
Предлагаем обсудить

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДАННЫХ О ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ОБРАЩАЕМОСТИ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

В.М.Дорофеев

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Существующая система учета заболеваемости по обращениям в АПО не выполняет функцию адекватного информирования органов управления отраслью. Требуется определиться с достаточными для принятия управленческих решений на различных уровнях (республиканском, областном, районном, уровне лечебно-профилактической организации) объемами и периодичностью сбора статистической информации о здоровье населения и его потребностях в различных видах медицинской помощи.

Одна из основных задач государства – сохранение и укрепление здоровья населения. Для ее реализации необходима своевременная и качественная информация, являющаяся основой для планирования, принятия решений и контроля исполнения этих решений. Первоочередное условие получения информации о состоянии здоровья – наличие достоверных источников такой информации. Широкое распространение получило изучение заболеваемости как одного из критериев оценки здоровья населения. Вместе с тем, переоценка информационной значимости данных о заболеваемости часто приводит к принятию неправильных решений, неадекватному выбору приоритетов. В первую очередь речь идет о заболеваниях, выявляемых при обращениях в амбулаторно-поликлинические организации (АПО).

Всеобщая система учета заболеваний в современном понимании была введена в 1953 г. В настоящее время по-прежнему основным первичным медицинским документом для учета заболеваний по обращениям является форма 025-2/у «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов». Форма 025-6/у «Талон амбулаторного пациента» не нашла широкого распространения в Республике Беларусь, что связано с сохраняющимися планированием и финансированием деятельности АПО по числу посещений. Форма 025-2/у-07 «Статистический талон», утвержденная приказом Минздрава Республики Беларусь от 30.08.2007 г. №710 «Об утверждении форм первичной медицинской документации

в амбулаторно-поликлинических организациях», не используется по причине отсутствия инструкции по ее применению, а внедрение формы в таких условиях может создать дополнительные проблемы при учете заболеваний. Поэтому в условиях недостаточной автоматизации процесса статистического учета заболеваний большинство АПО страны продолжают использовать «Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов» образца 1980 года.

Основные результирующие отчетные документы о заболеваниях по обращениям – «Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания организации здравоохранения, оказывающей лечебно-профилактическую помощь» (форма №12) и «Отчет о медицинской помощи детям» (форма №31). Так как данные этих отчетов широко используются для характеристики частоты возникновения и распространения заболеваний среди отдельных групп населения, возникает вопрос об их информационной ценности. Здесь следует дать оценку количественной и качественной стороны данных о заболеваниях.

Заболеваемость по обращаемости не отражает истинную частоту возникновения и распространенность заболеваний. Собственно из самого названия «заболеваемость по обращаемости» следует, что говорить об истинном размере изучаемого явления не представляется возможным. От чего зависит обращаемость населения в АПО? Нельзя не учитывать медицинскую активность на-

селения, которая зависит не только от особенностей индивидуума, но и от сложившихся стереотипов поведения в отношении к своему здоровью и здоровью окружающих, системе оказания медицинской помощи. Во многом уровень обращаемости в АПО определяет доступность медицинской помощи, характеризующаяся возможностью попасть на прием к врачу первичного звена, быстро и качественно получить консультации необходимых специалистов, диагностические пособия.

На показатели заболеваемости по обращаемости влияют квалификация врачей и уровень развития диагностической базы АПО, возможность обращения населения в негосударственные организации здравоохранения. Существенную роль оказывает постановка учета заболеваемости, используемые формы учетных документов, автоматизация процесса учета и обработки информации о заболеваниях.

Кроме того, использование показателей заболеваемости для оценки деятельности лечебно-профилактических организаций и системы оказания медицинской помощи территорий часто определяет материальную заинтересованность отдельных специалистов и руководителей, создает предпосылки для манипулирования данными о числе заболеваний. К предвзятости исполнителей следует добавить искажение данных по инициативе специалистов, принимающих отчеты о числе зарегистрированных заболеваний. Эти и некоторые другие факторы влияют на структуру и уровень, а, следовательно, – на информационную ценность данных о заболеваемости по обращаемости.

Один из видов заболеваемости по обращаемости – заболеваемость с временной утратой трудоспособности (ВУТ). Ведение учета заболеваемости с ВУТ в АПО не предусмотрено. Итоговая информация о числе заболеваний с ВУТ концентрируется на предприятиях, в учреждениях и организациях на основании листов нетрудоспособности в виде отчета по форме №16-ВН «Отчет о причинах заболеваемости занятого населения с временной утратой трудоспособности». Эта форма отчета передается соответствующим органам и учреждениям, среди которых лечебно-профилактические организации и органы управления здравоохранением не значатся. Несмотря на то, что функции АПО должны сводиться к экспертизе временной нетрудоспособности, от них постоянно требуют проведения анализа заболеваемости с ВУТ. В соответствии с приказами Минздрава Республики Беларусь показатели заболеваемости с ВУТ регулярно включаются в модель конечных результатов здравоохранения территорий. Соответ-

ственно, автоматически по ним оценивается и деятельность АПО. Но где АПО взять исходную информацию для расчета показателей и проведения анализа заболеваемости с ВУТ в ситуации, когда отчет по форме 16-ВН направляется только в адрес территориальных управлений статистики. В такой ситуации АПО могут лишь просить предприятия представлять им копию формы 16-ВН. В результате проводится бессистемный выборочный анализ временной нетрудоспособности работающих, большинство из которых проживает в зоне обслуживания других АПО. Таким образом, не покушаясь на функцию экспертизы временной нетрудоспособности, следует признать, что проводить анализ временной нетрудоспособности АПО не может. Наверное, эту работу должны осуществлять учреждения, обслуживающие работающее население по месту их занятости – медико-санитарные части, врачебные и фельдшерские здравпункты, ведомственные АПО.

Следует признать, что в современных условиях сведения о числе заболеваний, зарегистрированных при обращениях в АПО, не могут использоваться для оценки частоты возникновения и распространенности заболеваний среди обслуживаемого населения. Уровень регистрируемых заболеваний при обращении за медицинской помощью сегодня в большей степени характеризует доступность и качество оказания медицинской помощи. Поэтому высокие уровни заболеваемости по обращаемости в ряде случаев следует считать положительным явлением. Кроме того, начавшаяся всеобщая диспансеризация взрослого населения Республики Беларусь обязательно должна обусловить рост заболеваемости.

Пришло время, когда нужно определиться в необходимости существующей системы сбора данных о заболеваемости по обращениям, исходя из ее информационной ценности. Яркий пример крайне низкой информативности сведений о числе заболеваний отчетной формы №12 – данные о зарегистрированных болезнях системы кровообращения у взрослых, находящиеся в полном противоречии с уровнями смерти в связи с этими заболеваниями. Для отдельных территорий нельзя оценить заболеваемость из-за отсутствия сведений о заболеваниях населения, обслуживаемого по ведомственной принадлежности в государственных медицинских организациях, а также о заболеваниях, регистрируемых организациями здравоохранения других форм собственности. Отсутствует возможность не только международного сопоставления данных о заболеваемости по обращениям, но и внутри страны. Разница в уров-

нях заболеваемости населения, обслуживаемого однотипными АПО в пределах одного административно-территориального образования, достигает нескольких раз!

Следует оценить полезность этой информации в сочетании с затратами, которые несут организации в процессе сбора, обработки и анализа заболеваемости по обращениям. При этом, говоря о затратности, подразумевается не только финансовая составляющая, но и ежедневное отвлечение на эту работу десятков тысяч врачей и средних медицинских работников. По некоторым данным трудовые затраты для получения информации о заболеваемости по обращаемости на 100 тыс. населения составляют более 900 рабочих дней для средних медицинских работников и около 80 рабочих дней для врачей, и в масштабах всей страны эти затраты возрастают многократно.

Таким образом, существующая система учета заболеваемости по обращениям в АПО не вы-

полняет функцию адекватного информирования органов управления здравоохранением различных уровней с целью принятия правильных решений. Высокая затратность и крайне низкая информативность показателя заболеваемости по обращениям требуют, по крайней мере, начать обсуждение вопроса изменения системы статистики здоровья. В первую очередь необходимо глубокое изучение международного опыта, а также неоправданно забытого опыта советского здравоохранения (например, выборочное изучение здоровья населения, приуроченное к переписям населения). Требуется определиться с объемами и периодичностью сбора статистической информации о здоровье населения и его потребностях в различных видах медицинской помощи, достаточными для принятия управленческих решений на различных уровнях – республиканском, областном, районном, уровне лечебно-профилактической организации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Здоровье населения и среда обитания в Гомельской области в 2006 году: Информ.-аналит. бюл., Вып. 11 / Под ред. В.А.Нараленкова; ГУ «Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья». – Гомель, 2006. – 59 с.
2. Максимова Т.М. Современное состояние и пути повышения информативности статистики заболеваемости. Материалы круглого стола «Система мониторинга здоровья населения РФ». – Москва, 1999; <http://members.tripod.com/~Tokourov/roundtable/maximova.htm>
3. Михайлова Ю.В., Леонов С.А., Сон И.М. и др. Современное состояние и пути развития отечественной медицинской статистики // Информационно-аналитический вестник «Социальные аспекты здоровья». – 2007. – №1; <http://vestnik.mednet.ru/content/view/21/30/>
4. Приказ Минздрава СССР от 04.10.1980 г. №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения».
5. Приказ Минздрава Республики Беларусь от 30.08.2007 г. №710 «Об утверждении форм первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях».
6. Типовая инструкция по заполнению «Талона амбулаторного пациента» ф.№025-6/у-89, ф.№025-7/у-89, утв. Минздравом СССР 29.09.1989 г., Союзмедстатистика №105-14/7-89.
7. Указания по заполнению государственной статистической отчетности о причинах заболеваемости занятого населения с временной утратой трудоспособности (форма №16-ВН), утв. постановлением Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 01.06.2001 г. №31.

Поступила 10.12.2007 г.