

12. Информационное обеспечение системы здравоохранения

Для оперативной адекватной оценки складывающейся ситуации в здравоохранении и принятия управленческих решений также нужна эффективная обратная связь.

В этой связи признается необходимость постоянно действующего механизма сбора, хранения и анализа информации о состоянии здоровья населения и условиях его жизнедеятельности. Демографическая, эпидемиологическая, социально-экономическая информация необходима для выбора приоритетных направлений в работе, адекватного планирования ситуации и оценки достигнутого.

Любая управленческая деятельность сводится к принятию решений и их реализации. На каждом этапе принятия управленческих решений роль информационного обеспечения является решающей.

Информационное обеспечение управления здравоохранением является важнейшей проблемой. Для успешной работы системы необходима постоянная прямая (приказы, распоряжения, информационные письма) и обратная (отчеты, другая оперативная информация от объекта управления) связь. Отсюда следует, что необходимо иметь четкую систему сбора и использования медицинской информации. Из всех условий, необходимых для успешного функционирования этой системы, особо следует выделить следующие: создание системы сбора, обработки и хранения информации; определение оптимума информации для каждого звена управления.

Изменение условий функционирования системы здравоохранения в целом, а также каждого медицинского учреждения в отдельности ведет к поиску новых методов управления деятельностью системы.

В условиях объективно сложившейся децентрализации управления системой, ухудшающихся показателей общественного здоровья особое значение приобретает разработка новых информационных, организационных технологий, обеспечивающих создание оперативной постоянно действующей обратной связи с объектом управления и формирующих функциональную вертикаль управления.

Через четко построенную систему сбора информации реально сформировать вертикаль управления отраслью

Повышение эффективности здравоохранения, усиление его роли в формировании показателей здоровья населения региона, реальное использование существующей ресурсной базы в условиях экономического дефицита становится возможным при разработке новых информационных, организационно-медицинских технологий. Влияние на общественное здоровье становится возможным через эффективное управление деятельностью лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), повышение качества оказываемой медицинской помощи, ориентированной на достижение программно-целевых показателей, связанных с показателями здоровья населения.

Государственное реформирование поставило перед органами здравоохранения ряд принципиально новых задач. Одной из основных является информатизация здравоохранения, которая призвана помочь в решении задач реформирования отрасли в целом, улучшении связей между медицинскими учреждениями и органами управления здравоохранением, улучшения качества и эффективности оказания медицинской помощи населению.

Скорость, качество получения и обработки информации составляют основу информационной системы, позволяющей аккумулировать информационные потоки с целью эффективного управления ими. Руководство большинства субъектов Российской Федерации готово к восприятию и реализации идей информатизации здравоохранения на уровне своих регионов.

Единое информационное пространство – это среда для информирования различных государственных, политических и социальных групп о медико-санитарных проблемах, координации действий и методов их решений. Единое информационное пространство здравоохранения – это пространство, на котором учреждения здравоохранения (или связанные со здравоохранением) удовлетворяют свои информационные потребности, свободно и широко обмениваются между собой информацией, необходимой для осуществления присущих им системных функций.

Реализация проекта единой информационной системы здравоохранения, который затронет социальную сферу в целом, инициирует необходимость организации персонифицированного учета всех услуг, оказанных в рамках социальной защиты населения. Не обойтись без создания единых электронных архивов, медико-социальных карт застрахованных, что позволит решить множество контрольно-аналитических и прогностических задач, направленных на повышение эффективности использования финансовых и материальных ресурсов здравоохранения в обеспечении модели социальной защиты населения в условиях медико-социального страхования.

Для решения этих задач необходимы качественно новые структуры в системе здравоохранения. В настоящее время функцию сбора, обработки и хранения информации, т.е. в основном кумулятивную функцию выполняют бюро медицинской статистики (БМС), но на современном этапе объемам имеющейся информации, с учетом задач, стоящих перед органами здравоохранения, уже тесно в рамках БМС. Эти структуры в силу своей небольшой ресурсоемкости не могут оказывать существенного влияния на полноценное решение задач управления отраслью, вести создаваемые федеральные регистры (диабетический, генетический, онкологический, токсикологический и др.) и в то же время замыкать на себе потоки информации о деятельности ЛПУ. Но при условии укрепления БМС структурными подразделениями, осуществляющими деятельность в условиях современных технологий, специалистами соответствующего уровня, БМС могут полноценно выполнять функции медицинских информационно-аналитических цен-

тров (МИАЦ).

В 2001 г. Минздравом России было принято решение о введении МИАЦ в номенклатуру учреждений здравоохранения, утвержденное приказом от 04.06.2001 № 180 «О внесении изменений и дополнений в номенклатуру учреждений здравоохранения». Одновременно было разработано «Примерное положение о медицинском информационно-аналитическом центре», в котором обозначены основные функции и задачи МИАЦ. Разработана примерная структура МИАЦ, исходя из основных задач учреждения, структуры и сети учреждений здравоохранения, функционирующих в регионе, подготовлен проект штатной численности структурных подразделений МИАЦ.

Развитие и совершенствование системы учета и отчетности отрасли требует внедрения технологических процессов обработки медицинских документов, а также стандартизации программных продуктов (ПП). Для этого в субъектах Российской Федерации должны быть приняты решения, предусматривающие поэтапное оснащение учреждений здравоохранения средствами вычислительной техники, подготовку кадров, разработку и широкое внедрение новых информационных технологий на территориальном и учрежденческом уровнях, создание стройной системы информатизации управления здравоохранением регионального уровня.

Необходимость компьютеризации вызвана еще и практическим отсутствием на местах специалистов-статистиков. В среднем на одно учреждение приходится 18 учетных (с ежедневным ведением) и 8 отчетных форм, а работают с этим валом информации 0,3 должности врача-статистика, и с каждым годом число их уменьшается, увеличивается возрастной порог.

Оснащенность же вычислительной техникой, которая может привлечь молодой контингент специалистов, хотя и растет, но по-прежнему остается на низком уровне. Только 660 учреждений из 17 тыс. имеют в своей структуре отделы автоматизированной системы управления (АСУ), что значительно затрудняет решение вопроса информатизации здравоохранения.

Эффективная работа органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений в условиях обязательного медицинского страхования невозможна без актуализации существующей системы учета и отчетности и внедрения новых технологий работы с медицинской документацией. В условиях резкого увеличения объемов медицинской статистической информации, внедрения новых учетных и отчетных документов особенно остро ощущается дефицит методической литературы по проблемам сравнительного анализа статистических данных. Решение задач управления здравоохранением тесно связано с проблемами реформирования официальной медицинской статистики.

Основой системы информационного обеспечения здравоохранения являются: государственная статистическая документация (демографические показатели, показатели деятельности ЛПУ, состояние окружающей среды, данные о потреблении продуктов питания, алкоголя и т.д.); данные социологических опросов; материалы периодических медико-социальных обследований выборок населения; экспертные оценки; данные маркетинговых исследований; базы данных в системе международной связи Internet; другие системы сбора и обработки информации.

Недостатком информационного обеспечения в статистической системе является то, что имеющаяся информация – не многоуровневая: одна и та же информация движется снизу вверх по уровням системы, обрастая количественно, но не меняясь качественно. В то время как на разных уровнях решаются разные задачи управления, требующие информацию, различную не только по объему, но и по содержанию. Необходимы единые методики формирования и использования показателей для каждого уровня управления здравоохранением: лечебного учреждения, района, города, субъекта Российской Федерации, федерального округа, Минздрава России. Более высокий уровень управления требует меньшей детализации и большей емкости показателей.

С точки зрения информатизации система здравоохранения представляет территориально распределенную многоуровневую систему, образованную объектами информатизации, к которым относятся Министерство здравоохранения Российской Федерации (координирующий орган), органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, лечебно-профилактические учреждения, Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды и их филиалы.

Таким образом, информационная система здравоохранения объединяет субъекты различной подчиненности и форм собственности. В связи с этим в процессе дальнейшей информатизации необходимо учитывать их организационную независимость, многообразие реально существующих в настоящее время технологических схем ведения баз данных и программно-технических платформ.

Во многих субъектах Российской Федерации функционируют многоуровневые системы сбора, обработки и хранения медико-статистической и экономической информации. Информационные ресурсы системы здравоохранения и ОМС включают в себя базы данных по различным направлениям деятельности:

- медико-статистическую персонифицированную базу данных медицинских услуг, содержащую информацию об услугах амбулаторно-поликлинической, стационарной, скорой и неотложной медицинской помощи, стоматологической помощи;
- финансовую базу данных, содержащую электронные реестры счетов;
- данные о смертности;
- данные о льготном лекарственном обеспечении;

- оперативные данные о рождаемости и младенческой смертности;
- данные по кадровому составу ЛПУ;
- базу данных по материально-техническому оснащению ЛПУ;
- различные федеральные и региональные регистры, связанные с заболеваемостью населения;
- статистические сведения о здоровье населения и показатели деятельности ЛПУ;
- нормативно-справочные и другие базы данных.

Важнейшая задача информационной системы на территориальном уровне — информационное обеспечение всех мероприятий (включая и немедицинские), от которых в различной степени зависит улучшение состояния здоровья населения.

Медицинские информационные системы позволяют ставить и решать следующие задачи:

1. Комплексное использование медицинских информационных ресурсов органами управления здравоохранением, системы ОМС и центрами Госсанэпиднадзора – в прогнозировании, планировании и принятии решений управления отраслью.
2. Повышение качества медицинского обслуживания за счет улучшения достоверности диагностики заболеваний, ускорения оказания медицинской помощи, объективизации систем контроля.
3. Оперативное решение для диагностических и лечебно-профилактических мероприятий здравоохранения.
4. Обеспечение доступности консультативной медицинской помощи в отдаленных и малонаселенных районах, в экстремальных условиях.
5. Смещение акцента оказания диагностической и консультативной помощи на семейного врача и амбулаторно-поликлиническое звено, сокращение числа койко-дней и количества коек в ЛПУ.
6. Повышение роли стационарозамещающих технологий.
7. Доступ к медицинским информационно-справочным и аналитическим системам для практических врачей по всем направлениям медицины для повышения качества и эффективности лечения.
8. Формирование единой базы данных о состоянии здоровья населения с единым идентификационным номером пациента.
9. Мониторинг заболеваемости и состояния здоровья населения. Выявление ключевых факторов (социально-гигиенических, демографических, экологических и т.д.).
10. Использование медицинских баз и банков данных в образовательных и научно-исследовательских целях.
11. Снижение затрат на оказание медицинской помощи.

Конечная цель внедрения новых прогрессивных информационных систем в медицине – сохранение здоровья человека путем повышения эффективности и управляемости лечебно-диагностического процесса, рационализации использования средств, улучшения качества оказания медицинской помощи.

В задачи программы ВОЗ «Здоровье для всех к 2000 году» входит «Создание систем медико-санитарной информации, которые содействовали бы планированию, мониторингу и оценке служб и состояния общественного здоровья». Для ее решения ВОЗ предполагает:

1. провести тщательную ревизию существующих информационных систем для оценки состоятельности их с целью определения достоверности данных, степени пригодности для мониторинга;
2. выявить потребность в новой информации — новых позитивных показателях;
3. определить пути сбора данных, выявить наиболее сильные и слабые стороны методик, выбрать наиболее эффективные.

Реформы здравоохранения создают повышенную потребность в своевременной (оперативной) информационной поддержке, что делает необходимой и крайне актуальной отработку системных и централизованных подходов в построении единой информационной системы здравоохранения.

Под единой информационной системой здравоохранения следует понимать образованную аппаратно-программным комплексом органов управления здравоохранением многоуровневую структурированную систему территориальных фондов ОМС, лечебно-профилактических учреждений, страховых медицинских организаций, санитарно-эпидемиологических служб, фармацевтических учреждений, медицинских информационно-аналитических центров, НИИ медицинского профиля, вузов.

Цели построения единой информационной системы здравоохранения следующие:

- повышение эффективности использования ресурсов в здравоохранении путем использования новейших разработок в области информационных технологий;
- обеспечение результативности и обоснованности управленческих решений за счет автоматизации контрольно-аналитических функций органов управления здравоохранением, ТФОМС, ЛПУ, СМО;
- повышение адресности медицинской помощи с учетом организации центральной базы персонифицированных данных на жителей той или иной территории (совокупные сведения о заболеваемости, объемах медицинской и социальной помощи, случаях временной нетрудоспособности, лекарственного обеспечения, санаторно-курортного лечения, предоставления социальных льгот и т.д.);
- снижение доли административных расходов в здравоохранении;

- формирование системы консолидированного учета медицинских услуг, оказанных из всех (бюджетных и внебюджетных) источников, включая ДМС и платные медицинские услуги;
- реализация эффективных принципов планирования деятельности лечебного учреждения, исходя из объективных показателей финансирования ЛПУ, и определение динамики потребности и спроса на соответствующие виды медицинской помощи;
- единообразие и стандартизация форм учета при внедрении информационных технологий в деятельность всех субъектов здравоохранения.

Для достижения указанных целей необходимо проведение следующих мероприятий:

- создание предметных интегрированных систем как основы единой информационной системы здравоохранения, исключающих явления фрагментарности в автоматизации здравоохранения;
- определение последовательности формирования многоуровневой информационной системы здравоохранения;
- создание единых алгоритмов и системообразующих компонентов в определении основных показателей отрасли здравоохранения;
- обеспечение соблюдения единого подхода к стандартизации информационных разработок;
- внедрение современных способов сертификации программных средств;
- разработка единых требований к архитектуре данных, форматам обмена данными, кодированию и классификации информации;
- выработка иерархической структуры движения информации по отраслевой вертикали;
- внедрение технологии компактного размещения и хранения данных с учетом необходимости обработки значительных массивов информации;
- решение задачи обеспечения высокой оперативности доступа к любым запрашиваемым сведениям;
- создание электронных архивов предметной отраслевой информации;
- формирование общих методических подходов к организации мониторинга показателей состояния здоровья населения;
- планирование, реализация и оценка результатов пилотных проектов по созданию функциональных стандартов информатизации как начального этапа построения единой информационной системы здравоохранения;
- изучение рынка и проведение экспертизы программных средств в области информатизации здравоохранения;
- согласование и утверждение планов компьютеризации лечебных учреждений федерального, территориального и муниципального уровней органами управления здравоохранением, Минздравом России, РАМН с целью определения единых технических требований к парку вычислительной техники.

Требования к функциональным характеристикам

- Обеспечение персонифицированного учета сведений о пациентах (идентификационные данные, цели направления в лечебное учреждение, медицинские показания, назначенные, оказанные и оплаченные медицинские услуги, источники оплаты, документальные основания для получения медицинской помощи за счет средств федерального бюджета или ОМС).
- Интеграция всех информационных потоков в единую базу данных и обеспечение надежной защиты от несанкционированного доступа к данным.
- Автоматизация всех процессов обработки агрегированной информации, включая информационно-программное обеспечение экономических расчетов с заказчиками (покупателями) медицинской помощи независимо от вида оплаты и источника финансовых средств.
- Автоматизация кассовых операций при оказании услуг за наличные средства физических лиц.
- Контроль исполнения выписанных направлений.
- Формирование счетов на пациента, исполнителя, отделение и учреждение в целом.
- Построение отчетной финансовой документации на основе классификатора услуг и тарифов, утвержденных Минздравом России.
- Авторизация и разграничение прав доступа к программному комплексу.
- Обеспечение многопользовательского режима работы.

Требования к организации данных

1. Сформировать и обеспечить ведение следующих справочников НСИ:

- международный классификатор болезней;
- классификатор медицинских услуг;
- справочник тарифов на медицинские услуги, утвержденных Минздравом России;
- справочники тарифов на медицинские услуги, утвержденные фондами ОМС;
- справочник тарифов на платные медицинские услуги, утвержденный органом управления здравоохранением;
- реестр пациентов, обратившихся за медицинской помощью;

2. Производить регистрацию и учет пациентов по следующим реквизитам.

Для застрахованных, обратившихся за медицинской помощью по программе ОМС:

- номер полиса ОМС;
- фамилия, имя, отчество, дата рождения и адрес регистрации;
- дата поступления и выписки.

Для обратившихся по другим источникам финансирования:

- фамилия, имя, отчество;
- паспортные данные;
- регион проживания, место работы;
- реквизиты направившего медицинского учреждения;
- дата поступления и выписки.

Производить регистрацию оказываемых пациентам медицинских услуг по следующим показателям:

- информация об оказанной услуге;
- информация о диагнозе;
- сведения об исполнителе услуги и отделении;
- сведения о специалисте, направившем на выполнение услуги.

3. Обеспечить отдельный учет медицинских услуг, оказываемых по программе ОМС, по направлению Минздрава России или органа управления здравоохранением.

Требования к выходной информации

Программный комплекс должен обеспечивать формирование следующих выходных форм:

- направление на обследование;
- история болезни пациента;
- лицевой счет пациента;
- счета-фактуры на медицинские услуги, оказываемые по всем источникам финансирования.

Информационно-статистическая база показателей здоровья и здравоохранения

Медицинская статистика используется на общегосударственном уровне, где оценивается динамика показателей здоровья населения, в том числе заболеваемость, инвалидность и смертность в зависимости от уровня жизни. С другой стороны, медицинская статистика используется для оценки состояния организации и управления отраслью здравоохранения, как на уровне Минздрава России, так и на уровне регионов.

Существующая информационно-статистическая база по проблеме здоровья населения складывалась в условиях административно-командной системы в основном в рамках формирования государственной отчетности и проводимых научно-исследовательских разработок. Государственная система управления основывалась на плановом ведении отраслей хозяйства, в том числе и здравоохранения, опираясь в расчетах своих планов на результаты годовой деятельности. Отсутствие возможности получать оперативную информацию и анализировать ее исключало гибкость в принятии решений в условиях чрезвычайных ситуаций, регулировать демографическую ситуацию в новых условиях рыночной экономики. В методическом плане основным недостатком государственной отчетности является отсутствие возможности получения информации «на лицо», и, следовательно, трудность соотношения имеющихся данных с индивидуальным и групповым здоровьем. Медицинская статистика подчинена не столько задачам оценки состояния здоровья населения, сколько задачам учета деятельности ЛПУ, в том числе и оказываемых медицинских услуг.

Происходящие процессы реформирования в обществе, здравоохранении не могут обойти и медицинскую статистику, оставив прежние ее принципы: единство, полнота и достоверность. Это обеспечивается совершенствованием как структуры службы, так и системы учета и отчетности. С этой целью на

уровне Минздрава России создана рабочая группа, действующая на постоянной основе, по пересмотру учетной и отчетной документации с целью привязки их к условиям ОМС. В эту группу, помимо представителей Минздрава России, вошли сотрудники научно-исследовательских институтов (НИИ им. Н.А. Семашко, ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения и др.), руководители службы медицинской статистики, так и представители ФОМС и территориальных фондов ОМС. В результате совместной работы подготовлен приказ Минздрава России от 20.02.02 № 60 «О введении временной учетно-отчетной медицинской документации». В данных документах учтены интересы, как органов здравоохранения, так и ОМС. При апробации временных учетных документов на территории страны был предложен ряд замечаний, которые учтены при разработке окончательных документов. Приказ Минздрава России от 30.12.2002 № 413 «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации». В соответствии с данным приказом введены в действие ряд учетных форм (№ 039/у-02, № 007/у-02, № 016/у-02, № 007дс/у-02, № 066/у-02), отчетная форма № 14-дс.

Данная работа продолжается и готовится ряд новых документов.

В настоящее время в вычислительном центре ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Минздрава России разрабатывается новая версия системы формирования и обработки медицинской информации, которая может использоваться на всех уровнях системы здравоохранения. Формализованные выходные отчетные формы позволят работать непосредственно с электронной версией отчета посредством электронной почты с возможностью обратной связи. Это значительно сократит сроки обработки и формирования сводных отчетов, анализа статистической информации, подготовки сборников о состоянии здоровья и здравоохранения.

Медико-статистическая информация должна характеризовать состояние здоровья населения, организацию, качество и эффективность оказываемой медицинской помощи, а также деятельность лечебно-профилактических учреждений. К медицинской документации предъявляются требования соблюдения единства учетно-статистических показателей, единства сроков составления отчетности и представления

ее в вышестоящие инстанции, строжайшей отчетной дисциплины учреждений. В соответствии с этими принципами во всех лечебно-профилактических учреждениях должна вестись унифицированная для однотипных учреждений первичная медицинская документация. Форма учетных документов и типовые инструктивно-методические указания утверждаются Минздравом России. Формы отчетности медицинских учреждений, органов здравоохранения, а также порядок и сроки представления их утверждаются Госкомстатом России по представлению Минздрава России. Типизация и унификация документов облегчает статистическую разработку материалов, создает условия для применения средств вычислительной техники по автоматизированной обработке данных во всех медицинских учреждениях и способствует получению сопоставимых показателей, характеризующих состояние здоровья населения и деятельность учреждений здравоохранения по различным территориям.

Проблемы совершенствования информационного обеспечения служб здравоохранения затрагивают вопросы совершенствования первичного учета, его объема и содержания. Периодически проводятся изменения с целью совершенствования форм учета, объема и структуры отчетности, их упрощение. Наряду с этим возникают новые формы учета и отчетности. Так, с 1994 г. использовалась форма № 52 «Отчет о деятельности лечебно-профилактического учреждения, функционирующего в системе обязательного медицинского страхования», которая в 2001 г. заменена на форму № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи». Данная отчетная форма впервые включает в себя объемы оказанной медицинской помощи и финансовые затраты. Одна из проблем в использовании, анализе информации и контроле достоверности формы № 62 в том, что службы медицинской статистики не имеют возможности контроля достоверности информации по разделам, отражающим финансовую деятельность ЛПУ в данном документе. Для страховой медицины определенную сложность представляет слабая степень формализации медицинских понятий, отсутствие единых критериев и стандартов оценки состояния здоровья, оценки качества и количества оказываемой медицинской помощи множеством страховых компаний, отсутствие фактических стандартов по материально-техническому обеспечению ЛПУ, низкая достоверность статистических сведений о фактическом положении в здравоохранении.

Быстрое развитие медицины катастроф – оказание экстренной медицинской помощи пострадавшим в авариях, катастрофах, стихийных бедствиях — основывающееся на фундаментальных исследованиях отечественных и зарубежных специалистов, подтвержденное практикой ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций позволило создать систему современных лечебно-эвакуационных мероприятий, обеспечивающие оптимальные время и объем оказания неотложных мероприятий квалифицированной и специализированной медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях мирного времени на федеральном и региональном уровне.

Одновременно круг вопросов, связанных с проблемами оказания экстренной помощи на территориальном уровне, требует обсуждения и исследования с учетом техногенных и природных факторов риска, их взаимозависимости и взаимообусловленности, величины и структуры санитарных потерь, причинно-следственных связей их формирования, ресурсообеспеченности и возможности практического здравоохранения, особенностей организации системы лечебно-эвакуационных мероприятий в общей системе охраны жизни и здоровья населения при возникновении и ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций. Одним из вспомогательных моментов при решении некоторых из вышеперечисленных вопросов является анализ статистических данных, получаемых с помощью форм № 55 «Сведения о деятельности учреждения здравоохранения (медицинского формирования), принимавшего участие в ликвидации чрезвычайных ситуаций» и № 56 «Сведения о чрезвычайных ситуациях и пораженных в них».

Остро стоит вопрос о сопоставимости информации в различных административных образованиях субъекта, а также приведение в соответствие международным нормам статистики здоровья населения. Только половина статистических показателей из 156, необходимых для международной программы «Здоровье для всех к 2000 году», может быть использована для сопоставления. Требуется статистика по новорожденным с отдельными генетическими нарушениями, по стоматологической службе, новым случаям других гепатитов, кроме А и В, не рассчитывается ожидаемая продолжительность жизни без инвалидности (в годах), нет данных о доле детей с весом 80-120% от нормы, доле младенцев, находящихся на грудном вскармливании до 6 недель, доле некурящего населения, проценте населения, которое никогда не курило и т.д. Не ведется учет о состоянии здоровья населения в различных социальных группах общества, не разработаны методики, дающие возможность оценить качество жизни населения, уровень социального здоровья и социальной поддержки.

Таким образом, в настоящее время в системе федерального государственного статистического наблюдения, а также вне этой системы собирается большое количество информации, которая представляет интерес с точки зрения комплексного анализа общественного здоровья населения и выработки управленческих решений, направленных на его сохранение и укрепление.

Медицинская государственная статистика имеет в своем документообороте около 600 учетных и более 60 отчетных форм (табл. 1). Учитывая число лечебно-профилактических учреждений по России (8 862 больницы, 17 689 самостоятельных и объединенных с больницами амбулаторно-поликлинических

учреждения в системе Минздрава России) при численности населения почти в 144 млн. человек можно представить масштабность информации (порядка 450 тыс. заполненных отчетных форм), которую приходится перерабатывать для оценки состояния здоровья населения и деятельности ЛПУ (табл. 2, 3).

Естественно, что на федеральный уровень из субъекта Российской Федерации поступает лишь сводный отчет по каждой из перечисленных отчетных форм, на основании которых затем формируются уже окончательные показатели. Однако следует учесть, сколько этапов включает в себя формирование единого свода: заполнение формы в каждом ЛПУ, свод на уровне района, города, субъекта Федерации, страны.

Таблица 1

**Число лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации
и заполняемых отчетных форм**

Наименование учреждения	Число учреждений	Число заполняемых форм	Общее число форм
Больницы всех типов	8 862	12	106 344
Амбулаторно-поликлинические учреждения	15 230	21	319 830
Диспансеры	1 532	14	21 448
Стоматологические поликлиники	927	2	1 854
ИТОГО	26 551	49	449 476

Таблица 2

**Число заполняемых отчетных форм за год лечебно-профилактическими
учреждениями в разрезе территорий, в зависимости от сети учреждений здравоохранения**

до 1 тыс.	Республика Ингушетия, Еврейская автономная область. Итого 2
от 1 до 3 тыс.	Республики Марий Эл, Мордовия, Калмыкия, Адыгея, Кабардино-Балкария, Карачаево-Черкесская, Северная Осетия-Алания, Алтай, Тыва, Хакасия; Мурманская, Новгородская, Псковская, Калужская, Орловская, Курганская, Камчатская, Магаданская, Сахалинская, Калининградская области; Чукотский автономный округ. Итого 21
от 3 до 5 тыс.	Республики Карелия, Коми, Чувашия, Бурятия; Архангельская, Вологодская, Ленинградская, Брянская, Владимирская, Ивановская, Костромская, Рязанская, Смоленская, Ярославская, Белгородская, Курская, Липецкая, Астраханская, Пензенская, Самарская, Ульяновская, Томская, Амурская области; Хабаровский край. Итого 24
от 5 до 8 тыс.	Республика Удмуртия; г. Санкт-Петербург; Тверская, Тульская, Кировская, Воронежская, Тамбовская, Волгоградская, Саратовская, Свердловская, Кемеровская, Омская, Тюменская, Иркутская, Читинская области; Ставропольский и Приморский край. Итого 17
от 8 до 10 тыс.	Республики Татарстан, Дагестан, Якутия; Оренбургская, Новосибирская, Пермская, Челябинская области; Красноярский край. Итого 8
свыше 10 тыс.	Республика Башкортостан; г. Москва; Московская, Нижегородская, Ростовская области; Краснодарский и Алтайский края. Итого 7

Таблица 3

Число лечебно-профилактических учреждений и заполняемых в них отчетных (годовых) форм за 2001 г.

Территории	Больницы/ кол-во форм	Поликлиники входящие/ кол-во форм	Диспансеры/ кол-во форм	Поликлиники са- мостоятельные/ кол-во форм	Стоматологические поликлиники/кабинеты/ кол-во форм	ИТОГО форм
Российская Федерация	8862/239274	8924/71392	1532/21448	6306/56754	927/10312	
1. Республика Карелия	69/1863	57/456	56/784	53/424	2/88	3007
2. Республика Коми	93/2511	81/648	15/210	57/456	5/98	3821
3. Архангельская область	111/2297	105/840	11/154	60/480	10/117	4025
4. Вологодская область	117/3159	120/960	14/196	57/456	7/107	4999
5. Мурманская область	38/1026	34/272	7/98	32/256	9/58	1786
6. г. Санкт-Петербург	97/2619	46/368	48/672	141/1128	39/85	5035
7. Ленинградская область	85/2295	85/680	4/56	110/880	9/148	4225
8. Новгородская область	54/1458	49/392	13/182	37/296	7/66	2474
9. Псковская область	40/1080	34/272	11/154	26/208	6/49	1824
10. Брянская область	95/2565	85/680	12/168	52/416	9/103	4053
11. Владимирская область	113/3051	104/832	15/210	47/376	14/157	4811
12. Ивановская область	102/2754	130/1040	13/182	32/256	7/97	4440
13. Калужская область	37/999	34/272	4/56	14/112	4/49	1545
14. Костромская область	77/2079	83/664	7/98	30/240	5/73	3237
15. г. Москва	172/4644	133/1064	103/1442	428/3424	68/386	11482
16. Московская область	261/7047	337/2696	83/1162	280/2240	33/412	14035
17. Орловская область	50/1350	50/400	10/140	42/336	7/73	2386
18. Рязанская область	109/2943	100/800	10/140	61/488	9/94	4577
19. Смоленская область	82/2214	81/648	11/154	50/400	12/90	3620
20. Тверская область	136/3672	135/1080	13/182	68/544	15/153	5814
21. Тульская область	110/2970	149/1192	18/252	50/400	13/85	5010
22. Ярославская область	93/2511	123/984	11/154	51/408	4/114	4293
23. Республика Марий-Эл	59/1593	55/440	8/112	42/336	4/85	2579
24. Республика Мордовия	64/1728	56/448	7/98	42/336	5/80	2780
25. Чувашская Республика	92/2484	87/696	20/280	66/528	13/111	4236

Территории	Больницы/ кол-во форм	Поликлиники входящие/ кол-во форм	Диспансеры/ кол-во форм	Поликлиники са- мостоятельные/ кол-во форм	Стоматологические поликлиники/кабинеты/ кол-во форм	ИТОГО форм
26. Кировская область	182/4914	187/1496	12/168	27/216	4/168	7138
27. Нижегородская область	256/6912	266/2128	32/448	143/1144	24/246	11172
28. Белгородская область	97/2619	91/728	10/140	69/552	9/136	4329
29. Воронежская область	171/4617	160/1280	19/266	90/720	16/160	7235
30. Курская область	85/2295	79/632	7/98	68/544	4/98	3773
31. Липецкая область	81/2187	90/720	12/168	42/336	8/74	3635
32. Тамбовская область	124/3348	129/1032	13/182	56/448	7/106	5236
33. Республика Калмыкия	30/810	26/208	5/70	72/576	1/23	1712
34. Республика Татарстан	223/6021	200/1600	36/504	103/824	29/223	9453
35. Астраханская область	66/1782	70/560	5/70	73/584	6/95	3198
36. Волгоградская область	110/2970	272/2716	30/420	62/496	25/114	6340
37. Пензенская область	90/2430	87/696	8/112	67/536	2/135	4048
38. Самарская область	75/2025	81/648	26/364	41/328	20/83	3571
39. Саратовская область	184/4968	175/1400	20/280	103/824	17/166	7838
40. Ульяновская область	90/2430	82/656	14/196	61/488	11/125	4042
41. Республика Адыгея	20/540	19/152	5/70	43/344	2/51	1212
42. Республика Дагестан	168/4536	156/1248	17/238	204/1632	10/250	8174
43. Республика Ингушетия	10/270	8/64	5/70	1/8	1/9	432
44. Кабардино-Балкарская Республика	33/891	28/224	6/84	88/704	9/89	2099
45. Карачаево-Черкесская Республика	38/1026	32/256	7/98	27/216	7/36	1682
46. Республика Северная Осетия	24/648	20/160	6/84	65/520	7/48	1522
47. Краснодарский край	271/7317	230/1840	58/812	269/2152	32/404	12993
48. Ставропольский край	151/4077	126/1008	30/420	165/1320	14/255	7363
49. Ростовская область	224/6048	199/1592	54/756	222/1776	30/295	10822
50. Республика Башкортостан	277/7479	265/2120	53/742	142/1136	26/339	12207
51. Удмуртская Республика	124/3348	129/1032	18/252	55/440	10/161	5414
52. Курганская область	60/1620	51/408	12/168	43/344	3/89	2724
53. Оренбургская область	188/5076	224/1792	22/308	93/744	9/242	8422
54. Пермская область	196/5292	183/1464	36/504	78/624	21/205	8336
55. Свердловская область	176/4752	271/2168	29/406	36/288	41/135	7966

Территории	Больницы/ кол-во форм	Поликлиники входящие/ кол-во форм	Диспансеры/ кол-во форм	Поликлиники са- мостоятельные/ кол-во форм	Стоматологические поликлиники/кабинеты/ кол-во форм	ИТОГО форм
56. Челябинская область	200/5400	192/1536	49/686	92/736	15/216	8820
57. Республика Алтай	30/810	29/232	6/84	30/240	2/31	1432
58. Алтайский край	236/6372	253/2024	21/294	196/1568	11/286	10852
59. Кемеровская область	139/3753	191/1528	40/560	114/912	27/118	7043
60. Новосибирская область	197/5319	175/1400	37/518	114/912	16/176	8533
61. Омская область	142/3834	136/1088	19/266	176/1408	9/232	7078
62. Томская область	71/1917	62/496	8/112	47/376	10/84	3089
63. Тюменская область	179/4833	163/1304	41/328	105/840	24/220	7793
64. Республика Бурятия	95/2565	81/648	13/182	94/752	5/80	4317
65. Республика Тыва	44/1188	44/352	6/84	21/168	1/23	1840
66. Республика Хакасия	59/1593	54/432	8/112	28/224	4/49	2467
67. Красноярский край	218/5886	241/1928	30/420	139/1112	21/194	9776
68. Иркутская область	181/4887	167/1336	32/448	116/928	12/184	7991
69. Читинская область	129/3483	119/952	8/112	69/552	5/110	5329
70. Республика Саха (Якутия)	244/6588	237/1896	45/630	72/576	3/120	9936
71. Еврейская автономная область	12/324	10/80	4/56	8/64	1/13	552
72. Чукотский автономный округ	24/648	24/192	6/84	9/72	-	1018
73. Приморский край	124/3348	98/784	26/364	76/608	14/123	5378
74. Хабаровский край	93/2511	114/912	19/266	65/520	13/130	4495
75. Амурская область	86/2322	85/680	11/154	65/520	6/67	3822
76. Камчатская область	46/1242	44/352	8/112	24/192	4/43	1992
77. Магаданская область	22/594	24/192	6/84	24/192	2/35	1136
78. Сахалинская область	44/1188	39/312	4/56	36/288	1/63	1712
79. Калининградская область	62/1674	49/392	4/56	32/256	6/51	2492

Следует также отметить, что с каждым годом число учетных и отчетных форм увеличивается (табл. 4).

Таблица 4

Количество учетных и отчетных форм лечебно-профилактических учреждений

Формы	1949 г.	1980 г.	2001 г.
учетные	120	338	328
отчетные	11	26	37

В 1949 г. число учетных форм составляло 120. За 50 лет их количество увеличилось почти в 3 раза, также как и число отчетных форм. С одной стороны, это связано с ростом потребностей руководителей здравоохранения, специалистов располагать разнообразной информацией, с другой стороны, возможностями информационных систем.

Однако имеющаяся информация в отчетных формах недостаточно используется в системе здравоохранения. Около 30% ее в полной мере востребовано органами управления. Тогда как до 50% информации, необходимой для реализации функций управления здравоохранением, содержащихся в отчетных данных, передаваемых учреждениями здравоохранения в виде отчетной государственной и отраслевой статистической информации остается не востребовано. Это в какой-то мере связано с отсутствием привлечения современных технологий анализа и представления данных. Другой причиной невостребованности статистической информации является малая приспособленность ее к использованию на уровне субъекта Федерации и еще меньше – на уровне муниципального образования.

Кроме этого, для восприятия статистической информации необходимы специальные знания, которыми не все руководители обладают, требуется определенная подготовка их в этой области.

В целом ценность информации определяется не количеством, а потребностью в ней, подготовленностью к ее восприятию и использованию. Никакой механизм сбора данных, отличающийся сложностью или требующий чрезмерных затрат времени не имеет шансов на успех даже в тех случаях, когда применяются методы стимулирования.

Сбор информации должны осуществлять специально подготовленные люди, действующие в соответствии с четкими инструкциями. В идеальном случае сбор данных должен проводиться по стандартной форме, имеющей следующие характеристики: четкость, простота, важность информации, недвусмысленность. Ценность информации не зависит от объема затрат на ее получение, но при этом следует учитывать, что сбор информации – это продукт человеческого труда.

Информация должна обладать следующими свойствами: точностью; полнотой; глубиной; достоверностью; надежностью; доказательностью; новизной; оперативностью; эффективностью.

Более полное использование информации требует применения современных технологий сбора, обработки, анализа и представления данных, наличия только достоверных статистических данных. Достоверности информации всегда придавалось большое значение, о чем свидетельствуют следующие документы:

1. Постановление Центрального Исполнительного Комитета и Совета народных Комиссаров СССР от 27 сентября 1933 г. № 82/2530, Москва. Об ответственности за представление неправильных учетных сведений и отчетных данных, а также за нарушение форм и сроков представления учетно-отчетных материалов.

2. Приказ Прокурора СССР Прокурорам союзных и автономных республик, краев и областей от 19 июня 1938 г. № 675, Москва. Постановлением ЦИК и СНК СССР от 27 сентября 1933 г. было предложено привлекать к уголовной ответственности лиц, виновных в систематическом нарушении сроков представления органам народнохозяйственного учета отчетных материалов. Тщательно рассматривать все сообщения о нарушении теми или иными организациями правил о предоставлении статистической отчетности.

3. Выписка из Приказа Министра здравоохранения СССР и Начальника Центрального статистического управления Госплана СССР от 3 августа 1948 г. № 494/1589, Москва. Утвердить новые формы отчетности для медицинских учреждений. Введение новых или расширение действующих форм может производиться по представлению Отдела медицинской и санитарной статистики Министерства здравоохранения СССР. Установить, что за своевременную отправку и правильность отчетных данных учреждения отвечает персонально руководитель учреждения, а по управлениям и отделам министерства, в части представления сводных отчетов – начальник управления или отдела.

4. Выписка из Положения о порядке ведения медико-статистической работы в медицинских учреждениях. Утверждено Наркомздравом СССР 22 июня 1938 г. Все без исключения медицинские учреждения (больницы, амбулатории, поликлиники, врачебные участки, консультации и т.д.), а также и организации (госсанинспекторы, санитарные врачи, эпидемиологи, судебно-медицинские эксперты и т.д.) обязаны обеспечить своевременное составление периодических, достоверных сведений о своей

деятельности, согласно установленным правилам и формам государственной системы учета и отчетности для учреждений здравоохранения.

По данным литературы, следует, что 39% всей стоимости обслуживания пациентов обусловлено стоимостью ведения информации; 50% рабочего времени врач тратит на поиск информации. Тогда как только автоматизированная информационная система слежения за больными увеличивает поток обследуемых на 10-20%, сокращает время ожидания врачом ответного результата на 25%, снижает время ожидания пациентом очередной процедуры обследования в 2 раза. Доказано, что структурированная информация выдается в 4 раза быстрее, чем традиционная бумажная, использование диагностических программ снижает количество проводимых диагностических процедур на 15%, благодаря использованию компьютера для оценки групп риска можно избежать $\frac{1}{4}$ диагностических процедур.

Система управления должна опираться только на постоянно действующий мониторинг, как в пределах региона, так и всей страны, в рамках которого собирается единая по структуре информация. Основными требованиями, предъявляемыми к информационным системам, являются:

- объективность, что исключает возможность принуждения к искажению сведений со стороны вышестоящего органа;
- получение качественной информации (сопоставимой, т.е. полученной по унифицированным четким инструкциям, стандартизированной, своевременной, доступной);
- унификация системы, построенная на стратегических направлениях вышестоящего органа;
- эффективность затрат.

В условиях экономии бюджетных средств одним из важнейших направлений является пересмотр форм государственного статистического наблюдения с целью их упрощения, совершенствования в свете реформирования и развития здравоохранения и сокращения состава показателей, обеспечения координации показателей ряда форм и их взаимоувязки, устранения факта дублирования информации. Это касается, например, персонифицированного учета населения, которым занимаются многие службы и ведомства.

Оправданы ли ресурсные, кадровые затраты на составление существующей отчетной документации и сопоставимы ли с эффективностью ее использования?

Результаты опроса руководителей здравоохранения показали, что даже не все из них (86%) могут указать основные характеристики здоровья (смертность, рождаемость, заболеваемость) обслуживаемого контингента, в этом плане наиболее грамотными являются заместители главных врачей. Менее 80% руководителей знают об отчетной форме № 12, содержащей сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения. Более половины (55%) руководителей, из тех кому знакома форма № 12, она не устраивает, так как данные, представленные в ней в общем виде, практически не используются для принятия организационных решений, некоторые полагают, что в ней нуждаются вышестоящие органы управления, другие же, зная о существовании формы, не знают ее содержания.

Каждый визит пациента к врачу заканчивается постановкой диагноза или классифицируется причиной обращения в соответствии с рубриками класса 21 «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения» Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотра (МКБ-10). МКБ-10 содержит более 10 000 нозологических форм, однако на практике врачами используется не более 250-300 диагнозов, а кодирование их возможно лишь при знании всей МКБ-10. При составлении отчетной формы № 12 («Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения») требуется выделение лишь 42 нозологий или групп болезней у детей 0-14 лет, 44 у детей 15-17 лет и 62 у взрослых (18 лет и старше). Основная группировка нозологий осуществляется по классам болезней и представляется в обобщенном виде. В то же время собираемые данные в масштабе всей страны являются уникальными и могут быть использованы для решения многих проблем здравоохранения при условии четкой постановки задачи. Например, эпидемиология перинатальной энцефалопатии или другой патологии. Для этого нужно включить дополнительно в форму 12 строку с этой нозологией на 3-5 лет, предварительно разработав и распространив во все лечебно-профилактические учреждения стандартные и конкретные определения данной нозологии, чтобы все участвующие в программе территории могли получать точную сопоставимую информацию.

На каждую нозологию должно быть свое стандартное определение, которое должно удовлетворять следующим требованиям: быть простым, доступным и понятным, оно не должно включать диагностические критерии, которые трудно понять или соблюсти. Если в это определение входят результаты лабораторных тестов, то эти тесты должны быть легко доступными, не дорогостоящими и необременительными для пациента. К сожалению, мы такими условиями не всегда руководствуемся.

Корни ведения учета заболеваний относятся к 1949 г. Так, с 1949 г. была введена повсеместная регистрация первичных обращений с последующей их сводкой в ежедневных ведомостях учета заболеваний по ограниченному перечню болезней и с включением результатов разработки в периодическую отчетность медицинских учреждений. Однако, полученные таким образом сведения о заболеваемости ока-

зались недостаточно соответствующими действительности и исключили возможность их практического использования.

В 1953 г. регистрация заболеваний стала производиться не по первоначальным, а по уточненным диагнозам, по специальным статистическим талонам. Без изменения остались всеобщность учета (распространенность его на все амбулаторно-поликлинические учреждения) и децентрализованная разработка материалов учета в каждой отдельной поликлинике и амбулатории с включением результатов разработки в годовые медицинские отчеты. Эта отчетность сохранилась и до настоящего времени.

Защитниками сплошного метода учета заболеваемости были Л.Я. Брушлинская, М.М. Мазур, М.В. Птуха, С.С. Каган, Н.О. Говор, А.А. Корчава и др.

Другая группа ведущих специалистов в области изучения заболеваемости с 1955 г. выступала с критикой сплошного метода изучения заболеваемости и считала, что эту систему следует отменить как несомненное статистическое излишество, об этом говорили А.М. Мерков, Г.А. Баткис, Е.А. Садвокасова, Э.И. Дейчман и др., и до настоящего времени многие исследователи придерживаются этой точки зрения.

Что касается информации, которую несет форма № 12, то содержащиеся в ней сведения – это не информация об истинной заболеваемости, это данные об обращаемости населения в основном в амбулаторно-поликлинические учреждения, так как подбора информации на одно лицо в настоящее время не проводится и сведения из стационаров в эту форму не включаются. Практический интерес представляли бы данные, если бы они служили для определения потребностей в той или иной службе, например, в гемодиализной. Но учитывая слабое знание и использование руководителями медицинской статистической документации, этого не происходит, не включаются своевременно необходимые показатели, способствующие оценке деятельности той или иной службы. Однако это требует изменения подходов к составлению данной формы. Так, в настоящее время в форму № 12 включаются только основные заболевания, а для определения потребностей необходимо также учитывать сопутствующие заболевания и осложнения (например: основной диагноз – сахарный диабет, осложнение – поражение почек, при котором достаточно часто требуется гемодиализная помощь).

В данном виде форма № 12 отражает лишь уровень обращаемости населения за медицинской помощью, и в соответствии с этим высокие уровни обращаемости больше отражают доступность медицинской помощи, чем заболеваемость.

Форма № 57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин» содержит сведения о пострадавших в результате травм и отравлений, обратившихся в амбулаторно-поликлинические учреждения. К сожалению, эта форма не включает информацию о других потоках пострадавших, а именно скорую медицинскую помощь, приемное отделение стационара; умершие поступают в бюро медико-судебной экспертизы. В результате этого истинного числа пострадавших не имеется.

Несопоставимы и затраты на составление отчетной формы 16-вн, содержащей сведения о причинах временной нетрудоспособности. Информация в таком виде, как она содержится в отчетной форме на уровне государства используется очень ограниченно, по ней не принимается никаких решений, хотя эти сведения необходимы для каждого отдельного предприятия, а при условии сбора по соответствующим отраслям промышленности имеют государственный интерес.

Следует упомянуть и о двух параллельных информационных потоках со стороны органов управления здравоохранением и со стороны ОМС, использующих практически одну и ту же информацию, что требует унификации информационных систем органов и учреждений здравоохранения и ОМС. Каждый четвертый руководитель здравоохранения отмечает в ряду других трудностей, связанных с введением ОМС, увеличение статистической отчетности, а каждый второй врач ссылается на большие затраты времени, необходимые для их заполнения.

Формирование показателей смертности

Отсутствие адекватных количественных показателей оценки здоровья является существенным тормозом при выборе приоритетов профилактических программ. Эффективность программ невозможно оценить, не зная истинные уровни патологии.

В стране в настоящее время действует ряд федеральных целевых программ. Основной из них является комплексная программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера». В нее входят следующие подпрограммы: «Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России», «Сахарный диабет», «Вакцинопрофилактика», «Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)», «Совершенствование Всероссийской службы медицины катастроф», «О мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем», «О мерах по развитию онкологической помощи населению Российской Федерации». Кроме того действуют программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии», «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту», «Дети России» (подпрограмма «Безопасное материнство», «Здоровый ребенок»), «Защита от патогенов», «Старшее поколение», «Дети-инвалиды» и др.

Эффективность реализации программ можно оценить только на основании улучшения состояния здоровья населения через соответствующие показатели. Так, например, в программе по профилактике и

лечению артериальной гипертензии на 2002-2008 гг. указаны ожидаемые результаты, в частности, снижение заболеваемости за данный период на 16-18% по цереброваскулярным болезням, на 13-15% — ишемической болезни сердца (ИБС). Смертность в результате реализации программы должна снизиться от сердечно-сосудистых заболеваний на 15%, инсультов — на 14-16%, инфарктов миокарда на 10-12%. Возможно ли это, ответить достаточно сложно, зная природу формирования данных показателей, но в то же время добиться указанных результатов можно при адекватности статистического учета.

Уровень смертности в России от болезней системы кровообращения составляет 909,2 случая на 100 тыс. населения (2002 г.). Эти показатели являются одними из самых высоких в мире (США — 362,9, Финляндия — 459,7 на 100 тыс.).

В России в структуре смертности от болезней кровообращения 43% приходится на ишемическую болезнь сердца, более 35% на цереброваскулярные болезни. При этом среди умерших от ИБС крайне низка доля острого инфаркта миокарда по сравнению с другими странами. В России на эту причину смерти приходится 6,6% у мужчин и 3,5% у женщин. В то время как в США на острый инфаркт падает 23,5%, в Канаде — 28,1%, в Германии — 20,4%. Это же характерно и для нарушений легочного кровообращения, включающих в себя легочные эмболии, нарушения сердечного ритма, на которые в России приходится 5,9%, а в США — 23,2%, Канаде — 15,4%, Германии — 22,7%, во Франции — 33,2% от всех болезней системы кровообращения (рис. 1). Все эти различия связаны с особенностями диагностики и выбора основной причины смерти и ее кодированием.

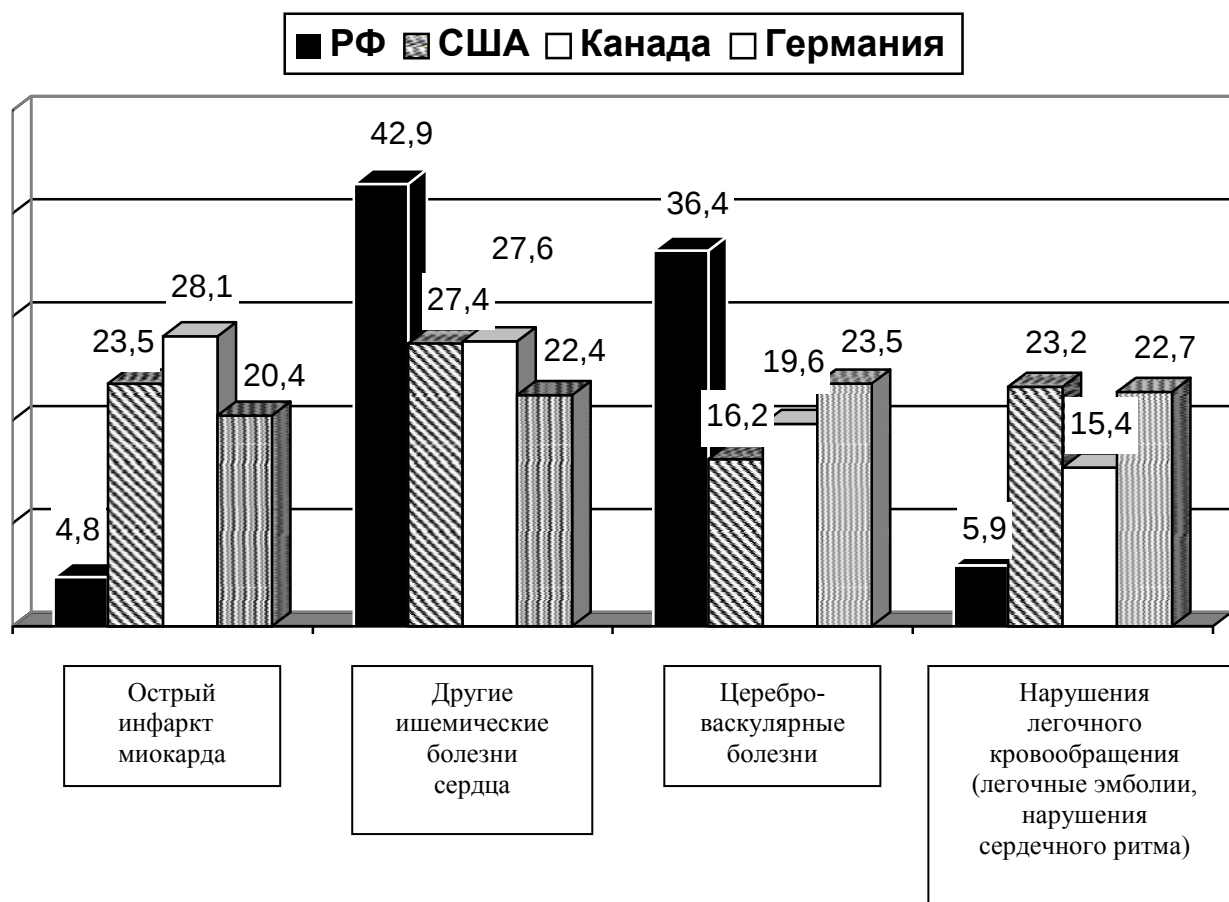


Рисунок 1. Структура основных причин смерти от болезней системы кровообращения в некоторых странах (по данным ВОЗ)

При анализе причин смерти у лиц 75 лет и старше выявлено, что основное место в структуре смертности составляют цереброваскулярные болезни, которые равны 3727,6 случая на 100 тыс. в России, тогда как в других странах они соответствуют 754,2 в США, 902,2 во Франции, 1276,4 в Англии, 1060,4 в Нидерландах, а такие причины смерти, как болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция (в России — 14,2 случая на 100 тыс. Населения, у лиц старше 75 лет, в США соответственно—182, во Франции — 250, в Англии — 211, в Нидерландах — 413) в нашей стране практически не регистрируются.

Лица старшего возраста «редко умирают» от пневмоний (в России — 39 случаев на 100 тыс. лиц 75 лет и старше, в Германии — 268, во Франции — 336,7, в Финляндии — 669,3), от болезней почек (Россия —

25, Германия – 100, Англия – 74, США – 109), болезней костно-мышечной системы (России – 5, Германия – 27, США – 31, Англия – 70).

Таким образом, для нашей страны более предпочтительными причинами смерти среди населения и особенно старших возрастных групп являются болезни системы кровообращения. Это можно продемонстрировать на примере сахарного диабета, уровни заболеваемости которого в России (1,7-3%) соответствуют мировым данным (2,5%), а уровни смертности в нашей стране примерно в 2 раза ниже (10,2 случая на 100 тыс. населения), чем в других странах (19-21 случая).

Это связано с тем, что сахарный диабет часто сопровождается другими патологическими поражениями. В изолированной форме диабет регистрируется лишь в 16,5% случаев. Наиболее часто его сопровождают болезни системы кровообращения (66%), болезни органов пищеварения (32%), болезни почек (20%) и болезни органов дыхания (15%). В результате можно предположить, что основной причиной смерти даже у таких больных является более распространенный диагноз – болезнь сердечно-сосудистой системы.

Этим и объясняются максимальные показатели смертности от болезней системы кровообращения в России по сравнению с другими странами.

В случае внедрения в нашей стране единых методических подходов к выбору первоначальной причины смерти возможно через ряд лет получить совершенно другие показатели по отдельным причинам смерти, которые явились бы истинными и легли в основу программ, направленных на укрепление и сохранение здоровья населения.

В этом направлении сделан уже первый шаг и подготовлены методические рекомендации «Использование Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра (МКБ – 10) в практике отечественной медицины» и «Основные принципы выбора и кодирования первоначальной причины смерти больных со злокачественными новообразованиями», которые разосланы по субъектам Федерации.

Дефицит и недостоверность информации подрывает доверие населения к государственному здравоохранению, заставляет довольствоваться самолечением или обращаться к различным целителям, большей частью, не несущим никакой ответственности за последствия своих дорогостоящих вмешательств, результатом чего является рост запущенных случаев болезни и осложнений.

Медицинская статистика недостаточно используется для просвещения населения и санитарной пропаганды с целью формирования общественного мнения, направленного на повышение мотивации к формированию здорового образа жизни.

Необходимо расширение доступа к информации, в том числе и населения, которое пользуется, главным образом, данными из средств массовой информации, где зачастую публикуются недостоверные материалы или их приведенная трактовка проведена без учета мнений специалистов.

Низкая информированность населения, в свою очередь, влияет на степень удовлетворенности медицинской помощью, которая с каждым годом снижается. Доля лиц, не удовлетворенных медицинской помощью в 1991 г. была равна 50%, через 10 лет – почти 80%. Большая часть населения мало представляет себе систему обязательного медицинского страхования. Так, по данным опроса населения, получено, что менее 40% знают свои права как гражданина, застрахованного по системе ОМС, 20% ознакомлены с перечнем медицинских услуг, которые им должны предоставляться бесплатно, и только 10% обращались в фонд ОМС или страховую компанию за разрешением своих проблем.