24	21	24	25	11	26	15	13	25	18	268	282	287	289	293	19	18	19	21	21	19
Великоустюгский р-н	17	19	20	23	22	8	9	9	11	13	10	297	295	294	294	297	24	21	20	22	21	22
Верховажский р-н	19	19	19	21	20	17	9	4	9	8	9	160	195	208	204	218	3	5	4	4	5	4
Вожегодский р-н	20	22	24	26	24	22	22	24	25	19	22	269	269	260	269	278	21	17	15	15	13	16
Вологодский р-н	15	17	19	18	19	4	6	4	3	4	4	160	187	183	190	174	1	3	3	3	2	2
Вытегорский р-н	19	21	21	24	24	17	19	15	14	22	17	201	217	230	226	248	6	7	8	9	8	8
Грязовецкий р-н	16	18	20	23	21	6	8	9	12	10	9	168	160	172	159	152	2	1	1	1	1	1
Кадуйский р-н	18	19	20	25	21	11	9	9	20	10	12	252	287	356	334	356	14	20	27	26	26	23
Кирилловский р-н	20	19	23	25	23	22	9	22	19	17	18	290	302	304	289	285	22	25	22	20	16	21
Кичменгско-Городецкий р-н	19	19	19	22	22	17	9	4	10	14	11	234	227	236	250	248	12	10	9	12	9	10
Междуреченский р-н	18	21	21	25	20	11	19	15	22	9	15	343	305	380	322	351	28	26	28	24	25	26
Никольский р-н	18	19	22	24	24	11	9	19	15	20	15	214	192	243	225	266	7	4	10	8	12	8
Нюксенский р-н	13	15	19	19	19	1	2	4	4	5	3	230	237	245	247	265	11	12	11	11	11	11
Сокольский р-н	20	22	26	24	24	22	22	27	16	23	22	264	298	299	287	291	18	22	21	19	18	20
Сямженский р-н	16	16	20	20	22	6	4	9	8	14	8	296	300	339	343	401	23	23	25	27	28	25
Тарногский р-н	18	17	18	19	19	11	6	3	6	6	6	268	286	279	274	285	19	19	18	16	17	18
Тотемский р-н	15	16	20	19	20	4	4	9	4	7	6	219	236	277	281	292	8	11	17	17	19	14
Усть-Кубинский р-н	19	21	19	25	24	17	19	4	22	20	16	249	252	258	256	329	13	13	14	13	24	15
Устюженский р-н	23	27	23	28	27	26	28	22	27	28	26	254	256	271	281	308	16	15	16	18	22	17
Харовский р-н	20	22	22	25	23	22	22	19	20	18	20	227	221	215	208	220	10	8	5	5	6	7
Чагодощенский р-н	26	25	27	29	27	28	27	28	28	27	28	257	259	256	262	282	17	16	13	14	15	15
Череповецкий р-н	17	19	22	24	25	8	9	19	17	24	15	191	197	219	224	238	5	6	6	7	7	6
Шекснинский р-н	19	19	20	19	18	17	9	6	3	9	9	307	320	323	327	278	26	27	24	25	14	23
г. Череповец	13	14	14	16	15	1	1	1	1	1	1	252	253	248	246	256	14	14	12	10	10	12
г. Вологда	13	15	15	17	17	1	2	2	2	2	2	220	222	222	220	216	9	9	7	6	4	7

Показатели обеспеченности ресурсами здравоохранения Вологодской области

Территории	Укомплектованность врачами			Рейтинг			Средний рейтинг	Укомплектованность средним медицинским персоналом			Рейтинг			Средний рейтинг
	2002	2003	2004	2002	2003	2004		2002	2003	2004	2002	2003	2004	
Бабаевский р-н	88	93	54	17	8	13	13	99	99	80	4	4	12	7
Бабушкинский р-н	68	67	46	28	28	22	26	95	91	84	20	25	8	18
Белозерский р-н	75	80	48	26	21	21	23	93	96	80	24	15	13	17
Вашкинский р-н	100	92	51	1	10	20	10	97	97	84	12	12	6	10
Великоустюгский р-н	100	100	54	1	1	12	5	100	100	81	1	1	9	4
Верховажский р-н	91	88	55	11	16	11	13	96	99	89	16	4	2	7
Вожегодский р-н	95	95	59	6	3	4	4	99	99	86	4	4	4	4
Вологодский р-н	86	78	44	19	26	24	23	98	94	69	9	20	24	18
Вытегорский р-н	99	95	67	3	3	1	2	99	99	85	4	4	5	4
Грязовецкий р-н	91	92	57	11	10	8	10	98	97	77	9	12	14	12
Кадуйский р-н	94	93	58	8	8	5	7	100	100	81	1	1	10	4
Кирилловский р-н	80	91	57	23	13	8	15	98	96	70	9	15	22	15
Кичм.-Городецкий р-н	96	95	52	5	3	17	8	100	100	84	1	1	7	3
Междуреченский р-н	84	79	46	20	24	23	22	88	90	69	28	27	23	26
Никольский р-н	91	89	40	11	15	26	17	97	97	89	12	12	2	9
Нюксенский р-н	80	80	36	23	21	27	24	90	93	72	27	22	20	23
Сокольский р-н	93	94	56	9	7	10	9	96	96	66	16	15	25	19
Сямженский р-н	75	71	44	26	27	25	26	96	98	77	16	9	16	14
Тарногский р-н	90	88	61	14	16	2	11	99	98	90	4	9	1	5
Тотемский р-н	93	92	57	9	10	7	9	97	95	77	12	19	17	16
Усть-Кубинский р-н	82	80	51	22	21	19	21	97	88	75	12	28	19	20
Устюженский р-н	98	100	58	4	1	6	4	91	92	76	26	24	18	23
Харовский р-н	89	83	60	16	20	3	13	96	96	77	16	15	15	15
Чагодощенский р-н	79	79	51	25	24	18	22	94	93	71	21	22	21	21
Череповецкий р-н	83	87	52	21	18	16	18	94	91	63	21	25	27	24
Шекнинский р-н	88	85	54	17	19	14	17	93	98	81	24	9	11	15
г. Череповец	95	95	53	6	3	15	8	99	99	64	4	4	26	11
г. Вологда	90	91	51	14	13	20	16	94	94	56	21	20	28	23

Окончание приложения 4

Территории	Обеспеченность врачами (на 10 тыс. чел.)					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Обеспеченность средним медицинским персоналом (на 10 тыс. чел.)					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.		2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	
Бабаевский р-н	17	17	19	19	19,6	6	90	91	95	96	95,7	9
Бабушкинский р-н	13	12	11	11	10,9	24	89	87	88	90	90,3	14
Белозерский р-н	14	15	15	16	16,2	13	90	94	88,4	96	95,5	10
Вашкинский р-н	17	17	16	14	14,2	12	105	108	111	109	118,6	2
Великоустюгский р-н	28	28	29	28	29,7	3	119	123	126	128	138	1
Верховажский р-н	11	11	12	11	11,1	25	76	76	79	80	83,1	22
Вожегодский р-н	13	13	14	14	15,5	17	82	81	80	82	84,8	20
Вологодский р-н	12	12	12	11	9,2	24	47	48	45	43	40,6	28
Вытегорский р-н	14	15	13,8	14	14,7	16	86	84	82	80	86,9	18
Грязовецкий р-н	12	12	10,7	11	11	25	60	59	59	59	62,7	27
Кадуйский р-н	18	17	17,7	19	17	6	80	82	80	83	83,8	20
Кирилловский р-н	14	14	14,7	16	16,8	13	84	83	82	83	84,2	19
Кичм.-Городецкий р-н	13	14	13,8	14	14,2	19	87	88	90	91	98,8	12
Междуреченский р-н	14	13	13,9	14	14,7	17	92	88	87	89	90,8	13
Никольский р-н	9	8	8,5	8	8	28	100	100	100	96	99,3	5
Нюксенский р-н	15	15	14,6	14	14,6	15	97	89	86	91	96,1	11
Сокольский р-н	26	27	26,2	26	24,3	4	102	101	94	93	94,5	7
Сямженский р-н	13	13	13,9	12	13,6	21	97	92	97	93	103,6	7
Тарногский р-н	15	16	17,2	18	16,5	10	100	101	100	102	110,6	4
Тотемский р-н	17	17	16,2	16	16	10	87	85	85	85	88,7	17
Усть-Кубинский р-н	12	12	12,4	13	14,9	22	89	89	90	93	100,4	10
Устюженский р-н	16	16	16,5	16	16,5	11	74	76	77	78	76,8	23
Харовский р-н	17	17	16,4	16	16,5	9	78	74	74	78	83,8	23
Чагодощенский р-н	17	18	17,3	18	17,1	7	99	98	93	89	90,5	10
Череповецкий р-н	14	14	14,3	14	13,8	17	63	63	61	57	57,3	26
Шекнинский р-н	18	18	18,5	17	15,2	8	93	86	91	93	80,8	13
г. Череповец	36	35	35,2	35	36,1	1	109	111	107	106	108,7	3
г. Вологда	31	30	27,8	29	29	2	76	71	71	73	73,1	25

Ранжирование районов Вологодской области по показателям здоровья населения

Территории	Смертность		Заболеваемость		Боллезненность		Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении	Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении	Средний рейтинг районов за 2004 год	Средний рейтинг районов за 2000 - 2004 гг.
	2004 г.	2000- 2004 гг.	2004 г.	2000- 2004 гг.	2004 г.	2000- 2004 гг.	2004 г.	2000-2004 гг.		
Бабаевский р-н	26	25	13	9	15	12	27	27	20	18
Бабушкинский р-н	12	14	4	4	2	2	3	3	5	6
Белозерский р-н	16	18	21	16	25	24	23	23	21	20
Вашкинский р-н	25	18	14	16	14	17	20	19	18	18
Великоустюгский р-н	13	10	22	22	24	23	21	22	20	19
Верховажский р-н	8	9	3	3	4	3	5	4	5	5
Вожегодский р-н	19	22	25	23	17	16	13	16	19	19
Вологодский р-н	4	4	1	3	3	4	2	2	3	3
Вытегорский р-н	22	17	9	9	10	7	8	8	12	10
Грязовецкий р-н	10	9	17	17	5	8	1	1	8	9
Кадуйский р-н	10	12	23	18	12	12	26	23	18	16
Кирилловский р-н	17	18	11	11	9	13	16	21	13	16
Кичм.-Городецкий р-н	14	11	12	10	19	13	9	10	14	11
Междуреченский р-н	9	15	26	27	27	27	25	26	22	24
Никольский р-н	20	15	2	1	1	1	12	8	9	6
Нюксенский р-н	5	3	6	11	6	8	11	11	7	8
Сокольский р-н	23	22	28	28	28	28	18	20	24	24
Сямженский р-н	14	8	16	16	11	15	28	25	17	16
Тарногский р-н	6	6	18	18	21	17	17	18	16	15
Тотемский р-н	7	6	10	15	18	19	19	14	14	14
Усть-Кубинский р-н	20	16	27	21	26	18	24	15	24	18
Устюженский р-н	28	26	8	8	20	16	22	17	20	17
Харовский р-н	18	20	24	25	23	25	6	7	18	19
Чагодощенский р-н	27	28	19	13	16	15	15	15	19	18
Череповецкий р-н	24	15	5	5	8	5	7	6	11	8
Шекснинский р-н	3	9	7	15	7	17	14	23	8	16
г. Череповец	1	1	15	20	13	18	10	12	10	13
г. Вологда	2	2	20	24	22	25	4	7	12	14

**Показатели мониторинга системы здравоохранения
(в соответствии с задачами программы «Здоровье-21»¹)**

№	Индикатор в виде показателей	Источник информации
1.1	Ожидаемая продолжительность жизни среди населения, по полу, в различных возрастных группах, среди городского и сельского населения	Облкомстат
1.2	Рождаемость среди городского и сельского населения (в сравнении)	
1.3	Смертность городского и сельского населения по возрастным группам (в сравнении)	
1.4	Естественный прирост в городе и на селе (в сравнении)	
1.5	Динамика доходов населения (на душу населения), по группам и слоям населения, по годам	
1.6	Стоимость «потребительской корзины» по группам и слоям населения	
1.7	Среднедушевой доход различных групп и слоев населения	
1.8	Уровень безработицы среди различных слоев населения	Департамент труда и социального развития
1.9	Процент населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума	Облкомстат
1.10	Самооценка здоровья в соответствующей возрастной группе: по полу, по городам и районам области	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ РАН и др.)
2.1	Показатель младенческой смертности, по полу, на 1 тыс. новорожденных	Областной комитет гос.статистики, расчет
2.2	Показатель детской смертности, на 100 тыс. детей	
2.3	Показатель материнской смертности, от всех причин (на 100 тыс.)	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, родовспомогательные учреждения)
2.4	Частота искусственных абортов, по возрасту, на 1 тыс. женщин фертильного возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
2.5	Процент детей, родившихся с массой тела менее 2500 г.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
2.6	Процент детей, находящихся на грудном вскармливании до 6 мес, до 1 года	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие помощь)
2.7	Показатель зарегистрированных несчастных случаев среди детей до 7 лет, на 1 тыс. детей соответствующего возраста	УВД области и другие заинтересованные ведомства
3.1	Заболееваемость детей и подростков (0 - 17 лет), по возрасту и полу, структура заболеваемости	Департамент здравоохранения (ГУЗ ВО МИАЦ, Бюро медицинской статистики), программа диспансеризации детского населения
3.2	Уровень хронической патологии у детей и подростков	
3.3	Показатели инвалидности среди детей и подростков (контингенты и распределение детей-инвалидов, причины выхода на инвалидность, классы патологии, обусловившие инвалидность детей)	
3.4	Показатели физического развития детей и молодежи, по возрасту и полу	
3.5	Показатели психического развития детей и молодежи, по возрасту и полу	
3.6	Удельный вес часто и длительно болеющих детей	

¹ Показатели разработаны и предоставлены специалистами ГУЗ ВО «Медицинский информационно-аналитический центр» и Департамента здравоохранения Вологодской области А. И. Полукаевым, Б.Д.Гусевым, Р.В. Петуховым.

Продолжение приложения 6

3.7	Процент практически здоровых детей при поступлении в школу, по данным ПМО	Департамент здравоохранения, Департамент образования области
3.8	Процент практически здоровых лиц среди молодежи, по данным призывной комиссии	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), Военный комиссариат области
3.9	Доля лиц соответствующего возраста, употребляющих никотин, алкоголь, наркотические и токсические вещества	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
3.10	Число ВИЧ-инфицированных на 100 тыс. населения данного возраста	Областной центр профилактики и борьбы со СПИДом
3.11	Количество беременных женщин до 18 лет	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь),
3.12	Частота госпитализации вследствие наркомании и токсикомании, на 100 тыс. населения соответствующего возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь, наркологические учреждения)
3.13	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете по поводу наркомании и токсикомании, на 100 тыс. населения данного возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь, наркологические учреждения)
3.14	Доля детей, подвергшихся насилию, в соответствующей возрастной группе	УВД области, опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
3.15	Частота искусственных абортов в возрасте до 14 лет, на 1 тыс. женщин данного возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
3.16	Частота искусственных абортов в возрасте 15 - 19 лет, на 1 тыс. женщин данного возраста	
3.17	Процент охвата школьников в секциях, кружках и клубах в соответствующей возрастной группе	Департамент культуры области; Департамент образования области
3.18	Самооценка своего здоровья в соответствующей возрастной группе	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
3.19	Показатель смертности на 100 ты. населения данного возраста	Областной комитет гос. статистики, расчет
3.20	Показатель смертности вследствие самоубийств, на 100 тыс. населения данного возраста	
3.21	Показатель смертности вследствие злоупотребления наркотиками и токсикомании, поврежденных без уточнений, на 100 тыс. населения данного возраста	
4.1	Ожидаемая продолжительность здоровой жизни среди населения трудоспособного возраста, годы	
4.2	Показатель смертности населения трудоспособного возраста, от всех причин, по полу и возрасту	
4.3	Показатель заболеваемости в трудоспособном возрасте с учетом причин, пола и возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие медицинскую помощь)
4.4	Показатель первичного выхода на инвалидность в трудоспособном возрасте с учетом причин, пола и возраста	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты
4.5	Показатель временной нетрудоспособности (частота случаев и число дней), расходы на оплату больничного листа	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), Департамент социального страхования
4.6	Показатель профессиональной заболеваемости по причинам, полу и возрасту	Центр Роспотребнадзора, Государственная техническая инспекция труда
4.7	Число лет жизни, потерянных в результате преждевременной смерти до 60 лет	Областной комитет гос. статистики, расчет

Продолжение приложения 6

4.8	Оценка личного восприятия состояния физического здоровья, социальной поддержки, качества жизни среди населения, по полу и возрасту	Опрос нхления
4.9	Число занимающихся физкультурой на 1 тыс. трудоспособного населения, по полу, возрасту	Областной комитет по физкультуре и спорту
5.1	Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте 65 лет (до 60 лет)	Облхтной комитет гос. статистики, расчет
5.2	Численность и процент населения 60 лет и старше	
5.3	Численность и процент населения 80 лет и старше	
5.4	Доля населения в возрасте (60 лет и старше), оценивающих свое здоровье как «хорошее»	Опрос нхления (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
5.8	Доля инвалидов среди лиц старше 60 лет и структура заболеваемости по первичному выходу на инвалидность	Облхтное бюро медико-социальной экспертизы, облхтное бюро социальной защиты, Департамент здравоохранения
6.1	Стандартизованный коэффициент смертности от самоубийств и самоповреждений, все возрасты, на 100 тыс. нас.	Облхтной комитет гос. статистики
6.2	Показатель смертности в результате самоубийств и самоповреждений, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас. соответствующей группы	
6.3	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие психических заболеваний, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Облхтное бюро медико-социальной экспертизы, облхтное бюро социальной защиты
6.4	Показатель заболеваемости неврозами и функциональными психозами, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь, психиатрические учреждения)
7.1	Число лиц, получивших травмы на производстве, на 100 тыс. нас. по полу и возрасту	Государственная техническая инспекция труда
7.2	Показатель смертности вследствие несчастных случаев на производстве на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	
7.3	Стандартизованный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие несчастных случаев, отравлений и травм, в том числе производственных, на 100 тыс. нас.	Облхтное бюро медико-социальной экспертизы, облхтное бюро социальной защиты, рхчет
7.4	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие несчтных случаев, отравлений и травм, в том числе производственных, на 100 тыс. соответствующего населения	
7.5	Показатель профессиональной заболеваемости на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Центр Роспотребнадзора, Государственная техническая инспекция труда
7.6	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие травм и отравлений, на 100 тыс. нас.	Облхтной комитет гос. статистики, расчет
7.7	Число лиц, получивших травмы в быту, на 100 тыс. нх., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь)
7.8	Число госпитализированных по поводу травм, на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
7.9	Показатель смертности от травм, отравлений, вызванных внешними причинами, по полу и возрхту, на 100 тыс. нас. соответствующей группы	Облхтной комитет государственной статистики
7.10	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие дорожно-транспортных происшествий, на 100 тыс. нас.	
7.11	Число дорожно-транспортных происшествий с травмами, на 100 тыс. населения	Облхтное УВД, ГИБДД
7.12	Число травмированных в дорожно-транспортных происшествиях, на 100 тыс. нас., по полу и возрхту	Облхтное УВД, ГИБДД, Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)

Продолжение приложения 6

7.13	Показатель смертности вследствие дорожно-транспортных происшествий, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас. соответствующей группы	Областной комитет гос. статистики, ГИБДД
7.14	Доля травмированных в состоянии алкогольного опьянения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
8.1	Стандартизованный коэффициент смертности от болезней системы кровообращения, 0 - 60 лет, на 100 тыс. нас. этого возраста	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.2	Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца (ИБС), 0 - 64 года (0 - 60 лет), на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.3	Стандартизованный коэффициент смертности от сосудистых поражений мозга, 0 - 64 года (0 - 60 лет), на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.4	Стандартизованный коэффициент смертности от цереброваскулярных болезней, 0 - 60 лет, на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.5	Стандартизованный коэффициент смертности от болезней органов системы кровообращения, на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.6	Стандартизованный коэффициент смертности от ишемической болезни сердца, на 100 тью. нас., все возрасты	
8.7	Стандартизованный коэффициент смертности от сосудистых поражений мозга, на 100 тыс. нас., все возрасты	
8.8	Стандартизованный коэффициент смертности от цереброваскулярных болезней, на 100 тью. нас., все возрасты	
8.9	Стандартизованный показатель заболеваемости ишемической болезнью сердца, на 100 тыс. населения	
8.10	Показатель заболеваемости ИБС, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего возраста	
8.11	Стандартизованный показатель заболеваемости цереброваскулярными болезнями, на 100 тыс. нас.	
8.12	Показатель заболеваемости цереброваскулярными болезнями, по полу и возрасту, на 100 тью. соответствующего населения	
8.13	Стандартизованный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие ишемической болезни сердца, на 100 тыс. нас.	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты) расчет
8.14	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие ишемической болезни сердца, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты
8.15	Стандартизованный показатель первичного выхода на инвалидность вследствие цереброваскулярных болезней, на 100 тыс. нас.	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты, расчет
8.16	Показатель первичного выхода на инвалидность вследствие цереброваскулярных болезней, по полу и возрасту, на 100 тыс. соответствующего населения	Областное бюро медико-социальной экспертизы, областное бюро социальной защиты
8.17	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.18	Показатель смертности от злокачественных новообразований, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас.	
8.19	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований 0 - 64 года (0 - 60 лет) на 100 тыс. нас. этого возраста	

Продолжение приложения 6

8.20	Стандартизованный коэффициент смертности от рака трахеи, бронхов и легких, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.21	Стандартизованный коэффициент смертности от рака трахеи, бронхов и легких, 0 - 64 года (0 - 60 лет), на 100 тыс. нас. этого возраста	
8.22	Стандартизованный показатель смертности от рака шейки матки, на 100 тыс. женщин	
8.23	Стандартизованный коэффициент смертности от рака шейки матки, 0 - 64 года (0 - 60 лет), на 100 тыс. женщин этого возраста	
8.24	Стандартизованный коэффициент смертности от рака молочной железы, на 100 тыс. женщин	
8.25	Стандартизованный коэффициент смертности от рака молочной железы, 0 - 64 года (0 - 60 лет), на 100 тыс. женщин	
8.26	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения, все возрасты на 100 тыс. нас.	
8.27	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных новообразований органов пищеварения, все возрасты, 0 - 64 года (0 - 60 лет), на 100 тыс. нас.	
8.28	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных опухолей толстой и прямой кишки, на 100 ты. нас.	
8.29	Стандартизованный коэффициент смертности от злокачественных опухолей толстой и прямой кишки (0 - 60 лет), на 100 тыс. нас. данного возраста	
8.30	Показатель заболеваемости раком шейки матки, по возрасту, на 100 тыс. женщин соответствующего возраста	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, онкологические учреждения)
8.31	Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями молочной железы, по возрасту, на 100 тыс. женщин соответствующего возраста	
8.32	Показатель заболеваемости сахарным диабетом, по полу и возрасту, на 100 ты. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
8.33	Стандартизованный показатель смертности от сахарного диабета, на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
8.34	Показатель заболеваемости анемией, по полу и возрасту, на 100 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
9.1	Показатель смертности от инфекционных заболеваний на 100 тыс. нас.	Областной комитет гос. статистики, расчет
9.2	Стандартизованный показатель смертности от гепатита А, В, С и др. на 100 тыс. нас.	
9.3	Стандартизованный коэффициент смертности от туберкулеза на 100 тыс. нас.	
9.4	Заболеваемость ОКИ на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Центр Роспотребнадзора
9.5	Заболеваемость гепатитом А, В, С и др. на 100 тыс. нас, по полу и возрасту	
9.6	Заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. нас., по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
9.7	Заболеваемость ЗППП на 100 тыс. нх., по полу и возрасту	
9.8	Число ВИЧ-инфицированных на 100 ты. нас.	Областной центр профилактики и борьбы со СПИДом
9.9	Заболеваемость СПИДом на 100 тыс. нас, по полу и возрасту	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
9.10	Заболеваемость ОРВИ, гриппом на 100 тыс. нас, по полу и возрасту	

Продолжение приложения 6

9.11	ЧИСЛО вспышек инфекционных заболеваний и число пострадавших в них (ОКИ, дифтерия и др.)	Центр Роспотребнадзора
9.12	Показатели иммунной прослойки среди различных возрастных групп населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь), Областной комитет Госсанэпиднадзора
10.1	Концентрации загрязнителей атмосферного воздуха (по отдельным веществам)	Центр Роспотребнадзора
10.2	Доля населения, которое получает доброкачественную питьевую воду, удовлетворяющую стандартам (по данным лабораторного контроля)	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.3	Выбросы загрязняющих веществ в атмосферный воздух, т	Центр Роспотребнадзора, Департамент охраны природы и природных ресурсов
10.4	Число техногенных аварий/катастроф в течение года	Областное подразделение Министерства по чрезвычайным ситуациям
10.5	Число пострадавших при техногенных авариях/катастрофах, в т.ч. со смертельным исходом	
10.6	Размер ущерба, нанесенного техногенными авариями /катастрофами	
10.7	Число часов в году со среднечасовой концентрацией взвешенных твердых частиц или сернистого ангидрида в атмосфере выше 250 мкг/куб. м	Центр Роспотребнадзора, Гидрометеослужба (ВЦ ГМС)
10.8	Число часов в году со среднечасовой концентрацией озона в атмосфере свыше 200 мкг/куб. м	Областной центр Госсанэпиднадзора, Гидрометеослужба (ВЦ ГМС)
10.9	Удельный вес рекреационных водоемов, удовлетворяющих нормативным требованиям	Областной центр Госсанэпиднадзора, Департамент охраны природы и природных ресурсов
10.10	Доля населения, обеспеченного водоснабжением, получающего воду из водопроводных колонок и из колодцев	Центр Роспотребнадзора, Департамент охраны природы и прир. ресурсов
10.11	Доля населения, обеспеченного централизованной канализацией с очистными сооружениями; канализацией с локальными очистными сооружениями; живущего в неканализованном жилом фонде	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.12	Доля населения, обеспеченного системами сбора, удаления и утилизации жидких и твердых бытовых отходов	
10.13	Доля источников водоснабжения, отвечающих требованиям стандартов, из числа поверхностных, подземных, колодцев (каптаж, родники)	Центр Роспотребнадзора, областные жилищно-коммунальные хозяйства
10.14	Общий вес муниципальных отходов, т	Центр Роспотребнадзора, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
10.15	Площадь свалок, кв. м	
11.1	Процент некурящих среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
11.2	Процент курящих 20 и более сигарет в день среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	
11.3	Процент никогда не куривших среди взрослого населения старше 18 лет по возрасту и полу	
11.4	Процент бросивших курить в последние два года среди взрослого населения старше 18 лет, по возрасту и полу	
11.5	Процент сокративших курение в последние два года среди взрослого населения старше 18 лет, по полу и возрасту	
11.6	Потребление основных продуктов питания на душу населения	Областной комитет гос. статистики, расчет
11.7	Протрение соотношения калорий с учетом общих энергетических затрат, получаемых за счет белков, жиров и углеводов	

Продолжение приложения 6

11.8	Процент населения с повышенным индексом массы тела, по полу и возрасту	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ ЦЭМИ РАН и др.)
11.9	Доля лиц, часто употребляющих алкоголь, в соответствующих возрастных группах	
11.10	Доля лиц, потребляющих наркотические вещества, в соответствующих возрастных группах	
11.12	Доля лиц, занимающихся физкультурой и спортом, в соответствующей возрастной группе	Комитет по физ. культуре и спорту, опрос населения (ЦМП, ВНКЦ РАН и др.)
12.1	Показатели потребления алкоголя в литрах на душу населения (возможны другие показатели), по полу и возрасту	Облхтной комитет государственной статистики, расчет, Департамент продовольственных ресурсов облхти
12.2	Заболеваемость и болезненность алкогольными психозами на 100 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, наркологические учреждения)
12.3	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете по поводу алкоголизма, на 100 тыс. нас, по полу и возрасту	
12.4	Доля лиц, употребляющих наркотические и токсические вещества, в соответствующих возрастных группах	Опрос населения (ЦМП, ВНКЦ РАН и др.)
12.5	Число лиц, состоящих на диспансерном и профилактическом учете по поводу токсикомании и наркомании, по полу и возрасту на 100 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь, наркологические учреждения)
12.6	Частота госпитализаций больных наркоманией и токсикоманией, по полу и возрасту на 100 тыс соответствующего населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь, наркологические учреждения)
12.7	Показатель дорожно-транспортных происшествий с участием лиц, находившихся в состоянии алкогольного опьянения, по полу и возрасту	Облхтное УВД
12.8	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие хронического алкоголизма, на 100 тыс. нас.	Облхтной комитет гос. статистики, расчет
12.9	Стандартизованный коэффициент смертности вследствие случайного отравления, на 100 тыс. нас.	
12.10	Стандартизованный коэффициент смертности в результате алкогольного цирроза печени, случайного отравления алкоголем, на 100 тыс. нас.	
13.1	Средняя обеспеченность населения жильем, кв. м в среднем на человека	
13.2	Удельный вес числа семей, состоявших на учете на получение жилья, в общем числе семей (на конец года), %	Облхтной комитет государственной статистики, расчет, Департамент строительства, энергетики и жилищно-коммунального хозяйства
13.3	Капитально отремонтировано жилых домов за год, тыс. кв. м общей площади	
13.4	Уровень благоустройства населенных пунктов (на конец года), наличие водопровода, канализации, центрального отопления, ванн, газоснабжения, горячего водоснабжением, и др.), в %	
14.1	Работа межведомственных комиссий по вопросам охраны здоровья (число заседаний в год)	Заинтересованные учреждения и ведомства
14.2	Количество районов, где проводится программа ЗОЖ	ОЦМП
15.1	Обеспеченность населения врачами основных специальностей на 10 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь)
15.2	Обеспеченность населения средним медицинским персоналом по отдельным специальностям на 10 тыс. нас.	
15.3	Обеспеченность населения больничными койками всего и по профилю на 10 тыс. нх.	
15.4	Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений	

Продолжение приложения 6

15.5	Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (посещений в смену) на 10000 населения	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь)
15.6	Количество вызовов и число обслуженных службой скорой помощи в год на 10 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь, станции скорой медицинской помощи)
15.7	Численность лиц, которым оказана помощь, амбулаторно и при выездах, на 10 тыс. нас.	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную и стационарную помощь)
15.8	Суммарное количество средств, выделенных на капитальное строительство и техническое перевооружение учреждений здравоохранения	Департамент здравоохранения, финансово-экономический отдел
16.1	Исходы лечения (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен), в %, среди детей и подростков, лиц трудоспособного возраста и пожилых	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
16.2	Частота совпадения диагноза при первом посещении и заключительного у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие амбулаторную помощь)
16.3	Доля случаев поликлинического обслуживания, выполненного с профилактической целью, детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых	
16.4	Частота осложнений, в том числе при анестезии и хирургических операциях	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
16.5	Частота совпадения диагноза направившего учреждения и клинического заключительного диагноза стационара в зависимости от характера заболевания у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
16.6	Большиничная летальность, всего, в т.ч. послеоперационная	
16.7	Летальность при различных сроках доставки экстренных больных	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие мед. помощь)
16.8	Доля доставленных в стационар по экстренным показаниям через 6 часов, 24 часа и позже суток	Департамент здравоохранения (ЛПУ, оказывающие стационарную помощь)
16.9	Доля повторных поступлений в стационар по поводу одного заболевания в течение года	
16.10	Экстренность госпитализации в зависимости от источника направления	
16.11	Частота совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в стационаре	
16.12	Число лиц, пролеченных в дневных стационарах	Департамент здравоохранения
16.13	Внедрение новых (малоинвазивных и др.) технологий при лечении больных, доля учреждений, в %	
16.14	Наличие обоснованных жалоб и судебных исков к ЛПУ по поводу качества медицинской помощи, абс.	
17.1	Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание, по районам и в целом. % средств, выделенных из общего бюджета субъекта, муниципального образования на здравоохранение	Департамент здравоохранения, ЛПУ и другие учреждения здравоохранения, финансово-экономические отделы, бухгалтерии
17.2	Источники финансирования стационаров (бюджетное, ОМС, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.3	Стоимость койко-дня в стационаре, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	
17.4	Общие затраты на поликлиническое обслуживание населения, по районам и в целом	
17.5	Источники финансирования поликлиники (бюджетное, ОМС, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	Департамент здравоохранения, ЛПУ и другие учреждения здравоохранения (дру) (с учреждений о'раиниАранспнл, финансово-экономические отделы, бухгалтерии
17.6	Стоимость одного посещения в поликлинике, всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	

17.7	Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание по типам дневных стационаров (дневной стационар при больнице, при поликлинике, на дому) по районам и в целом	Департамент здравоохранения, ЛПУ и другие учреждения здравоохранения, финансово-экономические отделы, бухгалтеры
17.8	Источники финансирования дневных стационаров (бюджетное, ОМС, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.9	Стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	
17.10	Общие затраты на скорую медицинскую помощь, по районам и в целом	
17.11	Источники финансирования скорой медицинской помощи (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.12	Стоимость одного вызова всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом	
17.13	Выделено средств на один ФАП, по районам и в целом	
17.14	Источники финансирования ФАП (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.15	Финансирование прочих учреждений здравоохранения всего, по районам и в целом	
17.16	Источники финансирования прочих учреждений здравоохранения (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом	
17.17	Финансирование целевых программ (по названию программы) субъекта Российской Федерации, утверждено, фактически, % исполнения	
17.18	Финансирование целевых программ (по названию программы) федеральной, утверждено, фактически, % исполнения	
17.19	Финансирование, всего по учреждениям здравоохранения (утверждено с уточнением и дополнениями), по кодам экономической классификации и фактическое	
17.20	Подушевое количество средств, выделенных на одного жителя (территориально) по районам и в целом	
18.1	Процент охвата различных групп населения обучением по программе «Здоровый образ жизни»	Областной центр медицинской профилактики
18.2	Число лиц, обученных основам здорового образа жизни, всего, аба, % охвата	
18.3	Число медицинских работников, обученных методике профилактики заболеваний и укрепления здоровья, всего	
18.4	Число пациентов, обученных в школах, всего, в том числе (по названию школ)перечислить	
18.5	Число проведенных мероприятий (указать)	Областной центр медицинской профилактики, Комитет печати, телерадиовещания, информационных коммуникаций области
18.6	Число лиц, участвующих в этих мероприятиях	Областной центр медицинской профилактики
18.7	Работа со СМИ (количество публикаций, выступлений и т.п.)	Областной центр медицинской профилактики, Комитет печати, телерадиовещания, информационных коммуникаций области
19.1	Суммарное количество средств, потраченных на научные исследования по вопросам охраны здоровья	Департамент здравоохранения области и другие заинтересованные ведомства
19.2	Наличие (перечислить) НИР по вопросам охраны здоровья	
20.1	Количество проектов межведомственного сотрудничества	
21.1	Наличие ежегодного доклада по вопросам охраны здоровья	
21.2	Выполнение целевых программ и мероприятий	
21.3	Комплексная оценка процессов в области охраны здоровья	

Ранжирование районов Вологодской области по показателям укомплектованности медицинских кадров

Территории	Коэффициент совместности врачей			Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.	Коэффициент совместности ср. мед. персонала			Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.	Врачи с квалификацией (в %)					Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.	Медработники с квалификацией (в %)					Ср. рейтинг по 2000-2004 гг.
	2002	2003	2004		2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004	
Вологодская область	1,6	V	1,7			1,4	M		64,7	66,2	67,4	67,8	69		62,9	64,9	68,4	69,7	68,9	
Бабаевский р-н	1,6	1,7	1,8	18	1,2	1,3	1,2	15	72,7	68,2	73,5	66,7	66,8	8	67,1	71,1	70,3	75,6	81,3	13
Бабушкинский р-н	1,4	1,4	1,5	3	1,1	1,1	1,1	2	60	61,1	52,9	50	50	20	45,4	52,2	53,7	57,4	56,8	27
Белозерский р-н	1,6	1,6	1,6	14	1,2	1,3	1,2	16	56,3	56,3	57,6	50	55,9	21	79,2	79,1	82,2	79,3	79	4
Вашкинский р-н	1,7	1,7	1,9	21	1,2	1,2	1,1	9	65,2	65,8	52,9	60	50	16	56,5	56,4	60,2	62,6	56,4	24
Великоустюгский р-н	1,7	1,8	1,8	23	1,1	1,2	1,2	6	55,6	61,1	66,2	70,5	74	14	81,9	80,3	80,2	76,6	76,5	5
Верховажский р-н	1,5	1,6	1,6	9	1	1,1	1	1	57,9	72,2	65	66,7	66,7	12	66,1	75	74,8	73,5	72,6	11
Вожегодский р-н	1,7	1,6	1,6	19	1,2	1,2	1,2	10	44,4	46,2	50	51,7	51,7	26	78,6	80,1	84,5	86,7	93,1	3
Вологодский р-н	1,4	1,5	1,7	4	1,3	1,4	1,4	24	82,5	83,9	78,9	75	82,6	3	60,6	61,3	67,8	70,9	65,7	19
Вытегорский р-н	1,5	1,5	1,4	6	1,1	1,1	1,2	3	51	47,1	55,3	47,8	43,5	25	64,1	64,7	65,8	63,6	68	21
Грязовецкий р-н	1,5	1,6	1,6	10	1,2	1,3	1,3	17	60,8	58	60,9	63,8	68,9	15	69,1	70,9	73,4	73,5	71,1	12
Кадуйский р-н	1,4	1,5	1,5	5	1,3	1,3	1,2	21	58,8	63,6	57,6	62,9	61,3	17	61,3	66,7	70,9	71,5	68,6	16
Кирилловский р-н	1,6	1,6	1,5	15	1,4	1,4	1,4	25	53,6	70,4	67,9	52,3	51,6	15	77,4	78,3	81,5	79,6	78,1	5
Кичм.-Городецкий р-н	1,7	1,8	1,9	24	1,1	1,2	1,2	7	75,8	69,7	63,6	65,6	64,5	9	50,2	52,8	60,3	60,5	61,1	25
Междуреченский р-н	1,6	2	1,8	26	1,2	1,3	1,3	18	81,8	90	63,6	63,6	63,6	8	70,3	71,8	75,4	78,6	79,4	9
Никольский р-н	1,9	2	2	28	1,1	1,1	1,1	4	48,1	47,8	54,2	59,1	47,6	23	36	41,7	48,1	50,4	49	28
Нюхненский р-н	1,8	1,9	1,9	27	1,2	1,3	1,2	19	55	52,6	68,4	66,7	70,6	16	59,1	74,1	70,7	77,8	81,3	13
Сокольский р-н	1,6	1,6	1,7	16	1,5	1,5	1,5	27	70,4	69,4	71,2	73,5	77,5	7	63,7	64,8	67	68	69	20
Сямженский р-н	1,4	1,6	1,6	7	1,2	1,3	1,3	20	60	73,3	81,3	78,6	92,9	6	73,9	84,9	84,7	89,6	86,9	2
Тарногский р-н	1,4	1,3	1,4	1	1,2	1,1	V	8	58,3	52	63	64,3	72	18	73	74,4	77,1	75,3	70,8	8
Тотемский р-н	1,5	1,6	1,5	11	1,2	1,2	1,2	11	59,6	60,4	60	55,8	50	18	65,3	67,2	67,4	69,8	70	17
Усть-Кубинский р-н	1,6	1,6	1,6	17	1,2	1,4	1,1	22	69,2	53,8	53,8	50	64,3	20	52,1	54,8	56,8	58,8	62,8	26
Устюженский р-н	1,7	1,7	1,7	22	1,2	1,2	1,3	12	91,7	88,2	88,6	91,2	91,4	1	71,8	73	76,8	77,2	77,9	9
Харовский р-н	1,4	1,3	1,5	2	1,2	1,2	1,3	13	75,7	70,3	69,4	73,5	69,7	6	80,6	82,6	82,1	82,1	75,6	3
Чагодощенский р-н	1,5	1,6	1,5	12	1,2	1,2	1,3	14	60,7	58,6	60,7	60,7	57,7	17	64,6	69,4	72,2	71,3	71,7	15
Череповецкий р-н	1,5	1,6	1,6	13	1,3	1,3	1,4	23	43,3	48,4	41	44,8	44,6	27	67,9	68	70,4	69,2	69,8	15
Шекнинский р-н	1,4	1,6	1,6	8	1	1,2	1,2	5	49,1	52,5	44,1	53,7	44,4	24	65,1	70,4	70,2	70,3	68,1	16
г. Череповец	1,7	1,8	1,8	25	1,4	1,5	1,6	26	61,6	63,4	65,4	66,9	67,6	11	59,6	58,6	63,9	66	66,3	23
г. Вологда	1,6	1,7	1,8	20	1,6	1,7	1,7	28	66,8	69,4	71,5	73,1	74,4	8	60	65,9	68,4	67,5	63,4	20

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

Ранжирование районов Вологодской области по показателям работы коечного фонда

Территории	Больничная летальность					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Запущенность злокачественных заболеваний					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Среднее пребывание на койке					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.
	2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004	
Вологодская область	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4		23	23,5	25	23,3	22		15	14,4	14	14,1		
Бабаевский р-н	0,7	0,9	0,6	0,8	0,8	5	35,1	27,3	18,9	24,3	33,7	17	13	13,7	13,4	12,8	12,9	22
Бабушкинский р-н	0,9	1,2	0,9	1,3	0,8	13	38,2	22	33,4	35,8	27,9	22	12,1	12,4	12,2	12,1	12,2	14
Белозерский р-н	0,8	0,5	0,9	0,9	0,8	7	25	23,6	17,7	30,4	19,2	13	12,3	12,4	12,1	11,9	12,5	14
Вашкинский р-н	0,9	1,1	0,5	0,5	1	7	24,3	25	24,3	10	19,3	11	12,5	12,3	10,5	10,5	11,3	8
Великоустюгский р-н	1,4	1,5	1,7	1,9	1,7	24	17,8	29	28,2	28,3	16,5	17	15	14	13,8	13,7	13,8	25
Верховажский р-н	0,8	1	0,9	0,8	0,7	9	26,8	29	24	20	17,5	16	11,5	10,6	10,4	10,7	10,5	4
Вожегодский р-н	0,8	0,9	0,9	1	0,9	9	19,4	26,2	21,3	35,5	16,1	14	14,1	13,2	12,7	12,5	12,7	21
Вологодский р-н	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2	1	21,6	26,7	24,8	22,3	22,6	13	12,3	12,1	11,6	11,5	11,5	12
Вытегорский р-н	1,2	1,3	1,2	1,2	1,4	18	24,1	31,2	27	20,6	20	17	13,2	13,2	12,7	11,8	11,8	19
Грязовецкий р-н	1	1,4	1,3	1,4	1,2	19	20,4	26,3	18,8	26,1	23,1	11	10,6	10,5	10,6	10,5	10,5	3
Кадуйский р-н	1,1	1,3	0,9	1,4	1,8	17	25	17,1	37,5	40,3	20,7	19	11,7	10,2	10,4	9,8	12,7	3
Кирилловский р-н	1,1	0,8	1,1	0,8	1	12	22,8	20,8	21	22,3	24,5	10	13	12,5	12,3	12,1	12,7	18
Кичм.-Городецкий р-н	0,7	0,6	0,8	0,6	0,5	4	30,3	17,5	22,8	18,3	23,8	11	10,9	11,4	11,4	11,1	11,1	7
Междуреченский р-н	1,3	1,4	1	1,3	0,9	19	30,7	43,2	20,8	42,1	20,6	22	11,8	11,2	11,2	10,7	11,4	6
Никольский р-н	0,8	0,9	0,7	1	0,7	9	27,5	26,6	32,8	30,8	17,1	22	11	11,9	11,5	11,1	10,9	8
Нюхненский р-н	0,6	0,6	0,8	1	0,8	6	14,2	31,5	21	14,2	10,8	10	10,3	10,3	10,8	10,8	10,9	4
Сокольский р-н	1,8	2	2	2,3	2,3	27	24,7	27,3	27,1	21,6	33	17	12,5	12	12,3	12,4	12,4	16
Сямженский р-н	0,9	1	1,1	1,4	1,3	16	22,5	29,6	18,5	30,7	31,4	15	11,4	11,6	11,2	11,6	12,2	9
Тарногский р-н	1	0,9	1	0,8	0,6	12	34,2	19,6	17,1	25	23,5	13	12,3	11,3	11,8	11,5	11,4	11
Тотемский р-н	0,6	0,8	0,9	0,7	1,1	6	17,9	14,1	25,3	25	18	10	12	12,1	11,5	11,5	11,4	11
Усть-Кубинский р-н	0,9	1,1	1	1	1,1	14	24,2	25,6	18,6	28,1	20	12	14,5	14,3	13,4	13,8	14,3	25
Устюженский р-н	1,7	1,6	2,1	2,2	2,5	26	24,5	13,3	16,4	29,2	28,2	9	14,7	14,3	14,3	13,9	14	27
Харовский р-н	2,1	1,8	V	2,1	1,8	26	27,5	26,2	26,3	24,7	23,2	18	14,3	13,5	13,1	12,8	12,4	23
Чагодощенский р-н	1	0,9	1,2	1,3	0,8	17	31,7	26,7	39,1	23,8	23	21	12,7	11,9	11,6	11	11	11
Череповецкий р-н	1,1	1,4	1,1	1,2	1,4	19	31,8	26,3	26,4	23,2	25,4	19	19,4	20,2	18,6	18,7	19,4	28
Шекнинский р-н	1,2	1,3	1	0,8	0,7	17	J-25,3	23,4	25,8	18,9	17,3	13	12,9	13,3	12,4	11,4	11,4	17
г. Череповец	1,1	1,3	1,4	1,5	1,5	22	J-22,1	18,4	21,2	20,4	18,7	8	15,1	14,1	14	13,8	13,6	26
г. Вологда	2	2,1	2,2	2,5	2,4	28	21,7	18,7	23,2	19,8	21,4	8	13,4	12,5	12,4	12,3	12,2	19

Охват профосмотрами и уровень диспансеризации в Вологодской области

Территории	Охват профосмотрами					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Число лиц, состоящих на диспансерном наблюдении					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.		2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	
Вологодская область	93	92	94	94	93		249	254	260	258	262	
Бабаевский р-н	93,6	89	77	93	92	18	325	334	352	379	382	27
Бабушкинский р-н	86,8	82	85	88	90	22	174	178	182	185	188	3
Белозерский р-н	98	94	97	95	95	7	306	300	317	317	323	24
Вашкинский р-н	95	94	98	97	95	7	268	282	287	289	293	19
Великоустюгский р-н	92	86	95	96	96	13	297	295	294	294	297	22
Верховажский р-н	83	81	87	85	88	23	169	195	208	204	218	4
Вожегодский р-н	94	96	93	94	98	12	269	269	260	269	278	17
Вологодский р-н	90	90	89	92	92	18	160	187	183	190	174	3
Вытегорский р-н	89	89	94	95	96	15	201	217	230	226	248	8
Грязовецкий р-н	93	90	91	93	93	16	168	160	172	157	156	1
Кадуйский р-н	100	98	91	94	89	9	252	287	356	334	356	22
Кирилловский р-н	98	97	96	96	95	6	290	302	304	289	285	23
Кичм.-Городецкий р-н	83	84	75	82	92	24	234	227	236	249	248	11
Междуреченский р-н	77	73	68	80	75	27	343	305	380	322	351	27
Никольский р-н	100	100	92	95	73	8	214	192	243	225	266	7
Нюксенский р-н	71	75	89	93	76	23	230	237	245	247	265	11
Сокольский р-н	96	89	96	96	96	11	264	298	299	287	291	20
Сямженский р-н	87	88	93	88	94	19	296	300	339	343	401	25
Тарногский р-н	92	93	88	96	93	15	268	286	279	273	285	19
Тотемский р-н	96	98	98	98	94	4	219	236	277	281	292	13
Усть-Кубинский р-н	67	65	81	90	96	25	249	252	258	256	329	13
Устюженский р-н	78	78	82	87	76	24	254	256	271	281	308	16
Харовский р-н	81	80	79	79	79	25	227	221	215	208	220	7
Чагодощенский р-н	97	96	98	98	99	5	257	259	256	262	282	15
Череповецкий р-н	92	94	94	94	94	14	191	197	219	224	238	6
Шекнинский р-н	98	98	98	99	95	"	307	320	323	327	278	26
г. Череповец	96	96	98	97	92	7	252	253	248	246	256	13
г. Вологда	95	98	97	95	99	9	220	222	222	220	216	8

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

Ранжирование районов Вологодской области по показателям работы акушерско-гинекологической службы

Территории	Младенческая смертность					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.	Аборты на 100 родов					Средний рейтинг за 2000-2004 гг.
	2000	2001	2002	2003	2004		2000	2001	2002	2003	2004	
Вологодская область	15,9	17,3	13,8	12,6	10,9		129	130	131	165	161	
Бабаевский р-н	16,5	32	17,9	11,2	11,5	18	100	105	127	127	167	6
Бабушкинский р-н	15,4		25,6	18,8	31,4	15	76	103	112	155	254	6
Белозерский р-н		25,2	5,2	6,1	18,7	8	219	268	188	252	169	20
Вашкинский р-н	23,6	22,6	15,6	5,5	20,0	16	440	545	558	588	678	26
Великоустюгский р-н	8,9	28,6		31,6	8,5	14	102	115	99	131	135	6
Верховажский р-н	5,8	17,1	12	24,8	14,7	13	162	149	180	174	174	13
Вожегодский р-н	9,9	18,5	20	-	18,3	11	224	209	104	154	130	13
Вологодский р-н	28,2	13,1	14,3	12,7	3,6	16						-
Вытегорский р-н	12,4	35,3	23,3	18,1	12,3	20	253	209	201	283	255	22
Грязовецкий р-н	6,8	17,9	19,1	17,3	18,2	13	186	186	193	215	243	18
Кадуйский р-н	20,5	30,3	10,3			13	387	202	147	161	253	16
Кирилловский р-н	13,9	19,4	22,3	-	14,1	12	263	208	232	182	104	20
Кичм.-Городецкий р-н	18,6	26,3	10,6	31,4	14,5	19	69	74	77	276	248	8
Междуреченский р-н	17,5	12,7	13,5	12	14,1	12	128	116	127	181	202	10
Никольский р-н	14,1	27,5	29,9	18,5	17,5	20	158	133	159	177	204	12
Нюксенский р-н	18,1	26,8	7,5	10,2	36,8	14	97	111	93	234	163	8
Сокольский р-н	41,7	7,6	20,7	6,5	15,9	16	150	153	151	241	231	15
Сямженский р-н	27,2	32,6		19,6	14,5	18	217	150	91	166	119	11
Тарногский р-н	21,3	21,3	13,2	25,6	12,2	19	55	77	74	157	180	3
Тотемский р-н	18,1	12,1	19,5	3,3	7,6	12	66	94	106	129	150	4
Усть-Кубинский р-н	23,5	12,2		-		7			392	262	280	
Устюженский р-н	18,5	9,9	31,9	16,3	11,1	16	158	167	202	190	186	7
Харовский р-н		26,3	10,8	5,2		10	180	174	182	187	210	16
Чагодощенский р-н	12	34,2	7,1	24,5	21,0	16	111	164	209	272	274	17
Череповецкий р-н	32,4	21,5	17,2	19,8	11,3	21						
Шекнинский р-н	27,3	17,8	10,2	21,3	13,7	17	244	284	237	242	297	22
г. Череповец	10	14,1	10,5	7,4	6,9	9	143	147	162	209	195	13
г. Вологда	14,7	14	13,4	12,8	10,8	12	117	116	105	138	134	7

Деятельность амбулаторно-поликлинического звена и скорой медицинской помощи

Территории	Число АП посещений на 1 жителя в год		Уровень госпитализации		Вызовы скорой помощи на 1000 населения		Средний рейтинг районов за 2003 г.	Средний рейтинг районов за 2000 - 2003 гг.
	2003 г.	2000 - 2003 гг.	2003 г.	2000 - 2003 гг.	2003 г.	2000 - 2003 гг.		
Бабаевский р-н	8	20	27	28	13	12	16	20
Бабушкинский р-н	27	2	5	9	9	6	14	6
Белозерский р-н	13	14	26	25	26	26	22	22
Вашкинский р-н	23	6	28	26	25	23	25	18
Великоустюгский р-н	9	21	11	17	20	21	13	19
Верховажский р-н	26	3	17	20	5	5	16	9
Вожегодский р-н	21	8	6	6	18	19	15	11
Вологодский р-н	19	9	2	2		0	11	4
Вытегорский р-н	16	12	4	14	15	20	16	15
Грязовецкий р-н	17	13	4	5	2	3	8	7
Кадуйский р-н	10	19	15	14	10	14	12	16
Кирилловский р-н	11	17	20	17	24	22	18	19
Кичм.-Городецкий р-н	14	15	13	13	19	14	15	14
Междуреченский р-н	25	4	16	16	1	2	14	7
Никольский р-н	28	1	22	21	14	13	21	12
Нюксенский р-н	24	5	19	23	8	9	17	12
Сокольский р-н	4	24	7	9	21	16	11	16
Сямженский р-н	22	7	24	23	4	8	17	13
Тарногский р-н	15	16	12	14	16	15	14	15
Тотемский р-н	18	11	25	24	11	9	18	15
Усть-Кубинский р-н	7	22	8	6	3	3	6	10
Устюженский р-н	2	27	10	10	12	15	8	17
Харовский р-н	12	18	9	9	23	22	15	16
Чагодощенский р-н	6	23	14	11	17	23	12	19
Череповецкий р-н	20	10	1	1		0	11	4
Шекснинский р-н	5	25	21	20	22	19	16	21
г. Череповец	1	28	23	24	6	7	10	19
г. Вологда	3	26	3	3	7	8	4	12

ПРИЛОЖЕНИЕ 12

Мощность работы учреждений здравоохранения Вологодской области в 2004 г.

Территории	Число дней работы койки	Ранг	Число посещений на 10 тыс. чел. нас.	Ранг	Число посещений на 1 жителя в год врачей	Ранг	Укомплектованность врачами	Ранг	Укомплектованность средним мед. персоналом	Ранг	Обеспеченность врачами на 10 тыс. чел.	Ранг	Обеспеченность средним мед. персоналом на 10 тыс. чел. нас.	Ранг	Средний рейтинг
Бабаевский р-н	348,5	4	195,4	20	6,9	8	53,8	13	79,8	12	19,6	5	95,7	10	11
Бабушкинский р-н	302,6	27	183,5	22	3,2	27	46,2	23	83,6	8	10,9	26	90,3	15	21
Белозерский р-н	655,7	1	208,6	17	4,9	20	48,4	22	79,7	13	16,2	12	95,5	11	15
Вашкинский р-н	340,7	5	220,7	14	4,6	22	50,5	20	84,4	6	14,2	20	118,6	2	13
Великоустюгский р-н	318,8	20	279,6	8	7,2	7	54,3	12	81,3	9	29,7	2	138	1	11
Верховажский р-н	316,6	21	147,7	26	3,5	26	55,4	11	88,5	2	11,1	24	83,1	22	17
Вожегодский р-н	322,3	18	270,2	9	5,5	14	58,6	4	86,3	4	15,5	14	84,8	18	10
Вологодский р-н	331,1	11	189,6	21	4,4	23	44,1	25	68,9	24	9,2	27	40,6	28	21
Вытегорский р-н	314	22	201,8	18	6,3	9	66,7	1	84,8	5	14,7	17	86,9	17	11
Грязовецкий р-н	329,6	14	249	11	5,5	14	56,6	8	77,3	14	11	25	62,7	26	12
Кадуйский р-н	307,7	24	233,4	13	5,9	12	58,3	5	81,1	10	17	7	83,8	20	13
Кирилловский р-н	333,4	9	215,9	15	5,7	13	56,6	8	69,9	22	16,8	8	84,2	19	13
Кичм.-Городецкий р-н	325,9	16	294,3	6	5,3	17	51,7	17	83,9	7	14,2	20	98,8	8	13
Междуреченский р-н	328,1	15	238,3	12	4,2	24	46	24	69,1	23	14,7	17	90,8	13	20
Никольский р-н	330,1	13	162,4	24	2,4	28	40,2	27	88,5	2	8	28	99,3	7	19
Нюксенский р-н	335,2	8	391,8	1	4,2	24	36,4	28	71,5	20	14,6	19	96,1	9	16
Сокольский р-н	305,1	26	328,9	3	7,4	5	56,2	10	66	25	24,3	4	94,5	12	14
Сямженский р-н	368,7	3	299,4	5	5	19	43,7	26	76,8	16	13,6	23	103,6	5	14
Тарногский р-н	309	23	367,3	2	5,5	14	60,8	2	89,6	1	16,5	9	110,6	3	8
Тотемский р-н	337,6	7	136,9	28	5,3	17	57,1	7	76,7	17	16	13	88,7	16	15
Усть-Кубинский р-н	391,3	2	320,7	4	8,3	3	50,9	19	74,6	19	14,9	16	100,4	6	9
Устюженский р-н	339,4	6	168,2	23	8,2	4	58,1	6	75,7	18	16,5	9	76,8	24	11
Харовский р-н	330,7	12	145,6	27	6,1	10	60,2	3	77,2	15	16,5	9	83,8	20	13
Чагодощенский р-н	307,3	25	196,2	19	7,4	5	51,3	18	71,4	21	17,1	6	90,5	14	18

Перечень показателей для экономического мониторинга здравоохранения

1. Показатели обеспеченности материальными и кадровыми ресурсами сферы здравоохранения:
 - Обеспеченность населения врачами основных специальностей, на 10 тыс. нас, в разрезе муниципальных образований.
 - > Укомплектованность врачами основных специальностей.
 - Обеспеченность населения средним мед. персоналом, по отдельным специальностям, на 10 тыс. нас, в разрезе муниципальных образований.
 - > Укомплектованность средним медицинским персоналом, по отдельным специальностям.
 - Обеспеченность населения больничными койками, всего и по профилю (в том числе в дневных стационарах), на 10 тыс. нас, в разрезе муниципальных образований.
 - » Число коек, всего и по профилю (в том числе в дневных стационарах).
 - * Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений.
2. Показатели обеспеченности финансовыми ресурсами:
 - * Финансирование, всего по учреждениям здравоохранения, по кодам экономической классификации и фактическое.
 - Подушевое количество выделенных средств на одного жителя (территориально), по районам и в целом.
 - * Удовлетворение потребности в финансовых ресурсах, по районам и в целом.
 - † Среднемесячная зарплата в отрасли, по районам и в целом.
 - Стоимость койко-дня в стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом.
 - * Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание, по районам и в целом, % выделенных средств из **общего** бюджета субъекта, муниципального образования на здравоохранение (в том числе по источникам финансирования).
 - Общие затраты на поликлиническое обслуживание населения, по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
 - Стоимость одного посещения в поликлинике всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом.
 - Общие затраты на стационарное медицинское обслуживание по типам дневных стационаров (дневной стационар при больнице, при поликлинике, на дому) по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
 - Стоимость одного дня пребывания в дневном стационаре всего, в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом.

- Общие затраты на скорую медицинскую помощь по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
 - ~ Стоимость одного вызова всего (в том числе по кодам экономической классификации, по районам и в целом).
 - Выделено средств на один ФАП, по районам и в целом (в том числе по источникам финансирования).
 - » Финансирование прочих учреждений здравоохранения всего, по районам и в целом.
 - » Источники финансирования прочих учреждений здравоохранения (бюджетное, ДМС, платные услуги), по районам и в целом.
 - Финансирование целевых программ (по названию программы) субъекта Российской Федерации, утверждено, фактически, % исполнения.
 - » Финансирование целевых программ (по названию программы федеральной), утверждено, фактически, % исполнения.
 - ~ Суммарное количество средств, выделенных на капитальное строительство и техническое перевооружение учреждений здравоохранения.
3. Показатели качества медицинской помощи:
- Исходы лечения (выздоровление, улучшение, ухудшение, без перемен), в %, среди детей и подростков, лиц трудоспособного возраста и пожилых.
 - Частота совпадения диагноза при первом посещении и заключительного у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых.
 - Запущенность злокачественных новообразований.
 - » Охват профосмотрами.
 - Охват ежегодной диспансеризацией.
 - Распространенность абортот.
 - Младенческая смертность.
 - Материнская смертность.
 - Удельный вес врачей и средних медработников, имеющих квалификационные категории.
 - Коэффициент совместительств у врачей и среднего медицинского персонала (по специальностям).
 - > Доля случаев поликлинического обслуживания, выполненного с профилактической целью, детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых.
 - Частота осложнений, в том числе при анестезии и хирургических операциях.
 - Частота совпадения диагноза направившего учреждения и клинического заключительного диагноза стационара в зависимости от характера заболевания у детей, лиц трудоспособного возраста и пожилых.
 - > Больничная летальность всего, в т. ч. послеоперационная.
 - Летальность при различных сроках доставки экстренных больных.

- * Доля доставленных в стационар по экстренным показаниям в течение 24 часов и позже суток.
 - Доля повторных поступлений в стационар по поводу одного заболевания.
 - Экстренность госпитализации в зависимости от источника направления.
 - Частота совпадения клинического и патологоанатомического диагнозов в стационаре.
 - > Наличие обоснованных жалоб и судебных исков к ЛПУ по поводу качества медицинской помощи, абс.
 - > Средняя длительность лечения в стационарах (в том числе в дневных), по классам болезней и возрастам.
 - Мнение населения о качестве медицинской помощи.
4. Показатели, характеризующие объем медицинской помощи:
- Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (посещений в смену) на 10 тыс. нас.
 - Число посещений амбулаторно-поликлинических учреждений в смену.
 - ЧИСЛО посещений амбулаторно-поликлинических учреждений на 1 жителя в год.
 - Количество вызовов и число лиц, обслуженных службой скорой помощи, на 1 тыс. нас. в год.
 - * Численность лиц, которым оказана помощь, амбулаторно и при выездах, на 10 тыс. нас.
 - Уровень госпитализации (с койками дневного пребывания и сестринского ухода).
 - Проведено больными койко-дней в стационарах (в том числе в дневных) в целом и на 10 тыс. нас.
 - > Число дней работы койки в стационарах (в том числе в дневных).
 - Среднее пребывание больных на койке в стационарах (в том числе в дневных).
 - Мнение населения о доступности медицинской помощи.
5. Показатели здоровья населения:
- Смертность населения.
 - Естественный прирост населения.
 - Средняя продолжительность жизни.
 - » Младенческая и материнская смертность.
 - ~ Общая и первичная заболеваемость населения.
 - Инвалидизация населения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 14

**Затраты на одного жителя по классам болезней за 2000 - 2004 годы
(с учетом всех источников финансирования, включая областной бюджет; ранговая оценка за 2004 год)**

Название класса	2000 г.		2001 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.	
	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя	Затраты, всего	Затраты на 1 жителя
Болезни системы кровообращения	294 356 225	223	329 743 343	258	444 397 024	343	172 908 544	133	923 325 044	738
Психические расстройства и расстройства поведения	47 933 790	36	139 860 766	110	224 508 016	173	119 899 920	93	820 568 448	656
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	125 227 898	95	261 953 390	205	248 967 392	192	97 355 824	75	252 529718	202
Болезни органов дыхания	276 441 078	209	305 230 968	239	432 243 104	334	212 330 816	164	233 334 623	187
Новообразования	69685 072	53	167 550 963	131	71 709 016	55	21 183 610	16	215163705	172
Болезни органов пищеварения	299 768 121	227	277 259 456	217	388 240 512	300	225 080 640	174	192 801 607	154
Болезни костно-мышечной системы	148 962 072	113	167 853 587	131	228779 440	177	90 756 520	70	171 141 140	137
Болезни глаза и его придаточного аппарата	62 078 401	47	61 001 891	48	56164 432	43	30 384 812	23	166 799 468	133
Болезни мочеполовой системы	121 588 210	92	144 065 696	113	86 337 992	67	57 295 228	44	156 727379	125
Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	202 047 189	153	219 065 577	172	267 406 480	206	93 888 320	72	117 589 070	94
Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ	78 265 182	59	88943 875	70	66 641 416	51	30 255 758	23	113 424 739	91
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	161 241 054	122	125 631 371	98	156690464	121	102102 360	79	70195 350	56
Болезни кожи и подкожной клетчатки	102 715 896	78	78 876 834	62	39 828816	31	32 877 156	25	40367 552	32
Болезни нервной системы	70 228 652	53	86 095 171	67	96 688976	75	45 667108	35	38 666 959	31
Беременность, роды и послеродовой период	111 719210	85	192 013 761	150	146756800	113	87 293 040	67	36 054 547	29
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	94 208934	71	49 771 075	39	78 760 520	61	29948948	23	30217887	24
Болезни уха и сосцевидного отростка	22 567 255	17	21 299172	17	25 954 468	20	11 331 203	9	16 894 960	14
Болезни крови, кроветворных органов, нарушения, вовлекающие иммунный механизм	14413157	11	18 443 341	14	21928908	17	6 237 292	5	12780312	10
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	16112082	12	15 756172	12	19537653	15	6 693 941	5	10 645 240	9
Симптомы, отклонения от нормы, выявленные при клин. и лаб. исследованиях	12 063 989	9	18551 779	15	16674616	13	5 755 500	4	1 1535 397	9
Внешние причины заболеваемости и смертности	1 770 648	1	1 594 876	1	2 369113	2	1 671 093	1	945 893	1
Всего	2 333 394 076	1 767	2 770 563 072	2170	3120585158	2 408	1480917632	1143	3631705038	2904

Структура социальных потерь за 2000 - 2004 годы (ранговая оценка за 2004 год)

Название класса	2000 г.				2001 г.				2002 г.				2003 г.				2004 г.			
	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1 случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1 случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1 случ.	Средний возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1 случ.	Средн. возраст смерти	Кол-во смертей	Сумма ППЖ	ППЖ на 1 случ.	Средний возраст смерти
Травмы, отравления, другие последствия воздействия внешних причин	3109	65633	21	45	3501	69945	20	44	3429	71275	21	44	3764	75145	20	45	3708	74939	20	45
Болезни системы кровообращения	11952	30774	3	62	13545	37399	3	62	12786	33236	3	62	13800	41 782	3	62	13171	42524	3	62
Болезни органов пищеварения	647	7 050	11	53	962	11 590	12	54	776	9670	12	53	1217	15978	13	52	1 511	21903	14	51
Новообразования	2737	12823	5	60	2643	13517	5	60	2740	13899	5	60	2805	13 705	5	60	2648	12724	5	60
Болезни органов дыхания	783	6528	8	56	994	9748	9	57	819	7705	9	56	1054	10428	10	55	923	9981	11	54
Симптомы, отклонения от нормы	1 049	4 736	5	60	1248	6753	5	60	1 226	5807	5	60	1390	7 685	6	59	1365	7492	5	60
Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	91	5 606	62	3	96	5942	62	3	106	6548	62	3	91	5589	61	4	83	5168	62	3
Инфекционные и паразитарные болезни	144	2 976	21	47	182	3 279	18	44	166	3198	19	46	224	4 615	21	44	188	3 757	20	45
Врожденные аномалии	61	2874	47	26	66	3 261	49	18	71	3323	47	18	77	3679	48	17	65	3 304	51	14
Болезни нервной системы	104	1 907	18	43	104	2 288	22	47	126	2 542	20	45	143	2 617	18	47	150	2 610	17	48
Психические расстройства	54	755	14	31	71	992	14	51	65	990	15	50	92	1 301	14	51	68	1 017	15	50
Болезни мочеполовой системы	116	922	8	56	96	901	9	57	94	939	10	55	107	969	9	56	109	891	8	57
Болезни эндокринной системы	110	654	6	57	113	848	8	59	133	1039	8	57	126	967	8	57	114	738	6	59

Окончание приложения 15

Болезни кожи и подкожной клетчатки	5	31	6	54	18	190	11	59	7	160	23	42	11	127	12	53	18	225	13	53
Беременность, роды	4	156	39	29	7	255	36	26	6	232	39	26	4	139	35	30	6	219	37	29
Болезни костно-мышечной системы	15	220	15	50	19	284	15	50	30	431	14	51	17	225	13	52	20	156	8	57
Болезни крови	17	256	15	55	19	188	10	50	13	116	9	56	15	112	7	58	14	74	5	60
Факторы, влияющие на состояние здоровья населения	2	0	0	50	8	120	15	65	2	39	20	46	0	0	0	65	0	0	0	65
Болезни уха и сосцевидного отростка	1	28	28	65	0	0	0	37	1	28	28	37	1	42	42	23	0	0	0	65
Болезни глаза и его придаточного аппарата	1	9	9	65	0	0	0	56	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65
Внешние причины заболеваемости и смертности	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65	0	0	0	65
Всего	20907	143504			23692	167500			22586	161177			24938	185105			24161	187722		
Среднее				50				48				47				49				51