

Значение качества и достоверности медицинской статистической информации для здравоохранения

**Леонов Сергей Алексеевич
доктор медицинских наук, профессор
ФГБУ «ЦНИИОИЗ»**

Медицинская статистика

1. Статистика здоровья – это совокупность количественных сведений о состоянии здоровья (человека, групп или всего населения).

Статистика здоровья включает:

- статистику заболеваемости (амбулаторно-поликлинической и госпитальной);**
- статистику смертности.**

2. Статистика здравоохранения – это совокупность количественных сведений о ресурсах здравоохранения, о лечебной, профилактической, организационной деятельности медицинских организаций, о качестве оказания медицинской помощи.

Медицинская статистика изучает также некоторые показатели демографической статистики (рождаемость, смертность и т.д.)

Медицинская статистика основана на единичной причине.

Статистика заболеваемости – на «основном состоянии», в качестве которого должна быть указано только одно заболевание (МКБ-10, том 2, стр. 107)

Статистика смертности – на первоначальной причине смерти (МКБ-10, том 2, стр. 34)

Основные задачи, стоящие перед медицинской статистикой:

1. Организация единого подхода к сбору и обработке медико-статистической информации;
2. Оптимизация и сокращение учетных и отчетных форм медицинской документации;
3. Обеспечение качества и достоверности сведений в учетной и отчетной документации;
4. Анализ медико-статистической информации о состоянии здоровья населения и деятельности различных типов медицинских организаций;
5. Организация обучения медицинских работников по вопросам медицинской статистики и международной классификации болезней 10-го пересмотра;
6. Обеспечение медико-статистической информацией руководителей всех уровней;
7. Подготовка статистических материалов, аналитических обзоров и официальных докладов о деятельности медицинских организаций, а также о состоянии здоровья населения и влияющих на него факторов;
8. Разработка и внедрение новых технологий обработки медико-статистических данных в работу подразделений медицинской статистики с использованием современных компьютерных технологий и телекоммуникационных связей.

Служба медицинской статистики представлена в субъектах Российской Федерации врачами-статистиками и медицинскими статистиками со средним медицинским образованием.

В обязанности работников службы медицинской статистики входит контроль за ведением первичной учетной медицинской документации и формирование отчетности федерального и отраслевого статистического наблюдения.

При неправильном оформлении учетной медицинской документации врачом-статистиком или медицинским статистиком эта документация не может быть принята в статистическую разработку и должна быть возвращена врачу для переоформления.

Если код МКБ-10 не соответствует формулировке диагноза, этот код должен быть исправлен врачом-статистиком или медицинским статистиком.

Качество и достоверность **статистики амбулаторно-поликлинической заболеваемости** зависит от правильности заполнения следующей первичной медицинской документации:

- уч. форма № 025-1/у «Талона пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;
- уч. форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях».

Качество и достоверность **статистики госпитальной заболеваемости** зависит от правильности заполнения следующей первичной медицинской документации:

- уч. форма № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях»;
- у. форма № 066/у «Статистическая карта выбывшего из медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях».

Важным для обеспечения качества и достоверности статистики заболеваемости и смертности являются:

1. Правильное формулирование заключительного рубрифицированного диагноза (разбитого на разделы).

Общепринятые разделы диагноза следующие:


- ***основное заболевание;***
- ***осложнения основного заболевания;***
- ***фоновое заболевание;***
- ***конкурирующее заболевание;***
- ***сопутствующие заболевания.***

В качестве основного заболевания записывается только одна нозологическая единица.

2. Обеспечение правильного кодирования, при котором код МКБ-10 должен полностью соответствовать формулировке заключительного диагноза

Качество и достоверность **статистики смертности** зависит от правильности заполнения следующей первичной медицинской документации:

- уч. форма № 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти»;
- уч. форма № 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти»;
- уч. форма № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях»;
- уч. форма № 003/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в стационарных условиях»;
- уч. форма № 013/у «Протокол патологоанатомического вскрытия»;
- уч. форма № 171/у «Акт судебно-медицинского исследования трупа».



Статистика смертности основана на концепции «первоначальной причины смерти», которая была одобрена на Международной конференции по Шестому пересмотру в Париже в 1948 году.

Первоначальная причина смерти – это:

- **болезнь или травма, вызвавшая цепь событий, непосредственно приведших к смерти**
- **обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму**

Функции кодирования и выбора первоначальной причины смерти возложены на врачей (приказ Минздрава Российской Федерации от 04.12.1996 г. № 398).

Ручное оформление медицинских свидетельств о смерти приводит к ошибкам заполнения, кодирования и выбора первоначальной причины смерти.

Ошибки могут достигать 60% и более, что влияет на качество и достоверность статистической информации о смерти.

Пути исправления ситуации:

- 1. Обучение врачей**
- 2. Внедрение автоматизированных систем**


**ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт
организации и информатизации здравоохранения»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**проводит выездные циклы тематического усовершенствования
по теме:**

**«Использование МКБ – 10 для кодирования заболеваемости
и смертности», рассчитанные на 72 учебных часа.**

**Занятия включают в себя теоретические и практические занятия
с использованием учебной компьютерной программы.**


**В качестве методического пособия используется
«Руководство по использованию международной классификации
болезней в практике врача».**



Во многих странах мира для повышения качества и достоверности статистики заболеваемости и смертности применяются автоматизированные системы.

В Российской Федерации в ряде субъектов используется автоматизированная система регистрации смертности.

Эта система позволяет кодировать все записанные состояния в автоматизированном режиме и автоматически выбирать первоначальную причину смерти в строгом соответствии с правилами МКБ-10.



Для определения достоверности статистической информации используют международные сопоставления.

Международные сопоставления имеют смысл, если в стране используются единые принципы сбора, обработки, кодирования статистической информации, а в случае смерти – выбора первоначальной причины смерти в строгом соответствии с правилами МКБ-10, желательно с помощью автоматизированных систем.

Во всех автоматизированных системах используется блок автоматического выбора первоначальной причины смерти (АСМЕ), который является международным стандартом.

Класс IX «Болезни системы кровообращения»

Состояния из этого класса занимают первое место в структуре смертности, поэтому очень важно, чтобы они были достоверными.

Показатель смертности (SDR) от болезней системы кровообращения в Российской Федерации в 2012 году составил **585,9** на 100 тыс. населения; Евросоюз (2011) – **212,0**; Финляндия – **203,7**; Германия – **196,6**; Израиль – **117,8**; Норвегия – **147,0**; Великобритания (2010) – **164,2**; США (2010) – **254,1**.

Ишемические болезни сердца

Показатель смертности (SDR) от ишемических болезней сердца в Российской Федерации в 2012 году составил **312,5**; Евросоюз (2011) – **77,9**; Финляндия – **111,7**; Германия – **75,1**; Израиль – **49,4**; Великобритания (2010) – **77,3**; Норвегия – **59,2**; США (2010) – **122,9**.

Цереброваскулярные болезни

Показатель смертности от цереброваскулярных болезней в Российской Федерации также превышает показатели в ряде европейских стран. Так, в 2012 году этот показатель составил **176,0**; Евросоюз (2011) – **49,9**; Финляндия – **42,5**; Германия – **33,5**; Израиль – **27,7**; Великобритания (2010) – **42,1**; США (2010) – **41,9**.

Класс XVIII «Симптомы, признаки и отклонения от нормы»

Состояния из этого класса должны выбираться в качестве первоначальной причины смерти как можно реже.

В Российской Федерации в основном статистика симптомов формируется за счет состояния «старость» (R54) и неуточненных причин смерти (R99).

По данным Росстата доля «старости» в 2012 году в Российской Федерации составила 61,2%, доля неуточненных причин – 37,7%.

Показатель смертности от симптомов входит в оценку ВОЗ по проверке достоверности данных о смертности

и, хотя число случаев смерти от симптомов не превышает рекомендованных ВОЗ величин (менее 10% в возрасте 65 лет и старше и менее 5% в возрасте до 65 лет), тем не менее показатель смертности от симптомов (SDR) в Российской Федерации

в 2012 году составил **75,4** на 100 тыс. населения

Для сравнения: Европа, 2012 – **25,1**;

США, 2010 – **12,4**.

**Структура смертности по основным классам МКБ-10,
занимающим ведущие места среди причин смерти (%)
при международных сопоставлениях**

Классы МКБ-10	Российская Федерация (2012)	Евро- союз	Германия	Израиль	Италия	США
Новообразования	15,3	29,0	29,5	29,9	34,1	23,3
Болезни эндокрин- ной системы	0,6	2,6	3,3	7,4	4,2	3,1
Болезни системы кровообращения	55,4	36,3	35,8	24,3	24,5	31,6
Болезни органов дыхания	3,7	7,0	8,5	7,0	5,8	9,6
Болезни органов пищеварения	4,7	5,0	5,2	3,4	4,2	2,9
Симптомы	5,7	3,6	3,2	5,1	1,6	1,6
Внешние причины	10,2	6,1	5,0	5,3	5,4	10,9
Все причины	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

От соблюдения единых правил сбора, обработки медико-статистических данных, их кодирования, а в случаях смерти – выбора первоначальной причины смерти в соответствии с правилами МКБ-10, зависит достоверность получаемых данных, что позволяет принимать адекватные управленческие решения по улучшению организации здравоохранения, корректировке сети и штатов, а также реализовывать профилактические программы, направленные на снижение заболеваемости и смертности населения



Спасибо за внимание!