

На правах рукописи

ОГРЫЗКО Елена Вячеславовна

**СОСТОЯНИЕ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕФОРМИРОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Москва - 2011

Работа выполнена в ФГУ «Центральный научно- исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава».

Научный консультант: Доктор медицинских наук, профессор
Какорина Екатерина Петровна

**Официальные
оппоненты:** Доктор медицинских наук, профессор
Алексеева Вера Михайловна
Доктор медицинских наук
Сабгайда Тамара Павловна
Доктор медицинских наук, профессор
Гасников Владимир Константинович

Ведущая организация: **Государственное образовательное
учреждение высшего профессионального
образования «Российский университет
дружбы народов»**

Защита диссертации состоится 2 ноября 2011 года в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 при ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, г. Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава».

Автореферат разослан « » октября 2011 года

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук

Пучков Константин Геннадьевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. В последние десятилетия большинство стран мира осуществляют преобразования своих систем здравоохранения путем повышения эффективности использования имеющихся ресурсов (Мартин Мак-Ки, Лаура Джудит Хили, 2002; Э.Трагакес и С. Лессоф, 2003; Рифат Атун с соавт., 2008, ; Райнхард Буссе, Аннетт Райзберг, 2004; Марис Ессе с соавт., 2004; Лидия Георгиева с соавт., 2007; Максут Кульжанов, Бернд Речел, 2008; Андре ден Экстер с соавт., 2004; Эрика Ричардсон с соавт., 2008; Джон Холле, Октай Ахундов, Эллен Нолте, 2004; Симан Сантье, Валери Пари, Доменик Полтон, 2004).

Необходимость реформирования здравоохранения в Российской Федерации обусловлена кардинальными изменениями происшедшими в экономическом укладе страны, неудовлетворенным состоянием здоровья населения, утратой доверия значительной части населения к доступности и качеству оказания медицинской помощи.

О необходимости реформирования системы отечественного здравоохранения неоднократно упоминалось в посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации (2008-2011гг.). Этой же проблеме посвящены работы В.З. Кучеренко, (1994), Ю.П. Лисицина, (1998), О.П.Щепина, (2001); В.И. Стародубова (2004).

Реформирование отрасли здравоохранения невозможно без реконструкции всех составляющих систем, и, в частности, медицинской статистики. Реформирование данной службы ведется в двух направлениях: первое – перестройка структуры и ресурсов службы медицинской статистики, второе – актуализация учетной и отчетной документации в свете дальнейшего совершенствования и развития технологических процессов в стране и функционирования учреждений здравоохранения в системе ОМС.

В прошлом функцию сбора, обработки и хранения информации, т.е. кумулятивную функцию в большинстве случаев выполняли Бюро

медицинской статистики (БМС), которые в настоящее время уже не справляются с все возрастающим объемом информации. Эта структура в силу своей небольшой ресурсоемкости не может оказывать существенного влияния на полноценное решение задач управления отраслью, вести создаваемые федеральные регистры (диабетический, генетический, онкологический, токсикологический, медицинских работников и др.) и в то же время «замыкать» на себе потоки информации о ресурсах и деятельности ЛПУ. Однако, если БМС укрепить структурными подразделениями, осуществляющими деятельность в соответствии с современными технологиями, специалистами соответствующего уровня, то они смогут полноценно выполнять свои функции.

В современных условиях назрела необходимость построения единого информационного пространства. Эту задачу может решить качественно новая структура в системе здравоохранения – Медицинский информационно-аналитический центр (МИАЦ) (Е.А. Тишук, 2001; Л.А. Михайлова, 2002; Е.П. Какорина с соавт., 2002; П.П. Кузнецов, 2003, 2004).

В 2001 г. Минздрав России приказом от 04.06.2001 г. №180 «О внесении изменений и дополнений в приказ Минздрава России от 03.11.1999 №395» ввел МИАЦ в номенклатуру учреждений здравоохранения. В дальнейшем приказом Минздрава России от 03.06.2003 №229 МИАЦ были введены в Единую номенклатуру государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. В 2010 году в субъектах Российской Федерации функционировало 16 БМС и 82 МИАЦ.

В настоящее время в МИАЦ накоплен опыт и имеются все возможности для создания системной модели управления расходами на медицинское обслуживание в федеральных, территориальных и муниципальных учреждениях здравоохранения (П.П. Кузнецов, 2003). Система МИАЦ может выступить мощным катализатором внедрения качественно новых принципов учета, планирования и финансирования медицинской помощи в условиях рыночного ведения хозяйства. В США

аналогичные системы формируются с целью сдерживания расходов организации по управлению медицинской помощью (П.Р.Констведт, 2000).

Медико-статистическая информация является основой подготовки решений по совершенствованию выборов приоритетов, определению стратегии развития службы здравоохранения. Соответственно, объем и содержание учетно-отчетной документации должны строиться на основе концепции информационного обеспечения медицинской отрасли (Т.М. Максимова, 2000; Е.П. Какорина, Г.У. Тен, 2003).

В условиях оптимизации бюджетных средств одним из важнейших направлений является пересмотр форм государственного статистического наблюдения с целью их упрощения и сокращения состава показателей, обеспечения координации показателей ряда форм и их взаимоувязки, устранения факта дублирования информации (Е.П. Какорина, И.Ю. Андрусова, А.Г. Роговина, 2000; Т.М. Максимова, 2002). В ряде работ проводилась сопоставимость отечественных статистических показателей с международными (В.А.Быстрова, 1971; И.В.Чашечкина, 1983; Э.И. Погорелова, 2004), но она не нашла практического выхода.

Однако, при реализации программных документов Правительства Российской Федерации и Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации и широкомасштабных проектов, таких как приоритетный Национальный проект «Здоровье», оценка эффективности расходования бюджетных средств субъектов Российской Федерации на здравоохранение; постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2009г. №322 «О мерах по реализации Указа Президента Российской Федерации от 28.06.2007г. №825 «Об оценке эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации»; распоряжение Правительства Российской Федерации от 11.09.2008г. №1313р «О реализации Указа Президента Российской Федерации» от 28.04.2008г. №607 «Об оценке эффективности деятельности органов местного самоуправления городских округов и муниципальных районов»; реализация

программы модернизации здравоохранения в субъектах Российской Федерации резко возрастает потребность в разработке новых статистических показателей, характеризующих эффективность деятельности системы здравоохранения в современных условиях.

В связи с этим, с каждым годом число отчетных форм увеличивается (так, например, в 1949 году число отчетных форм составило - 11, в 1992 г. – 23, в 2010 г. – 38), число же графоклеток за последние 19 лет увеличилось в 4 раза (с 12913 графоклеток в 1992 г. до 48908 в 2010 г.). Замена бумажных носителей информации на магнитные позволила снизить затраты времени медицинского персонала на заполнение учетных и отчетных документов, обработку медико-статистической информации, повысить ее достоверность и оперативность. (В.М. Казнин, 1999; В.К. Гасников, 2001; С.А. Гаспарян, В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, А.С. Киселев, 2003; А.В. Разумовский, С.Е. Квасов, 2003; В.А. Минченко, 2003).

В настоящее время актуальным вопросом является укомплектование ЛПУ соответствующими высококвалифицированными профессиональными кадрами, компьютерной техникой и программными средствами (В.З. Кучеренко, 1999; Г.А. Хай, 1999; И.А. Красильников, 1998). На основе общих методических подходов и использования электронной версии МКБ-Х необходимо создавать федеральные стандарты обработки первичной медицинской документации в ЛПУ, в соответствии с их утвержденной номенклатурой (В.А. Самойлов, Н.В. Румянцев, Т.Г. Равдугина, Д.А. Сербаев, 1999).

Закономерным явлением стало повсеместное распространение Интернет-технологий, внедрение их для построения локальных вычислительных систем, что позволяет решать задачи информатизации здравоохранения на качественно ином уровне. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 20.10.2010 №1815-р утверждена и представлена в Федеральное Собрание Российской Федерации государственная программа Российской Федерации «Информационное

общество (2011–2020 годы)». Программой предусматривается приоритетное финансирование мероприятий, направленных на сокращение неравенства между регионами по уровню развития информационного общества. Это будет способствовать созданию единого информационного пространства в сфере здравоохранения (С.А.Берташ, З.Б.Рахманова, В.А.Юров, 1999; В.И.Стародубов, М.Е.Путин, М.В.Пачин, 2004), успешной реализации Концепции развития стандартизации в области информатизации (Г.С.Лебедев, 2008,2009; Г.С.Лебедев, М.Ю.Паршиков, Н.М.Котов, 2008), внедрения телемедицины (Д.В.Пивень, 2004), формирования индивидуального Паспорта здоровья на основе данных персонифицированного учета заболеваемости и единой территориальной информационной системы (В.И.Стародубов и соавт., 2004, Е.А. Савостина, 2006 и др.). В 2011 году утверждена Концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, утв. приказом Минздравсоцразвития России от 28 апреля 2011 года №364, в которой в том числе определены задачи по совершенствованию медицинской статистики.

Таким образом, актуальность темы определяется потребностью совершенствования медицинской статистики в период реформирования здравоохранения.

Цель исследования: совершенствование информационного обеспечения отрасли здравоохранения в период реформирования.

Задачи исследования:

1. Изучить современное состояние службы медицинской статистики.
2. Провести социологическое исследование по изучению мнения врачей-статистиков, медицинских статистиков и руководителей службы медицинской статистики по вопросам состояния службы медицинской статистики и путей ее совершенствования.
3. Дать анализ существующей технологии процесса сбора, приема и обработки медицинской статистической отчетности.

4. Разработать мероприятия, направленные на усовершенствование процесса формирования отчетов на основе учетных форм.
5. Провести анализ статистических показателей, характеризующих период реформирования здравоохранения.
6. Провести сопоставительный анализ различий в подходах к оценке показателей, характеризующих деятельность системы здравоохранения, в рамках международной сопоставимости.
7. Разработать комплекс организационных и управленческих мероприятий по совершенствованию информационного обеспечения медицинской статистики.

Научная новизна исследования состоит в том, что впервые представлены: ряд статистических показателей, характеризующих период реформирования здравоохранения; методология международной сопоставимости статистических показателей, характеризующих деятельность здравоохранения; проведен сравнительный анализ ряда отечественных статистических показателей с международными за период 1992-2009 гг.; комплекс мероприятий, направленных на совершенствование медицинской статистики.

Научно-практическая значимость исследования. Результаты исследования получили внедрение:

- в разработке показателей национальной базы данных «Медстат» в пакете DPS;
- в проекте «Развитие системы государственной статистики»;
- в «Методических рекомендациях по созданию практического инструктивно-методического пособия по статистике здравоохранения»;
- в разработке информационной системы сбора и анализа медицинской статистики;
- в разработке проекта национального стандарта: «Информатизация здравоохранения. Форматы обмена данными при сборе и анализе

медицинской статистики. Требования к медицинским информационным системам»;

- в разработке национального стандарта в области информатизации здоровья и участия в части проведения научно-технической и терминологической экспертизы 14 стандартов;

- в переводе отраслевой информационной системы сбора и анализа медицинской статистики на систему «СТАРТ».

Апробация результатов исследования

Материалы и результаты исследования доложены на:

- Всероссийских совещаниях руководителей служб медицинской статистики органов управления здравоохранения. Москва, ноябрь 1998 г., 1999г., 2005 г., 2007 г.;

- Десятом совещании CARINFONET по данным ЦРТ, связанным со здоровьем и другим показателям здравоохранения, при организации ЕРБ ВОЗ в г. Алматы (Казахстан), 28-30.09.2005г.;

- На «Круглом столе» с представителями проотивотуберкулезных учреждений и центров СПИД Российской Федерации. Москва, 4.02. 2010г.;

- Научно-практической конференции «Проблемы туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией». Москва, 6.07.2010г.;

- Третьей международной научно - практической конференции «Геронтологические чтения - 2010», Белгород, 11-12 ноября 2010г.;

- Конференции дерматовенерологов и косметологов Северо-Кавказского федерального округа, Ставрополь, 7-8 апреля 2011 г.

Личный вклад автора. Автором самостоятельно разработана программа и план комплексного изучения проблем медицинской статистики, проведен аналитический обзор литературы и нормативных документов по изучаемой проблеме, проведено анкетирование руководителей, врачей-статистиков и медицинских статистиков, проанализированы показатели, характеризующие деятельность здравоохранения и проведены международные сопоставления.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Современные тенденции в отечественном здравоохранении как информационная основа реформирования здравоохранения и место (роль) медицинской статистики.
2. Методология формирования учетной и отчетной документации медицинской статистики.
3. Совершенствование медицинской статистики, направленной на повышение оперативности предоставления информации, достоверности и качества.
4. Социально-гигиенический портрет кадрового состава, занятого в службе медицинской статистики.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 47 печатных работ, из них 24 публикаций в журналах, включенных в «Перечень периодических изданий», рекомендуемых ВАК Российской Федерации, 1 методическое пособие (соавт.), методические рекомендации (соавт.), 1 руководство (соавт.).

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы, посвященной материалам и методам исследования, 5 глав собственных исследований, выводов, предложений, приложений. Список литературы содержит 338 источника, из них отечественных – 256 и 82 зарубежных авторов. Работа изложена на 296 страницах основного текста, содержит 11 рисунков, 112 таблиц и 97 таблиц приложения.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, сформулированы цель и задачи, определены научная новизна и научно-практическая значимость, представлены основные положения диссертации, выносимые на защиту.

Первая глава «История развития медицинской статистики (обзор литературы)» состоит из шести подразделов: «Статистика заболеваемости», «Медико-демографическая статистика», «Статистика инвалидности»,

«Интегральные показатели здоровья населения», «Статистика здравоохранения», «История развития информатизации здравоохранения».

Контент-анализ источников литературы показывает развитие медицинской статистики, в том числе методологические подходы к разным ее разделам. Медицинская статистика в настоящее время продолжает свое развитие вместе с реформами в области здравоохранения, на качественно ином информационном уровне, связанным с укреплением материально-технической базы отрасли здравоохранения.

Вторая глава «Материалы и основные методы исследования». Исследование проводилось в ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава, которое является единственным учреждением в Российской Федерации, одним из основных его направлений являются- организация сбора, приема и обработки годовых медико-статистических отчетов. В отделении медицинской статистики функционирует автоматизированная система «Медстат», в базе данных которой хранится информация годовых медико-статистических отчетных форм №№: 7, 7-травм, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 36-ПЛ, 1-Дети (здрав), 37, 40, 41, 47, 53, 54, 55, 56, 57, 61, 63, 70, 1-РБ в целом по стране и в разрезе федеральных округов и регионов за период 1992-2010 гг. С использованием базы данных «Медстат» проводится расчет статистических показателей на основе подготовленных специалистами алгоритмов расчета. После сбора, приема и обработки годовые отчеты передаются в соответствующий Департамент Минздравсоцразвития России для анализа и принятия управленческих решений, где также разрабатываются и утверждаются учетные формы и инструкции по составлению учетной и отчетной документации.

Объектом исследования явилось состояние здоровья населения, ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения, **предмет исследования** - медицинская статистика; **единица наблюдения** - учетная и отчетная медицинская документация.

Для реализации поставленных задач исследования работа проводилась в шесть этапов.

На первом этапе проанализировано в динамике в 1992 – 2010 гг. состояние службы медицинской статистики в разрезе регионов и в целом по Российской Федерации на основании отчетных форм ФСН №17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах»; №30 «Сведения о учреждениях здравоохранения»; №47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения». Всего 4560 отчетов.

Определены объемы информации для получения данных по состоянию здоровья населения и деятельности ЛПУ. В *больницах* заполняются следующие отчетные формы - №№ 30, 14, 14-ДС, 36, 37, 36-ПЛ, 33, 34, 35, 32, 13, 17, 1- Дети (здрав), 16-ВН. Всего число заполняемых форм – 14. В *АПУ* заполняются 23 отчетные формы (№№ 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14-ДС, 15, 16, 16-ВН, 17, 19, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 53, 57, 61, 63), в *диспансерах* - 17 отчетных форм (№№ 7, 35, 8, 33, 9, 34, 10, 36, 11, 37, 36-ПЛ, 30, 17, 12, 14, 61, 16-ВН), в *стоматологических поликлиниках (кабинетах)* - 4 отчетные формы (№№ 30, 17, 16-ВН, 12), на *станциях скорой медицинской помощи (отделениях СМП)* – 2 отчетные формы (№№ 40 и 17).

На втором этапе для определения социального портрета кадрового состава, занятого в службе медицинской статистики, проводился социологический опрос 665 человек, в том числе 276 руководителей учреждений, 157 врачей-статистиков и 232 медицинских статистиков. Руководящий состав представлял 71 директор МИАЦ и заведующие БМС, 58 заместителей и заведующих отделами медицинской статистики, входивших в состав этих учреждений; 60 заместителей главного врача по организационно-методической работе в ЛПУ и специализированных учреждениях, 28 заведующих отделами медицинской статистики в ЛПУ, 60 заведующих кабинетами медицинской статистики в ЛПУ. Опрос проводился по двум видам анкет: для руководителя службы медицинской статистики и для врача – статистика или статистика. Число врачей-статистиков составило 10% от

общего числа врачей-статистиков и врачей-методистов. Социологический опрос медицинских статистиков был сплошным на 3-х территориях (Калужской, Костромской и Орловской областях).

На третьем этапе проведен анализ существующей технологии системы организации сбора и обработки годовых статистических отчетов на федеральном и территориальных уровнях.

На четвертом этапе изучены 130 нормативных документа, проанализирован «Альбом учетных форм». Составлен перечень из 276 учетных форм. Разработаны 23 таблицы формирования годовых отчетов по медицинской статистике на основании основных учетных форм, проанализированы инструкции к учетным и отчетным формам.

На пятом этапе на основании анализа отчетных форм: ФСН №17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах»; №30 «Сведения о учреждениях здравоохранения»; №47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения»; №14-ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения»; №14 «Сведения о деятельности стационара»; №40 «Отчет станции (отделения) больницы скорой медицинской помощи» проведен анализ показателей, характеризующих состояние здравоохранения в динамике в 2000-2009 гг. (50 отчетов).

Статистическая обработка материала осуществлялась с использованием общепринятых в медицинской статистике формул расчета показателей. Для расчета и получения статистических показателей была использована автоматизированная система «Медстат».

На шестом этапе в соответствии с «Руководством по ежегодному представлению данных в ЕРБ» для базы данных «Здоровье для всех» был проведен сравнительный анализ отечественных и зарубежных статистических показателей, характеризующих деятельность отрасли здравоохранения. Для этого были использованы база данных «Здоровье для всех» и отечественная база данных «Медстат» в динамике в 1992-2009 гг.

Для сопоставления отечественных и зарубежных показателей был разработан понятный аппарат, методики расчета (алгоритмы) статистических показателей, которые позволили провести международную сопоставимость. С использованием статистического, аналитического, логического и графического методов была проанализирована динамика показателей на основании отчетных форм ФСН №17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах»; №30 «Сведения о учреждениях здравоохранения»; №47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения»; №14-ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения»; № 14 «Сведения о деятельности стационара»; №40 «Отчет станции (отделения) больницы скорой медицинской помощи». Всего было разработано 63 таблицы.

На седьмом этапе были разработаны предложения по совершенствованию медицинской статистики.

Методы исследования: статистический, социологический, контент-анализ, монографический, непосредственного наблюдения.

В третьей главе «Современное состояние службы медицинской статистики» дана характеристика состоянию службы медицинской статистики в Российской Федерации и ее регионах.

В 2010 году служба медицинской статистики в Российской Федерации была представлена 3152 учреждениями (юридические лица), имеющих отделения (кабинеты) статистики, 1727 учреждениями (юридические лица), имеющих отделения (кабинеты) статистики в составе оргметодотдела, 972 учреждениями (юридические лица), имеющих отделы АСУ, вычислительный центр, 16 Бюро медицинской статистики и 82 медико-информационными аналитическими центрами (МИАЦ).

В 2010 году учреждения (юридические лица), имеющие кабинеты медицинской статистики и оргметодотделы, были оснащены электронно-вычислительной техникой (ЭВТ) в количестве 28,8 тыс. единиц, что составило 6,6% от всего компьютерного парка медицинских организаций (в

2002 г.-8,3%). В динамике в 2002-2010 гг. в целом по Российской Федерации наблюдалась тенденция роста числа компьютерной техники в кабинетах медицинской статистики и оргметодотделах в 2,4 раза (в 2002г – 11,9 тыс.).

В структуре компьютерного парка кабинетов медицинской статистики и оргметодотделов основное место занимают компьютеры типа Intel Pentium/AMD Athlon (59,3%), второе место - Intel Celeron/AMD Sempron (29,9%), третье место - занимают прочие виды (ноутбуки и другие) (5,0%), четвертое место - серверы (3,3%) и пятое место - компьютеры PC-386 и PC-486 (2,5%). При этом еще не все медицинские организации, оснащенные ЭВТ, имеют выход в интернет (5,6%) и электронную почту (6,6%).

В динамике за 2001-2010 годы число учреждений (юридические лица), имеющих отделения (кабинеты) статистики, снизилось на 19,7%, число учреждений (юридические лица), имеющих отделения (кабинеты) статистики в составе оргметодотдела и отделы АСУ, вычислительный центр увеличилось на 57,1 и 46,8%, соответственно.

В субъектах Российской Федерации наблюдается тенденция сокращения числа Бюро медицинской статистики (с 76 учреждений в 2000 г. до 16 в 2010 г.) при росте числа МИАЦ (с 10 в 2000 г. до 82 в 2010 г.).

Вместе с тем, в некоторых регионах (Республика Калмыкия, Ярославская и Рязанская области) структуры, исполняющие обязанности службы медицинской статистики, до сих пор не имеют собственного статуса и входят в состав других учреждений (отделов, центров), причем таких, которые выполняют технические функции, численность этих структур не приведена в соответствие со штатными нормативами. Все это не может способствовать повышению качества медико-статистической информации.

Число лиц, занятых в службе медицинской статистики в 2010 году составило 11,2 тыс. медицинских статистиков, 2127 врача-статистика и 2149 врачей-методистов (физические лица). Средний возраст сотрудников, занятых в службе медицинской статистики, равен 47,2 года (руководителей - 49,8 года, врачей-статистиков - 46,9 года, медицинских статистиков - 44,3

года). Доля лиц до 29 лет составляет 4,4%, 54,5% - лица активного трудоспособного возраста, лица предпенсионного и пенсионного возраста - 41,1%. Средний стаж работы лиц, занятых в службе медицинской статистики, равен 12 лет (руководителей - 12,3 года, врачей-статистиков - 9,8 года, медицинских статистиков - 13 лет).

Распределение лиц, занятых в службе медицинской статистики, по стажу работы в данной отрасли показало, что стаж до 5 лет имели 1/3 (30,5%) респондентов, до 10 лет - 27,8%, до 20 лет - 23,8%, до 30 лет - 12%, до 40 лет - 5,9%. Почти у половины руководителей (47,5%) и врачей-статистиков (44,6%) - дипломы лечащего врача, в том числе у 21 и 14,6%, соответственно - дипломы педиатра, у 14,9 и 14,6%, соответственно - дипломы врача-организатора здравоохранения.

Среди медицинских статистиков - 59,1% медицинские сестры, 32,3% - фельдшера и 8,6% - акушерки. Высшую категорию имели 29% респондентов (40,9% руководителей, 15,9% врачей-статистиков, 23,7% медицинских статистиков), I категорию - 19,2% (15,9, 14 и 26,7%, соответственно), II категорию - 5,9% (3,9, 7 и 7,3%, соответственно); 67,7% опрошенных имели сертификат качества (72,1, 61,8 и 66,4%, соответственно).

Число ЛПУ в Российской Федерации в 2010 году составило 16280 единиц (больниц, АПУ и диспансеров). В этих учреждениях приходится заполнять 314 тыс. отчетных форм для оценки состояния здоровья и деятельности ЛПУ. С каждым годом число отчетных форм увеличивается (1992 г. - 23, 1993 г. - 27, 1998 г. - 30, 1999 г. - 32, 2000 г. - 33, 2002 г. - 34, 2004 г. - 35, 2006 г. - 36, 2010 г. - 37). Почти половина (48,6%) объема отчетных форм (графоклеток) в целом по стране приходится на ф. № 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» (14,1%), ф. №14 «Сведения о деятельности стационара» (13,7%), ф. № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных о больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (11,8%) и ф. №30 «Сведения о учреждениях здравоохранения» (9,0%). Число всех графоклеток по всем

отчетным формам с 1992 по 2010 гг. только по своду Российской Федерации увеличилось почти в 4 раза (с 12,9 тыс. до 48,9 тыс.), число графоклеток в отчетной ф. №14 за этот период увеличилось в 8,8 раз, ф. № 12 – 7,3 раз, ф. №30 и ф. № 47- в 2 раза.

На основании «Порядка составления сводных годовых отчетов органами субъектов Российской Федерации» Минздравсоцразвития России в отделении медицинской статистики ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава» производится прием и обработка сводных годовых статистических отчетов от субъектов Российской Федерации по формам федерального государственного отраслевого статистического наблюдения.

К приему и получению сводных годовых статистических отчетов в целом по стране привлекаются как сотрудники из других подразделений ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», так и сотрудники из других научных институтов (Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А.Герцена, Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, НИИ наркологии, Всероссийский центр медицины катастроф «Защита», Государственное учреждение науки ЦИТО им. Н. Н. Приорова и др.).

Каждый субъект Российской Федерации представляет 37 отчетов в электронном виде и на бумажном носителе в двух экземплярах. Файлы с отчетами присылаются в отделение медицинской статистики ФГУ «ЦНИИОИЗ» Росздрава (рисунок 1).

Уникальность обработки годовых отчетов на федеральном уровне заключается в прохождении медико-статистической информации через многоступенчатые контроли (внутриформенный, межформенный, межгодовой, форматный), которые позволяют снять многочисленные ошибки.

Данная схема обработки годовых медико-статистических отчетов работает и на региональном уровне, но в некоторых регионах к ней добавляется еще и автоматизированное формирование 47 формы, которая

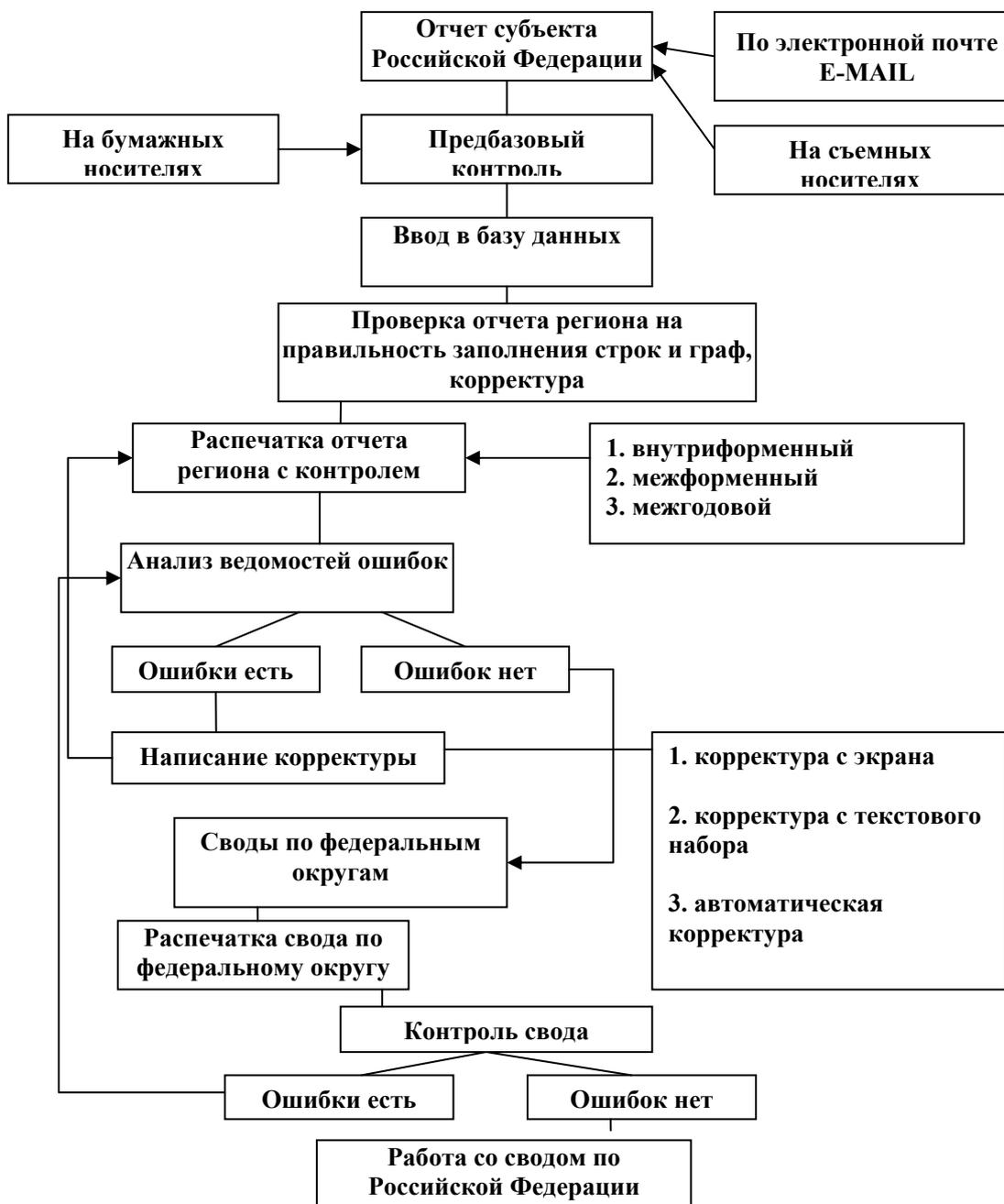


Рис.1. Технологическая схема обработки данных системы «Медстат» на федеральном уровне

формируется на основании годовых отчетов по формам №№ 14-ДС, 17, 30, 39-45, 55, 56, и затем конвертируется в программное обеспечение «Медстат».

В современных условиях должна быть снята проблема ручной обработки в формировании любых статистических отчетов, что требует обязательного внедрения современных компьютерных технологий. Правильно сформированные отчеты в субъектах Российской Федерации позволяют уменьшить и финансовые и кадровые затраты Центра, сэкономить время на подготовку сводных годовых отчетов, а самое главное повысить качество и достоверность информации, на основании которой делаются выводы о деятельности всей системы здравоохранения. В настоящее время на смену программы «Медстат» разрабатывается новая программа, которая будет работать в системе «on line», что позволит отказаться от служебных командировок соответствующих специалистов из регионов в г. Москву. Регионы будут обеспечены единой технологией сбора, обработки и получения сводного отчета. Это будет способствовать повышению персональной ответственности руководителя службы медицинской статистики за достоверность, качество и своевременность представления отчетов.

Документооборот в условиях обязательного медицинского страхования, ведения льготного лекарственного обеспечения, реализации мероприятий по модернизации здравоохранения и приоритетного национального проекта «Здоровье» увеличивает объем обрабатываемой информации, что в свою очередь отражается на качестве формирования отчетов по медицинской статистике в регионах. В связи с этим требуются дополнительные кадровые ресурсы, увеличение фонда оплаты труда.

Укомплектованности службы квалифицированными кадрами мешает то, что врачи-статистики и медицинские статистики не входят в список должностей, имеющих право на досрочное назначение пенсий по старости (постановление Правительства Российской Федерации № 781 от 29.10.02).

Для совершенствования работы медицинской службы статистиков необходимо:

- создание системы непрерывного повышения квалификации врачей-статистиков и медицинских статистиков – регулярное проведение семинаров, дней специалистов, циклов повышения квалификации;
- интеграция вопросов статистического учета в процесс обучения врачей лечебных специальностей;
- расширение полномочий статистиков (как врачей, так и медицинских статистиков) в плане учета и контроля деятельности практических врачей, повышения их роли в планировании деятельности ЛПУ;
- дополнить отчетную форму № 17 «Сведения о медицинских и фармацевтических кадрах» специальностями: врач-статистик и врач-методист;
- укрепление материально-технической базы медицинской статистики современной компьютерной техникой и программными средствами;
- повышение привлекательности службы медицинской статистики, в том числе и за счет улучшения финансового обеспечения.

В четвертой главе «Совершенствование процесса формирования отчетных форм федерального статистического наблюдения на основе учетных форм» показано, что многие учетные формы требуют своего пересмотра с современных позиций.

Одним из основных учетных документов является «Талон амбулаторного пациента», на основании которого формируется отчетная форма №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения». В настоящее время в стране действуют различные формы этих статистических талонов, утвержденных в разные годы Минздравом России:

-уч.ф. № 025-2/у “Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов”, утв. приказом Минздрава СССР от 04.10.80 №1030;

- уч.ф. № 025-6/у-89 "Талон амбулаторного пациента", утв. приказом Минздрава СССР от 29.09.89;

- уч.ф. № 025-7/у-89 "Талон амбулаторного пациента", утв. приказом Минздрава СССР от 29.09.89;

- уч.ф. № 025-8/у-95 "Единый талон амбулаторного пациента", утв. Приказом Минздрава России от 03.07.95 №194;

- уч.ф. № 025-10/у-97 "Талон амбулаторного пациента", утв. приказом Минздрава России от 14.02.97 №46;

- уч.ф. № 025-11/у, "Талон амбулаторного пациента", утв. приказом Минздрава России от 03.09.03 №431;

- уч.ф. № 025-12/у "Талон амбулаторного пациента", утв. приказом Минздравсоцразвития России от 22.11.04 №255.

Такая ситуация связана с тем, что для обработки выше указанной учетной формы в медицинских учреждениях используются разные программные обеспечения, хотя в будущем все медицинские учреждения должны перейти на работу с унифицированным видом талона амбулаторного пациента на основе единого программного обеспечения.

В некоторых территориях разрабатываются и внедряются собственные учетные документы. В результате некоторая часть учетных форм не имеет официального статуса, так как приказ Минздрава СССР от 04.10.80 №1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» отменен приказом Минздрава СССР от 05.10.88 №750. Альбом первичной учетной документации не пересматривался уже 30 лет.

Анализ отчетных форм федерального статистического наблюдения выявил, что из 37 форм следует в первую очередь пересмотреть 7 форм, утвержденных в 1994-1999 годах. Это формы: ф.7 «Отчет о заболеваниях злокачественными образованиями», утв. постановлением Госкомстата России от 29.06.99 №49; ф.№16-ВН «Сведения о причинах временной нетрудоспособности», утв. постановлением Госкомстата России от 29.06.99 №49; ф.№35 «Сведения о больных злокачественными новообразованиями»,

утв. постановлением Госкомстата России от 29.06.99 №9; ф. №41 «Сведения о доме ребенка», утв. постановлением Госкомстата России от 29.06.99 №49; ф.№53 «Отчет о медицинском наблюдении за лицами, занимающимися физической культурой и спортом», утв. приказом Миндравмедпрома России от 26.08.94 №182; ф.№54 «Отчет врача детского дома, школы-интерната и лесной школы о лечебно-профилактической помощи воспитанникам», утв. приказом Минздравом Российской Федерации от 13.09.99 №342; ф №57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин», утв. постановлением Госкомстата России от 29.06.99 №49.

Следует отметить, что только у восьми отчетных форм федерального статистического наблюдения (формы №№ 10, 11, 13, 32, 36, 36-ПЛ, 37, 40) имеются пересмотренные инструкции по заполнению годовых отчетов, утвержденных в 2009-2010 гг. К некоторым отчетам (формы №№ 15,16,19,63, 1-Дети(здрав), 1-РБ) инструкции отсутствуют. Ко многим отчетным формам имеются инструкции старого образца (инструкции от 1991 года к формам №№ №12 и 14, инструкции к формам №№ 30 и 47 от 1986 года).

Существующие учетные и отчетные формы перегружены невостребованной информацией, при отсутствии необходимых данных. Так, в свете реализации реформ здравоохранения, среди показателей реализации Программы модернизации здравоохранения имеются такие, как пятилетняя выживаемость лиц, перенесших острый инфаркт миокарда с момента установления диагноза; увеличение средней продолжительности жизни больных с хронической патологией после установления заболевания, которых нет в учетной и отчетной документации. При частом пересмотре отчетных форм нарушаются динамические ряды показателей, что затрудняет проводить их сравнительный анализ. Отчетные формы должны содержать только те показатели, которые имеются в учетной документации и сопровождаться четкими разъяснениями (инструкциями), ссылками на нормативные документы.

В пятой главе «Анализ статистических показателей на основе годовых отчетов, характеризующих период реформирования здравоохранения» представлен анализ годовых отчетов по медицинской статистике за 2000-2009 гг., отражающий процессы реформирования здравоохранения.

Основной вид медицинской помощи - стационарная помощь, которая нуждается в модернизации, направленной на повышение эффективности деятельности больничных учреждений и снижение их ресурсоемкости. В структуре расходов по основным видам медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2010 г. на долю стационарной помощи приходится 58% от всех расходов на медицинскую помощь. Число стационаров за период 2000-2009 гг. сократилось на 41%. Основное сокращение произошло в 2006 году, связанное с началом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье». В основном сокращение коснулось больниц, расположенных в сельской местности, их число только с 2006 года уменьшилось на 16,4% (с 1619 до 1354), число участковых больниц уменьшилось на 30,3% (с 628 до 438), что в основном связано с изменением юридического статуса учреждений (потеря самостоятельности и вхождение в состав центральных районных больниц), число же центральных районных больниц увеличилось на 0,3% (с 1746 в 2006 году до 1752 в 2009 г.).

За период 2000-2009 гг. в целом по стране наблюдается тенденция роста показателя госпитализации (с 22,0 в 2000 г. до 22,5 на 100 человек населения в 2009 г.), несмотря на то, что в Концепции развития здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации (пост. Правительства Российской Федерации от 5 ноября 1997 г. № 1387) указано на сокращение этого показателя при условии развития стационарозамещающих технологий и усиления работы первичного звена здравоохранения. В 2009 году в целом по стране коечный фонд составил 1,3 млн. коек, за период 2000-2009 гг. число коек уменьшилось почти на 19%. В структуре коечного фонда круглосуточного пребывания 62,2% составляли койки 10 профилей, в том

числе – психиатрические (психоневрологические) – 11,8%, терапевтические – 11%, хирургические – 8,1%, туберкулезные – 5,9%, неврологические – 5,8%, инфекционные – 5,6%, педиатрические (соматические) – 5,0%, гинекологические (кроме коек для производства абортов) – 4,9%, кардиологические – 4,1%, травматологические – 3,5%. Обеспеченность населения койками в 2009 году составила 90,1 на 10 тыс. населения и за последние 10 лет уменьшилась на 17,4%.

Средняя занятость койки в стационарах в 2009 г. в целом по стране составила 325 дней в году и в динамике с 2000 года увеличилась на 3,8%. Наблюдается тенденция снижения показателя средней длительности пребывания больного на койке с 15,4 дней в 2000 г. до 12,8 дней в 2009 г, что является отражением интенсификации лечебно-диагностического процесса, внедрения новых медицинских технологий и соответствует современным требованиям к рациональному использованию коечного фонда. Оптимальная работа коечного фонда зарегистрирована в Белгородской, Владимирской, Ленинградской, Кемеровской областях, в Республике Татарстан, в Приморском крае (2009 г.), где отмечены низкая обеспеченность койками, высокая эффективность работы коечного фонда, а средняя длительность пребывания на койке была ниже среднероссийского показателя, что не отразилось на доступность данного вида медицинской помощи.

Наиболее высоко затратным видом медицинской помощи является скорая медицинская помощь (СМП). Число лиц, которым была оказана скорая медицинская помощь при выездах, в 2009 г. составило 339,3 на 1000 населения (2000 г. – 334,5).

Доля выездов с неотложной помощью в рамках оказания скорой медицинской помощи (несчастные случаи, внезапные заболевания и состояния, роды и патология беременности) составила 80%, наблюдается тенденция роста этого показателя с 75,9% в 2000 г. Отмечается тенденция роста доли выездов СМП по поводу внезапных заболеваний и состояний (с 66,2% в 2000 г. до 70,1% в 2009 г.) и по поводу родов и патологии

беременности (с 0,3% до 0,7%), при снижении доли перевозок больных, рожениц и родильниц (с 11,5% в 2000 г. до 8,5% в 2009 г.).

Безрезультатные выезды и отказы за необоснованностью вызова СМП в 2009 г. составили 5,6%, от общего числа выполненных вызовов (2000г.- 4,9%), а это почти 3 млн. вызовов, затраты на них составляют около 5 млрд. рублей, при этом доля безрезультатных выездов и отказов за необоснованностью имеет тенденцию к росту. Число лиц, которым была оказана скорая медицинская помощь при выездах и амбулаторно в 2009 г., составило 361,0 на 1000 населения (в 2000 г. – 363,0).

Анализ деятельности дневных стационаров в Российской Федерации показал, что в стране недостаточно развиты стационарозамещающие формы медицинского обеспечения дневного пребывания в больничных учреждениях. В дневных стационарах в больничных учреждениях функционирует более 82,5 тыс. мест, что составляет лишь 6,5% от всего фонда круглосуточных коек, в результате обеспеченность местами – 5,8 на 10 тыс. населения, работа их при этом неэффективна (средняя занятость мест в году в дневных стационарах в больничных учреждениях составила 287 дней против 325 дней – во всех больничных учреждениях, включая диспансеры). Только 7% взрослых и 5,2% детей от числа выбывших из всех стационаров выбыло из дневных стационаров в больничных учреждениях, средняя длительность лечения у взрослых составила 11,4 дней (13,5 дней в стационарах), у детей - 11 дней (9,9 дней в стационарах).

В структуре расходов по основным видам медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи к 2012 году на долю амбулаторно-поликлинической помощи должно приходиться 40% расходов (Распоряжение Правительства Российской Федерации от 17.1.2008 г. № 1663-р), тогда как в 2010 году - только 32% от всех расходов на медицинскую помощь.

За период 2000-2009 гг. число всех амбулаторно-поликлинических учреждений уменьшилось на 37,5%. Сокращение сети медицинских учреждений связано в первую очередь с реорганизацией участковых больниц и сельских амбулаторий путем преобразования их в структурные подразделения ЦРБ, что позволяет улучшить их ресурсное обеспечение и повысить эффективность работы. Число поликлинических отделений центральных районных и районных больниц сельских районов увеличилось в 1,6 раз. В тоже время еще сохраняется пять участковых больниц и 59 самостоятельных амбулаторий, в которых на конец 2009 года ни одна штатная должность не была замещена врачом.

Основными учреждениями, в которых оказывается первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), являются амбулаторно-поликлинические учреждения, в них медицинская помощь оказывается почти 38,8 тыс. участковыми врачами терапевтами, 27,1 тыс. участковыми педиатрами, 8,5 тыс. врачами общей практики (семейными врачами), а также 45,8 тыс. средними медицинскими работниками в ФАПах.

В 2009 г. в целом по России число амбулаторно-поликлинических посещений к врачам составило 1,2 млрд. За период 2000-2009 гг. число посещений увеличилось на 42,6 млн. или на 3,8%. Основная доля (84,6%) амбулаторно-поликлинических посещений приходилось на врачей: терапевтов – 23,0%, педиатров – 18,3%, акушеров-гинекологов – 7,7%, офтальмологов – 5,5%, неврологов – 5,5%, хирургов – 5,0%, оториноларингологов – 4,5%, дерматовенерологов – 4,2%, психиатров – 4,0%, врачей общей практики – 3,9%, травматологов-ортопедов – 3,0%.

Следует отметить, что, несмотря на комплекс мероприятий, в первую очередь материального стимулирования, увеличения объема оказания медицинской помощи населения врачами первичного звена, принципиального разделения объемов между врачами собственно первичного звена и врачами-специалистами не произошло. Так, доля посещений участковых терапевтов возросла лишь с 16,0 до 19,8%, но доля

посещений терапевтов в целом осталась неизменной – 23%; доля посещений участковых педиатров возросла с 12,0 до 15,2%, доля посещений педиатров в целом несколько возросла лишь с 17,2 до 18,3%. Доля посещений врачей-специалистов осталась практически неизменной.

Среднее число посещений к врачам на одного жителя за десять лет увеличилось с 9,1 в 2000 г. до 9,5 в 2009 г.

В 2009 году в целом по стране из всех посещений (без посещений врачами на дому) – треть (30,2%) были профилактические. Доля всех профилактических посещений к врачам незначительно увеличилась с 29,5% в 2000 г. до 30,2% в 2009 г. Профилактические посещения к участковым педиатрам (включая педиатров участковых приписных участков) составили 42,9%, к врачам общей практики (семейным) только 18,3%, к участковым терапевтам (включая терапевтов участковых приписных участков) – 15,4%.

Общая численность врачей всех специальностей в системе Минздравсоцразвития Российской Федерации на конец 2009 г. составила 625,7 тыс. Показатель обеспеченности населения врачами в целом по стране увеличился с 42,2 в 2000 г. до 44,1 в 2009 г., т.е. на 4,5%.

В структуре врачебных специальностей 20,2% приходится на врачей терапевтического профиля, 15,1% - хирургического, 9,7% - педиатрического, 7,3% - стоматологического, 6,3% - акушерско-гинекологического, 3,5% - психиатрического, 3,4% - неврологического, 2,7% - санитарно-эпидемиологического, 2,6% - рентгенологического и радиологического, 2,6% - врачей скорой медицинской помощи. На их долю приходится 73,4% от общей численности всех врачей.

К концу 2009 г. в стране работало 1335,4 млн. человек среднего медицинского персонала (94,1 на 10 тыс. населения), число которого имеет тенденцию к сокращению (1397,4 млн. в системе Минздрава в 2000 г.). Соотношение врачей и среднего медицинского персонала 1:2.

Наличие в ЛПУ современного медицинского оборудования определяет доступность диагностических и профилактических обследований

для населения России. Одним из необходимых видов медицинского обследования является аппаратура для рентгенологических исследований.

В 2009 году в Российской Федерации функционировало 35,6 тыс. рентгеновских аппаратов. С 2002 – 2009 гг. их количество уменьшилось на 3,2%. Из всего числа рентгеновских аппаратов - 38,8% аппаратов работали со сроком эксплуатации свыше 10 лет (2002г. - 64%). Из них на рентгеноурологические аппараты со сроком эксплуатации свыше десяти лет приходилось 55,8%, палатных – 48,1%, дентальных – 45,8%, ангиографических – 27,6%, РК томографов – 22,0%, маммографических аппаратов – 18,9%, остеоденситометров – 10,4%.

В 2009 г. в России было 24,9 тыс. ультразвуковых аппаратов, из них 92,0% - действующих, в 2002 – 2009 гг. их число увеличилось почти в 2 раза.

В 2009 году в Российской Федерации было 112,3 тыс. приборов для функциональной диагностики. За 2002 – 2009 гг. число приборов увеличилось в 1,7 раза. 33,1% приборов для функциональной диагностики находились в 2009 году в эксплуатации до 3-х лет, 22,7% приборов эксплуатировались в ЛПУ от 4-х до 5 лет и 28,6% приборов – от 6 до 10 лет .

В 2009 году в целом по стране было проведено 3,5 млрд. анализов. В динамике за 2000 – 2009 гг. число проведенных анализов увеличилось в 1,5 раза, что связано с улучшением оснащения лаборатории современным оборудованием. При этом основное направление в оснащении лабораторий состоит в расширении парка многокомпонентных отражательных фотометров для анализа мочи (в 23,5 раза), биохимических анализаторов (в 2,8 раза), программируемых биохимических фотометров с проточной и сменной кюветами (в 4,5 раза), проточных цитофлуориметров (в 5,2 раза).

В 2009 году в Российской Федерации 4402 здания учреждения здравоохранения находились в аварийном состоянии или требовали капитального ремонта, что составило половину (49,1%) от всех учреждений здравоохранения. Особую тревогу вызывают состояние зданий в Кабардино-Балкарской Республике (89,8%), в Тамбовской области (89%), в Республике

Саха (Якутия) (81,2%), Оренбургской (76,6%), Кировской (71,9%), Самарской (71,3%) и Нижегородской (70,9%) областях.

Таким образом, анализ годовых отчетов по медицинской статистике за 2000-2009 гг. отражает процессы, которые происходят в здравоохранении, а именно: сокращение числа медицинских учреждений; снижение коечного фонда; улучшение работы койки; снижение средней длительности пребывания на койке; слабое развитие дневных стационаров; увеличение числа посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения при медленном росте числа профилактических посещений; неудовлетворительное состояние материально-технической базы: износ диагностического оборудования; рост числа зданий, требующих капитального и текущего ремонта.

В шестой главе «Различия в подходах к оценке показателей, характеризующих деятельность здравоохранения, в рамках международной сопоставимости» рассматриваются методические подходы к таким показателям как обеспеченность населения врачами, в том числе врачами терапевтического и хирургического профилей, обеспеченность населения койками. При этом в численность врачей, согласно определению ВОЗ, не включены врачи физиотерапевты, врачи по лечебной физкультуре и спорту, рефлексотерапевты, стоматологи, стоматологи-детские, стоматологи-терапевты, стоматологи-хирурги, стоматологи-ортопеды, ортодонты, челюстно-лицевые хирурги, врачи санитарно-эпидемиологического профиля (токсикологи, бактериологи, вирусологи, эпидемиологи, дезинфектологи, паразитологи, врачи по коммунальной гигиене, гигиене труда, гигиене питания, гигиене детей и подростков, общей гигиене, радиационной гигиене, гигиеническому воспитанию), а также врачи, занятые в учреждениях подготовки кадров, НИИ и аппаратах органов управления.

В результате использования данной методики обеспеченность врачами в России в 2009г. составила 333,4 на 100 тыс. населения, тогда как аналогичный показатель по отечественной методике составляет 440,9 на

100 тыс. населения. Однако полученные показатели по Российской Федерации в соответствии с международной методикой сопоставимы с зарубежными странами, где обеспеченность населения врачами равна 280-330 врачей на 100 тыс. населения (рисунок 4).

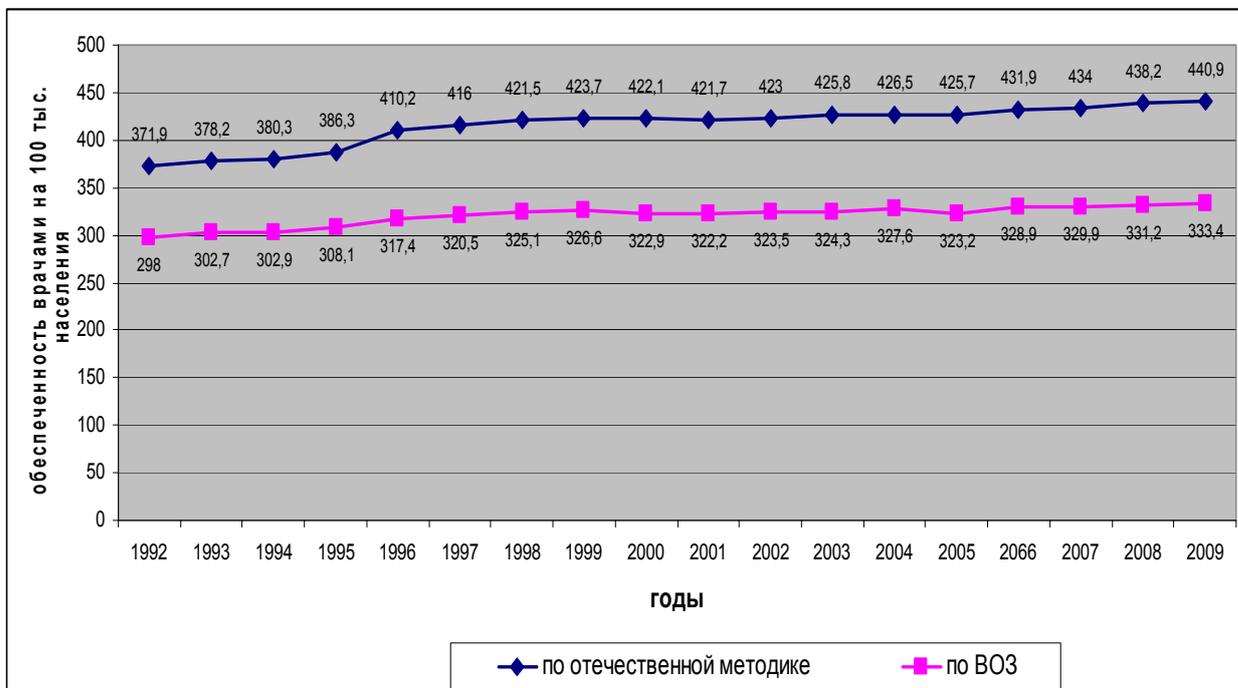


Рисунок 4. Динамика обеспеченности врачами на 100 тыс. населения в Российской Федерации за 1992-2009 гг. в соответствии с отечественной и международной методикой

Показатель обеспеченности врачами терапевтического профиля по определению ВОЗ в 1,2 раза превышает значение данного показателя рассчитанного по отечественной методике. Такое расхождение объясняется тем, что в международной статистике к врачам терапевтического профиля относятся урологи, онкологи, в том числе детские, радиологи, а также и врачи – специалисты: офтальмологи, оториноларингологи, сурдологи-оториноларингологи, неврологи, исключая врачей терапевтического профиля, занятых в учреждениях подготовки кадров НИИ и аппаратах органов управления. В отечественной же статистике врачи урологи, онкологи, радиологи относятся к врачам хирургического профиля, а врач-специалисты исключаются из группы врачей терапевтического профиля.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ к врачам терапевтического профиля отнесены терапевты, пульмонологи, кардиологи, ревматологи, гастроэнтерологи, нефрологи, диabetологи, эндокринологи в том числе детские, диетологи, аллергологи – иммунологи, гематологи, урологи, онкологи, в том числе детские, радиологи, офтальмологи, оториноларингологи, сурдологи - оториноларингологи, неврологи, инфекционисты за исключением врачей терапевтического профиля, находящихся в учреждениях подготовки кадров, НИИ и аппаратах органов управления (рисунок 5).

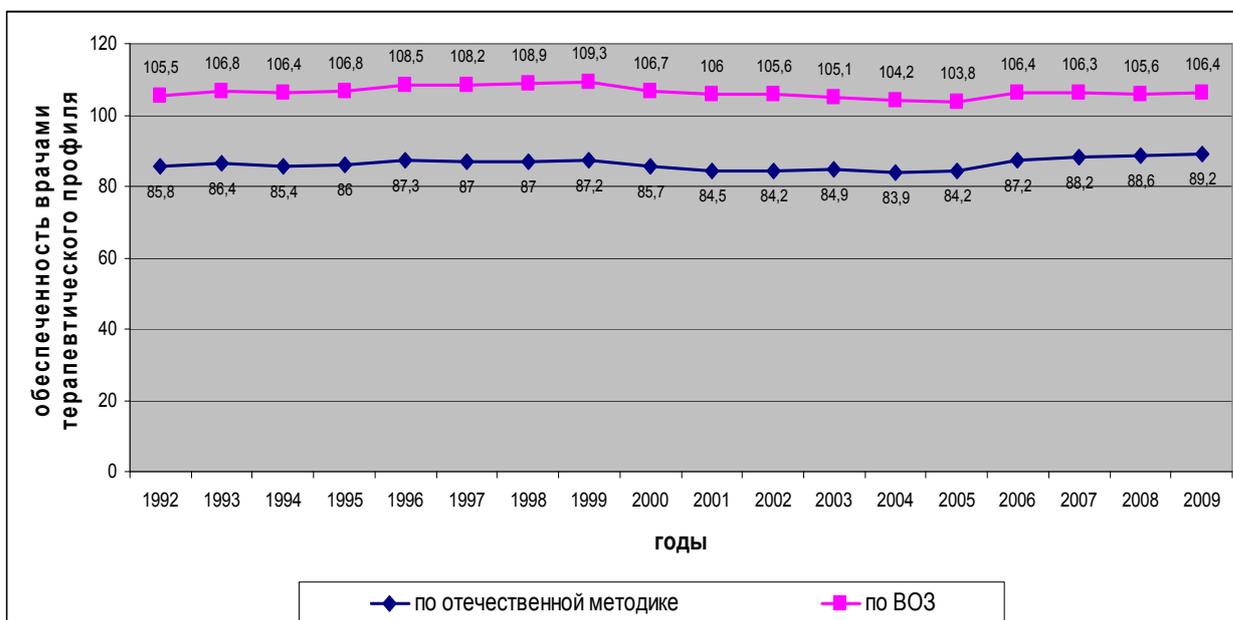


Рисунок 5. Динамика обеспеченности врачами терапевтического профиля на 100 тыс. населения Российской Федерации в 1992-2009 гг.

В России к врачам хирургического профиля относятся врачи по мануальной терапии, хирурги, в том числе детские, сердечно-сосудистые хирурги, торакальные хирурги, нейрохирурги, челюстно-лицевые хирурги, анестезиологи реаниматологи, травматологи и ортопеды, урологи, эндоскописты, колопроктологи, онкологи, в том числе детские.

В то время, как в соответствии с рекомендациями ВОЗ к врачам хирургического профиля относятся врачи по мануальной терапии, хирурги, в

том числе детские, сердечно-сосудистые хирурги, торакальные хирурги, нейрохирурги, анестезиологи-реаниматологи, травматологи и ортопеды, эндоскописты, колопроктологи, онкологи, в том числе детские за исключением челюстно-лицевых хирургов (они относятся к врачам стоматологического профиля), урологов (ВОЗ относит их к врачам терапевтического профиля) и хирургов, занятых в учреждениях подготовки кадров, НИИ и аппаратах органов управления.

В результате показатель обеспеченности врачами хирургического профиля в Российской Федерации, рассчитанный по отечественной методике в 1,3 раза превышает показатель, рассчитанный по рекомендациям ВОЗ (рисунок 6).

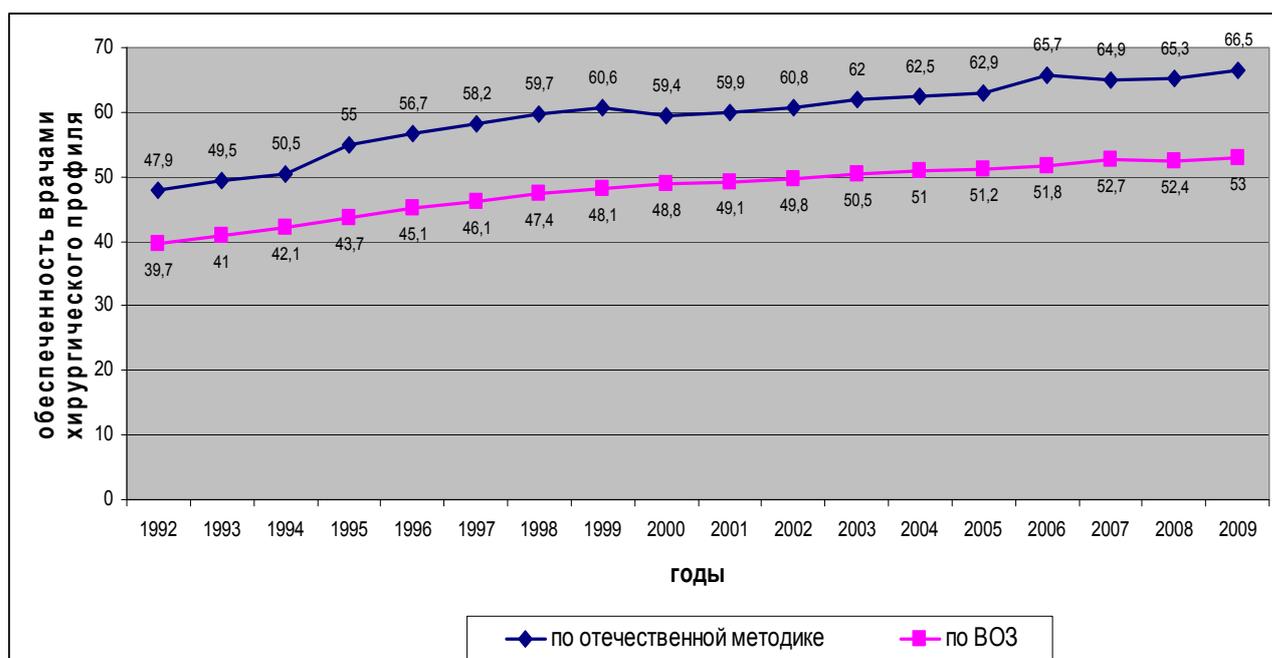


Рисунок 6. Динамика обеспеченности врачами хирургического профиля на 100 тыс. населения Российской Федерации в 1992-2009 гг.

Такие же различия получены и при расчете обеспеченности населения койками терапевтического профиля. В результате число коек терапевтического профиля в России по определению ВОЗ в два раза превышает значение данного показателя, рассчитанного по отечественной методике. Такое расхождение объясняется тем, что в международной

статистике к койкам терапевтического профиля относятся койки хирургического профиля – урологические, койки онкологического профиля – онкологические, радиологические и рентгенологические койки; койки специализированных служб – неврологические, офтальмологические, отоларингологические.

В динамике в 1992-2009 гг. обеспеченность населения койками терапевтического профиля сократилась с 297,1 до 194,3 на 100 тыс. населения (по отечественной методике), то есть на одну треть (34,5%) (рисунок 7).

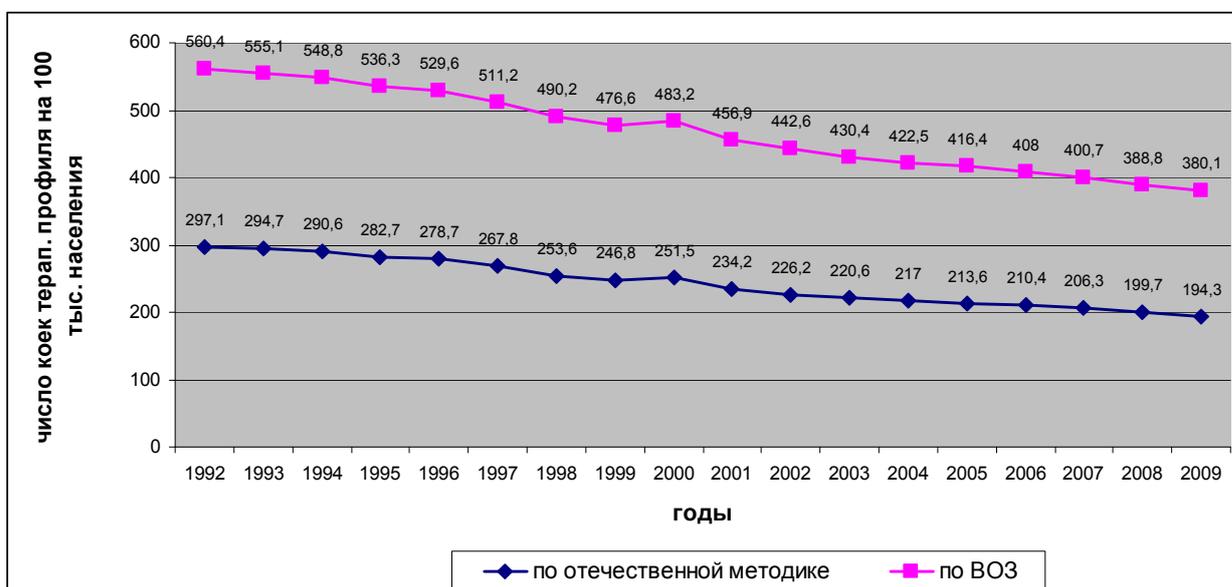


Рисунок 7. Динамика обеспеченности населения койками терапевтического профиля в 1992-2009 гг. в России (по определению ВОЗ и отечественной методике)

При определении обеспеченности населения койками хирургического профиля, по методике ВОЗ, выявлено, что она на 9,8% меньше значения данного показателя, рассчитанного по отечественной методике.

В динамике в 1992-2009 гг. обеспеченность населения койками хирургического профиля сократилась с 211,0 до 172,9. на 100 тыс. населения (по отечественной методике), т.е. на четверть (18,9%) (рисунок 8).

ВОЗ рассматривает стационары как больницы долгосрочного и краткосрочного пребывания. В России официально такого разделения больниц не существует. При условном выделении больничных учреждений краткосрочного пребывания определено, что от общего числа всех стационаров они составили 82,3%. Средняя длительность пребывания на койке в стационарах краткосрочного пребывания в Российской Федерации равна в 2009 г. - 10,9 дней, превышая в 2-3 раза аналогичные показатели в Западной Европе. Коэффициент средней занятости койки составляет 87,9%.

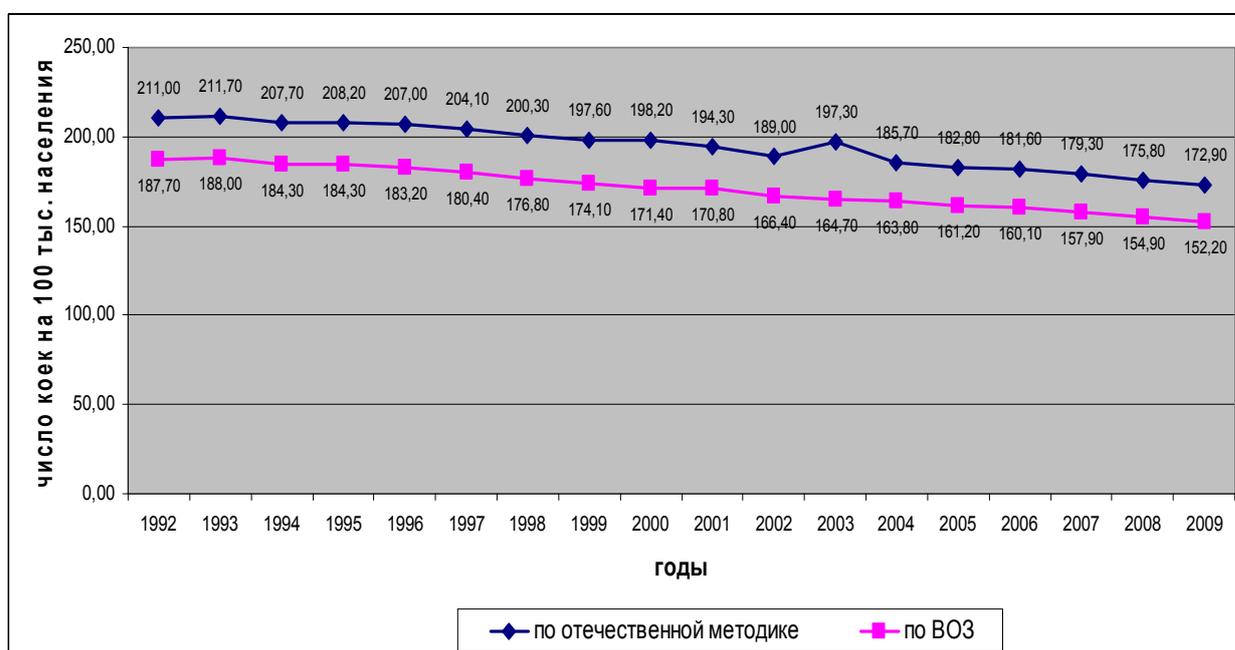


Рисунок 8. Динамика обеспеченности населения койками хирургического профиля в 1992-2009 гг. в России (по определению ВОЗ и отечественной методике)

В главе седьмой «Информационное обеспечение медицинской статистики» даны предложения по совершенствованию медицинской статистики.

Официальная медицинская статистика в Российской Федерации характеризуется, в том числе ведомственной разобщенностью, отсутствием отчетности негосударственных медицинских организаций (частных), несовершенством отчетности государственных медицинских организаций.

Выше сказанное свидетельствует о необходимости пересмотра всей организации учета и отчета медицинской документации и модернизации этой деятельности. Для полноты оценки ситуации в здравоохранении страны необходимо организовать сбор сведений об оказании медицинской помощи гражданам Российской Федерации от ведомственных медицинских организаций (МЧС России, МО России, МВД России, ФСБ России, РАО, ЕЭС, Газпром, РАМН и др.), медицинских организаций негосударственной (частной) формы собственности и имеющих лицензию на медицинскую деятельность.

В рамках выполнения Федеральной целевой программы «Развитие государственной статистики России в 2007-2011 годах» разработаны и утверждены приказом Росстата от 02.07.2008 г. №153 форма федерального статистического наблюдения №1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи населению» и инструкция к ней. В эту форму включены данные по заболеваемости от негосударственных (частных) медицинских организаций, показатели ресурсного обеспечения и сведения по хирургической работе этих медицинских организаций. В связи с отсутствием контроля по для заполнению этой формы достоверность данных вызывает сомнения в полученной информации.

Из существующих проблем в отчетности государственных медицинских организаций следует отметить отсутствие преемственности в работе АПУ, СМП, стационаров, где не отработан механизм подбора информации о заболеваемости на одно лицо. К примеру, пострадавший с одним и тем же случаем травмы, отравления и некоторых других последствиях воздействия внешних причин может обратиться в разные учреждения, где его случай будет зарегистрирован в каждом отдельном учреждении и попадет в отчетность - как несколько случаев.

Возникают сложности и с недоучетом случаев травм, когда, пострадавший не обращается в АПУ после оказания ему медицинской

помощи в стационаре, скорой медицинской помощью на дому или в приемном отделении стационара.

Отчетные формы №12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» и формы №14 «Сведения о деятельности стационара» не корреспондируются друг с другом.

Многие учетные формы не соответствуют современным требованиям, в следствии чего в некоторых регионах разрабатываются собственные учетные формы.

Требуется унификация методических подходов к обеспечению учетной и отчетной документации в медицинских организациях независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, а также к анализу собираемых данных при полицевом учете.

В рамках информационных систем ОМС решается проблема представления данных «на одно лицо» (наличие идентификационного номера) и осуществления принципиально новых оценок на основе полицевой разработки данных, в связи с чем необходимо разработать единые требования к статистическому наблюдению в рамках Минздравсоцразвития России, Фонда обязательного медицинского страхования, Фонда социального страхования и пр.

Персонифицированный учет должен формироваться на основе электронной медицинской карты пациента (ЭМК). В России уже действуют несколько национальных стандартов, определяющих требования к архитектуре ЭМК (ГОСТ Р 52636-2006. Электронная история болезни. Общие положения; ГОСТ Р ИСО/ТС 18308-2008. Информатизация здоровья. Требования к архитектуре электронного учета здоровья; ISO/TS 18308:2004 Health informatics-Requirements for an electronic health record architecture (ИСО/ТС 18308:2004. Информатизация здоровья-Требования к архитектуре электронного учета здоровья). Отметим, что хотя стандарты используют

разное определение («Электронная история болезни», «электронный учет здоровья», «электронная медицинская запись»), все они определяют требования к HER (Electronic health record), что является электронной медицинской картой. При внедрении ЭМК в единую систему персонифицированного учета должны быть проработаны вопросы автоматизированной обработки персональных данных пациентов и наличие электронно-цифровой печати лечащих врачей и руководителя медицинской организации.

Персонифицированный учет медицинских услуг является современной методологией, обеспечивающей системный подход к реализации задач управления: планирование медицинской помощи на основе потребности населения, мониторинга заболеваемости, организации информационного взаимодействия медицинских организаций разных форм подчинения и собственности, контроля за ведением учетной и отчетной документации и рационального использования ресурсов здравоохранения.

Выводы и предложения

1. Медико-статистическая информация является основой подготовки решений по совершенствованию выборов приоритетов, определению стратегии развития отрасли здравоохранения.

В каждом субъекте Российской Федерации (за исключением Республики Калмыкия, Ярославской и Рязанской областей) организационно-методическим центром по вопросам медицинской статистики являются Медицинские информационно-аналитические центры (МИАЦ), Бюро медицинской статистики (БМС) и учреждения, имеющие отделения (кабинеты) статистики, в том числе в составе оргметодотдела и отделы АСУ, вычислительные центры (ВЦ). В 2010 г. в системе Минздравсоцразвития функционировало 82 МИАЦ, 16 БМС, 3152 отделений (кабинетов) статистики, 1727 отделений (кабинетов) статистики в составе

оргметодотделов, 972 отдела АСУ, ВЦ (в 2000 г. соответственно – 10 МИАЦ, 76 БМС, 3924 отделений (кабинетов) статистики, и 1099 учреждений (юридических лиц), имеющих отделения (кабинеты) статистики в составе оргметодотдела и 662 отдела АСУ, вычислительных центров).

2. Основным источником медицинской информации являются отчетные статистические формы. В 2010 году их количество составило 37 единиц (1992г. – 23). Ежегодно заполняется более 314 тыс. отчетных статистических форм на основании деятельности более 16,3 тыс. лечебно-профилактических учреждений системы Минздравсоцразвития Российской Федерации.

3. С каждым годом объем собираемой статистической информации увеличивается. Почти в 4 раза увеличилось количество графоклеток (с 12,9 тыс. до 48,9 тыс.), за 1992 по 2010 гг., а именно, в отчетной форме №14 - в 8,8 раз, форме № 12 – 7,3 раз, формах №30 и № 47- в 2 раза.

Почти половина (48,6%) объема отчетных форм (графоклеток) в целом приходится на четыре статистические формы: № 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» (14,1%), №14 «Сведения о деятельности стационара» (13,7%), № 12 «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных о больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (11,8%), №30 «Сведения о учреждениях здравоохранения» (9,0%).

4. Число физических лиц, занятых в службе медицинской статистики в 2010 году составило 11,2 тыс. медицинских статистиков, 2127 врача-статистика и 2149 врачей методистов (физические лица). Средний возраст сотрудников равен 47,2 года (руководителей - 49,8 года, врачей-статистиков - 46,9 года, медицинских статистиков - 44,3 года). Доля лиц до 29 лет составляет всего 4,4%, лица активного трудоспособного возраста - 54,5%; предпенсионного и пенсионного возраста - 41,1%. Средний стаж работы лиц, занятых в службе медицинской статистики - 12 лет (руководителей - 12,3 года, врачей-статистиков - 9,8 года, медицинских статистиков - 13 лет).

Почти у половины руководителей (47,5%) и врачей-статистиков (44,6%) - дипломы лечащего врача. 59,1% медицинских статистиков имеют специальность медицинской сестры, 32,3% - фельдшера и 8,6% - акушерки. Высшая категория у 29% респондентов (40,9% руководителей, 15,9% врачей-статистиков, 23,7% медицинских статистиков).

5. Действующая в течение 20 лет технология процесса сбора, приема и обработки годовых отчетов по медицинской статистике в Российской Федерации требует модернизации, разработки новой программы в системе «on line», позволяющей получать информацию непосредственно из учетной документации, что будет способствовать повышению качества отчетной документации.

6. Существующие учетные и отчетные формы перегружены не востребуемой информацией для органов управления здравоохранением, при отсутствии целого ряда необходимых статистических показателей, многие из них не сопровождаются четкими разъяснениями (инструкциями), ссылками на нормативные документы. Из 37 отчетных статистических форм у 6 - инструкции отсутствуют; у 2-х отчетных статистических форм инструкции составлены в 1986 году; 7 отчетных статистических форм и соответствующие инструкции к ним утверждены в 1994-1999 годах. Только у 8 отчетных форм федерального статистического наблюдения имеются пересмотренные инструкции 2009-2010гг. по заполнению годовых отчетов, которые соответствуют современным требованиям.

7. Годовые статистические отчеты за 2000-2009 гг. позволили определить основные процессы, происходящие в отрасли здравоохранения за этот период: сокращение числа медицинских учреждений; снижение коечного фонда; улучшение работы койки; снижение средней длительности пребывания на койке; увеличение числа посещений в амбулаторно-поликлинические учреждения при медленном росте числа профилактических посещений; дефицит кадров, особенно в первичном звене здравоохранения.

8. Состояние материально-технической базы ЛПУ на основании анализа статистической отчетности, показал, что из 35,6 тыс. рентгеновских аппаратов в 2009 году 38,8% работали со сроком эксплуатации свыше 10 лет. Из 112 тыс. приборов для функциональной диагностики - 33,1% приборов находились в эксплуатации до 3-х лет, 22,7 % - эксплуатировались в ЛПУ от 4-х до 5 лет и 28,6% приборов - от 6 до 10 лет. Почти половина всех зданий учреждений здравоохранения находятся в аварийном состоянии или требуют капитального ремонта.

9. Для сравнения отечественных статистических показателей здравоохранения с зарубежными данными необходима разработка единых методических подходов к их расчету, для обеспечения корректного сопоставления. Так, численность врачей Российской Федерации равна 440,9 на 100 тыс. населения, а следуя международной методике - 333,4, численность врачей терапевтического и хирургического профилей следуя отечественной методике, составляет 89,2 и 53,0 на 100 тыс. населения, а по методике ВОЗ, соответственно 106,4 и 66,5 на 100 тыс. населения. Почти в 2 раза численность коек терапевтического профиля рассчитанного по отечественной методике (194,3 на 100 тыс. населения) отличается от методики ВОЗ (380,1 на 100 тыс. населения), в меньшей степени численность коек хирургического профиля (соответственно, 172,9 и 152,2 на 100 тыс. населения).

10. Показатели деятельности стационаров Российской Федерации можно сравнивать с зарубежными данными только при выделении стационаров по сроках лечения на краткосрочные и длительного пребывания. В Российской Федерации доля больничных учреждений краткосрочного пребывания от общего числа всех стационаров составляет 82,3%, средняя длительность пребывания на койке - 10,9 дней, что превышает в 2-3 раза аналогичные показатели в странах Западной Европы.

11. Одним из путей совершенствования медицинской статистики является переход на персонифицированный учет медицинской помощи, что

соответствует современной методологии, обеспечивающей системный подход к реализации задач управления. Оценка деятельности системы здравоохранения должна проводиться на основании данных медицинских организаций всех форм собственности и ведомственной принадлежности, для полноты и объективности состояния отрасли здравоохранения.

12. В целях оптимизации работы службы медицинской статистики требуется: создание системы непрерывного повышения квалификации врачей-статистиков и медицинских статистиков (регулярное проведение семинаров, дней специалистов, циклов повышения квалификации); интеграция вопросов статистического учета в процессе обучения врачей лечебных специальностей, расширение полномочий функций статистиков (как врачей, так и медицинских статистиков) в плане учета и контроля деятельности практических врачей, повышение их роли в планировании деятельности ЛПУ; улучшение материальной базы службы медицинской статистики (обеспечение современными ЭВТ, программными средствами).

СПИСОК НАУЧНЫХ ТРУДОВ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в журналах, рекомендованных ВАК

1. Огрызко Е.В. Распространенность стойких нарушений и последствий болезней среди детей крупного города./ Р.К.Игнатьева, В.И.Каграманов, Е.В.Огрызко, Д.Н. Чемякина // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1997- №3- С.7-14.

2. Огрызко Е.В. Гемодиализ в России / Е.П.Какорина, В.Марченко, С.Романова, Е.В Огрызко //Ремедиум-2002- №№ 1-2 (59-60)-С.40-43.

3. Огрызко Е.В. Ультразвуковая диагностика в России / Е.П.Какорина, С.Романова, Е.В. Огрызко //Ремедиум-2002-№ 4(62)-С.26-35.

4. Огрызко Е.В. Динамика показателей деятельности эндоскопической службы России / Е.П.Какорина, Е.В.Огрызко //Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья-2004-Вып.5-С.121-125.

5. Огрызко Е.В. Динамика грудного вскармливания и заболеваемость детей первого года жизни в ЛПУ, внедряющих современные принципы охраны и поддержки грудного вскармливания / Л.В.Абольян, В.З.Кучеренко, В.Ф.Гурьянова, Т.К.Бердикова, Р.М. Дакинова, Р.М.Мустафин, Е.В.Огрызко, В.И.Каплина, А.С.Загинайко, Т.Д.Доронина, Р.А.Денисова, М.И.Киселева, В.Н. Козина // Проблемы управления здравоохранением-2005-С. 77-84.

6. Огрызко Е.В. Современное состояние службы медицинской статистики в Российской Федерации/ Е.П.Какорина, Е.В.Огрызко // Проблемы социальной гигиены и истории медицины-2005-№6-С. 26-28.

7. Огрызко Е.В. Социально-гигиеническая характеристика кадров, занятых в службе медицинской статистики / Е.П.Какорина, Е.В. Огрызко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины-2006-№ 6-С. 43-45.

8. Огрызко Е.В. Анализ заболеваемости и контингента больных злокачественными лимфомами в Российской Федерации / А.Г.Толкушин, Е.В.Огрызко, Р.И.Ягудина, Т.Н.Моисеева, Р.У. Хабриев // Вопросы онкологии-2006- Т.52-№4-С.392-397.

9. Огрызко Е.В. Динамика показателей болезней костно-мышечной системы/ Е.В.Огрызко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины- 2007-№6-С24-30.

10. Огрызко Е.В. Статистические репродуктивные показатели в оценке качества акушерской помощи в России. / Л.П. Суханова, Е.В.Огрызко, Т.А. Соколовская, Н.Ф. Кравченко // Проблемы беременности-2007-№13-С. 13-18.

11. Огрызко Е.В. Травматизм в Российской Федерации в начале нового тысячелетия. / Т.М.Андреева, Е.В.Огрызко, И.А.Редько // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова-2007-№2-С.59-63.

12. Огрызко Е.В. Состояние травматолого-ортопедической помощи населению Российской Федерации. / С.П.Миронов, Е.П.Какорина, Т.М.Андреева, Е.В. Огрызко // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н.Приорова-2007-№3-С. 3-10.

13. Огрызко Е.В. Анализ заболеваемости детей Российской Федерации в возрасте 15-17 лет / Е.В.Огрызко // Здоровоохранение Российской Федерации-2008-№4-С.16-19.

14. Огрызко Е.В. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения./Е.В.Огрызко, С.А.Леонов, Е.М. Секриеру // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины-2008-№4-С.17-20.

15. Огрызко Е.В. Анализ динамики движения контингента детей, воспитывающихся в домах ребенка в Российской Федерации./Е.В.Огрызко// Здоровоохранение Российской Федерации-2008-№5-С.27-30.

16. Огрызко Е.В. Методические проблемы сбора сведений по статистике здравоохранения от лечебно-профилактических учреждений/ О.И.Антонова, Т.М. Максимова, Е.В. Огрызко //Вопросы статистики-2008-№12-С.17-21.

17. Огрызко Е.В. Организация медицинского обеспечения больных с патологией системы кровообращения/ Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина, Е.Е. Борисов, Е.В. Огрызко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009-№1-С.32-35.

18. Огрызко Е.В. Некоторые результаты деятельности органов и учреждений здравоохранения в 2007 г. /Ю.В. Михайлова, И.М.Сон, С.А.Леонов, Е.В. Огрызко // Здоровоохранение Российской Федерации-2009-№1-С.41-46.

19. Огрызко Е.В. Динамика основных показателей автодорожного травматизма в Российской Федерации/ С.А.Леонов, Е.В.Огрызко, Т.М.Андреева //Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова-2009-№3-С.86-91.

20. Огрызко Е.В. Динамика заболеваемости дерматомикозами в Российской Федерации в 2003-2007 гг./М.А.Иванова, Е.В.Огрызко, И.А.Бендриковская, Н.Е.Мельниченко, Р.М.Ялхороева// Журнал «Клиническая дерматология и венерология»- 2009-№2-С.26-31.

21. Огрызко Е.В. К вопросу о заболеваемости новообразованиями кожи в Российской Федерации. / М.А.Иванова, Е.В. Огрызко // Межрегиональный сборник научных работ с международным участием. «Актуальные проблемы профилактической и реабилитационной медицины». Саратов-2009-С.72-73.

22. Огрызко Е.В. Современные особенности заболеваемости взрослого населения./ И.М.Сон, С.А.Леонов, Е.В.Огрызко// Здравоохранение Российской Федерации -2010- №1-С.3-6.

23. Огрызко Е.В. Стационарная помощь населению Российской Федерации за последнее десятилетие /Е.В.Огрызко // Социальные аспекты здоровья населения[Электронный научный журнал]. 2010. №4. Том 16. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/233/30/lang,ru/>.

24. Огрызко Е.В. Инфекции, передаваемые половым путем как фактор формирования репродуктивного здоровья/ Е.В.Огрызко, Н.В.Вартапетова, С.А.Виноградова //Клиническая дерматология и венерология. 2010-№6-С.33-39.

Пособия и методические рекомендации

25. Огрызко Е.В. Методическое пособие к статистическому анализу деятельности ресурсов здравоохранения (по данным отчетных форм федерального государственного и отраслевого статистического наблюдения). / Е.П.Какорина, Л.А.Михайлова, Е.В. Огрызко // Под общей редакцией Р.А.Хальфина –М.: ГЭОТАР-Медиа-2006-64с.

26. Огрызко Е.В. Порядок сбора статистических данных и оформления государственной статистической отчетности по оказанию дерматовенерологической помощи населению / Е. П. Какорина, Л. А. Михайлова, И. М. Сон., М. А. Иванова, Е. В. Огрызко, С. А. Леонов, Л. Н. Авдеева, Л. А. Кубанов, Л. И. Тихонова, П. Г. Богуш //(Методические рекомендации). М.: РИО ЦНИИОИЗ. 2006-24 с.

27. Огрызко Е.В. Руководство по анализу деятельности службы охраны материнства и детства Российской Федерации/ С.А.Леонов, И.М.Сон, Л.П.Суханова, И.С.Цыбульская, Д.Ш.Вайсман, В.Г.Утка, Э.И.Погорелова, Э.М.Секриеру, Е.В.Огрызко, Н.М. Зайченко, М.Н.Бантьева, В.В.Кулагин, А.А.Савина, А.Б.Захарова // М.: ЦНИИОИЗ.2009.216с.

Статьи и научные публикации в других изданиях

28. Огрызко Е.В. Государственный доклад о состоянии здоровья населения Российской Федерации в 1991 году. / Р.К. Игнатьева, Е.П. Какорина,Е.В.Огрызко//Раздел 3. Здоровье матери и ребенка-М;1992-С.21-25.

29. Огрызко Е.В. Некоторые показатели здоровья женщин в России за 1992 год / Е.В. Огрызко, Н.Г. Дедова // Здоровье населения Российской Федерации и пути его улучшения /Материалы I научно-практической конференции 30-31 мая 1994г. М.1994-С.90-91.

30. Огрызко Е.В. Показатели и тенденции стационарной помощи населению РФ в 1990-1992 годах./ Н.Г. Дедова, Е.В.Огрызко // Здоровье населения Российской Федерации и пути его улучшения /Материалы I научно-практической конференции 30-31 мая 1994г. М.1994-С.203-204.

31. Огрызко Е.В. Анализ некоторых эпидемиологических показателей лимфатических опухолей за 2004 год на территории Российской Федерации./ А.Г.Толкушин, Е.В.Огрызко, Т.Н.Моисеева, Р.И.Ягудина, Р.У. Хабриев // Актуальные проблемы гематологии и трансфизиологии. Совершенствование службы крови и обеспечение безопасности препаратов и компонентов

донорской крови/Материалы научно-практической конференции, - Ташкент-2005-С.88-89.

32. Огрызко Е.В. Процесс формирования отчетов по медицинской статистике / Е.П.Какорина, Е.В. Огрызко // Врач и информационные технологии-2005-№ 3-С. 55-58.

33. Огрызко Е.В. Использование показателей национальной базы данных «Медстат» в пакете DPS / Е.П.Какорина, Е.В. Огрызко, Н.А. Кадулина // Врач и информационные технологии-2006-№1-С.53-55.

34. Огрызко Е.В. К вопросу оперативного обеспечения медико-статистической информации руководства Министерства /Е.В.Огрызко // Врач и информационные технологии-2006-№6-С.46-49.

35. Огрызко Е.В. Проблемы снижения перинатальной смертности в России / И.С.Цыбульская, Л.П.Суханова, Е.В.Огрызко, Т.А.Соколовская, Т.В.Мухина // Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения/ Научные труды Всероссийской научно-практической конференции. (Москва. 30-31 мая 2006 года) – М.: РИО ЦНИИОИЗ-2006-С.146-152.

36. Огрызко Е.В. Младенческая смертность в России/ И.С.Цыбульская, Л.П.Суханова, Т.А.Соколовская, Е.В.Огрызко / Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения/ Научные труды Всероссийской научно-практической конференции. (Москва 30-31 мая 2006 года) – М.: РИО ЦНИИОИЗ-2006-С.153-157.

37. Огрызко Е.В/ Здравоохранение в России. 2005. / А.Е.Суринов, О.И.Антонова, Е.С.Бруй, И.А.Збарская, Е.П.Какорина, М.В.Максимова, Т.В.Мухина, С.Ю.Никитина, Е.В.Огрызко, Н.М.Соколова, Т.А.Харькова, С.В.Шишкин /Статистический сборник/ Росстат. – М., 2006-390с.

38. Огрызко Е.В. Стратегия перинатальной помощи в современной России/ Л.П.Суханова, Е.В.Огрызко, Т.А.Соколовская // Новые технологии в современном здравоохранении: Сборник научных трудов. М.: РИО ЦНИИОИЗ-2007-Ч.1-С.243-250.

39. Огрызко Е.В. Стратегические задачи и технологические решения в обеспечении системы здравоохранения кадровыми ресурсами / С.Т.Сохов, Н.В.Данилова, Л.А.Сковердяк, О.В.Армашевская, А.С.Артюхов, Н.Н.Миронова, Е.В.Огрызко, К.В.Лопиков, Ю.Н.Тахтарова // Новые технологии в современном здравоохранении: Сборник научных трудов. М.:РИО ЦНИИОИЗ-2007-Ч.І-С.118-122.

40. Огрызко Е.В. К вопросу о медицинской статистике и инструктивно-методических указаниях по оформлению государственной статистической отчетности./ Е.В. Огрызко // Вестник последипломного медицинского образования-2007- №2-С.20-23.

41. Огрызко Е.В. Современное состояние и пути развития отечественной медицинской статистики/ Ю.В.Михайлова, С.А.Леонов, И.М.Сон, Э.И.Погорелова, Э.М.Секриеру, Д.Ш.Вайсман, Е.В.Огрызко, А.А.Савина, В.Г.Утка, Т.М. Максимова, Н.П.Лушкина, Н.А.Барабанова, В.А.Белов, А.Г. Роговина //Сборник научных трудов ФГУ «ЦНИИОИЗ Роздрава» «Новые технологии в современном здравоохранении». Специальное приложение. М.:РИО ЦНИИОИЗ-2007-36с.

42. Огрызко Е.В. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999-2006гг.) / И.Я.Гуревич, В.Б.Голанд, И.М.Сон, С.А.Леонов, Е.В.Огрызко//М.: ИД «Медпрактика - М». 2007. 572с.

43. Огрызко Е.В. Основные замечания к годовым отчетам по медицинской статистике. / Е.В.Огрызко // Социальные аспекты здоровья населения[Электронный научный журнал].2007. №3. Том 3.URL: [http : // vestnik.mednet.ru/content/view/37/30/ /lang,ru/](http://vestnik.mednet.ru/content/view/37/30/lang,ru/).

44. Огрызко Е.В. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости новообразованиями кожи и организации медицинской помощи больным в Российской Федерации в 2000-2006гг. / Е.В. Огрызко, М.А.Иванова, В.Н.Волгин, Р.М.Ялхороева// Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2007. №4. Том4. URL: [http : // vestnik.mednet.ru/content/view/44/30/lang,ru/](http://vestnik.mednet.ru/content/view/44/30/lang,ru/).

45. Огрызко Е.В. О некоторых особенностях травматизма в Российской Федерации. / С.А.Леонов, Е.В.Огрызко, Н.М.Зайченко//Социальные аспекты здоровья населения. [Электронный научный журнал]. 2009. №3. Том11. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/143/30/lang.ru/> .

46. Огрызко Е.В. Динамика заболеваемости в Российской Федерации. /В подготовке Атласа принимали участие: О.В.Бесменская, А.Г.Вишневский, М.А.Гаджинская, Т.В.Жукова, О.А.Козырев, А.А.Кубанова, С.А.Леонов, А.А.Мартынов, Ю.В.Михайлова, Е.В.Огрызко, В.И.Перхов, В.И.Сакевич, И.В.Самородская, И.М. Сон, В.И.Стародубов, И.Н.Ступаков, Е.М.Щербакова // Здоровье России: Атлас Под редакцией Л.А. Бокерия. Изд. 5-е. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2009. С31-47.

47. Огрызко Е.В. Современное состояние службы медицинской статистики/ Е.В.Огрызко// «XI Ежегодная специализированная конференция и выставка «Информационные технологии в медицине». /Материалы конференции. Официальный каталог./ М.: «Консэф». 2010. С.36-38 .