



Департамент
здравоохранения
города Москвы



НИИ
ОРГАНИЗАЦИИ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И МЕДИЦИНСКОГО
МЕНЕДЖМЕНТА



СТАТИСТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ

Материалы Второго съезда
медицинских статистиков Москвы

Москва

8–9 октября 2020 г.



ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА МОСКВЫ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ»

СТАТИСТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ

Материалы Второго съезда
медицинских статистиков Москвы

Москва
8–9 октября 2020 г.

Москва
2020

УДК 31
ББК 60.6
С78

С78 **Статистика здравоохранения нового времени: Материалы Второго съезда медицинских статистиков Москвы. Москва, 8–9 октября 2020 г. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020. – 106 стр.**

ISBN 978-5-907251-97-7

Сборник содержит краткие версии докладов, представленных на Втором съезде медицинских статистиков Москвы «Статистика здравоохранения нового времени». Обозначена связь качества и достоверности предоставляемой статистической информации с реализацией национальных проектов в сфере здравоохранения, принятых Правительством РФ. Выделена роль медицинской статистики в информационной инфраструктуре цифровой медицины России. Особое внимание уделено проблемам открытости статистической информации и ее корректной интерпретации во внешней среде. В сборнике представлен региональный и межведомственный опыт работы со статистической информацией в здравоохранении.

Материалы расположены по алфавиту в соответствии с фамилией первого автора.

Издание подготовлено для специалистов служб медицинской статистики всех уровней, организаторов здравоохранения, руководителей медицинских организаций, государственных служащих, экспертов, специалистов в области информационных технологий в сфере здравоохранения, представителей научного и образовательного сообщества.

УДК 31
ББК 60.6

ISBN 978-5-907251-97-7

© Коллектив авторов, 2020
© ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Ашанина Н. Н., Железова А. А., Хвостиков А. В. Региональная система медицинской статистики Пензенской области, перспективы развития.....	7
Баталова Н. Е. Медицинский статистик со средним специальным образованием – массовая специальность для устранения кадрового дефицита	9
Башков И. О. Практическая польза цифрового контура здравоохранения: переход к аналитике на основе первичных данных	12
Белиловский Е. М., Богородская Е. М., Котова Е. А. Объединение потоков данных в системе мониторинга противотуберкулезной службы Москвы	16
Богдан И. В. «Субъективная» социология и «объективная» статистика: в поисках оптимального взаимодействия при управлении здравоохранением (опыт ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»).....	20
Гордеева А. В. Организация работы статистической службы с использованием ГИСЗ региона.....	23
Гребенкина Е. В., Шадрова О. В. Создание единой информационно-аналитической системы «Канцер-регистр» в Нижегородской области.....	26
Зайратьянц О. В., Полянко Н. И., Каниболоцкий А. А. Обеспечение достоверных статистических данных по смертности в Москве в связи с новой коронавирусной инфекцией	28

Зубов Е. В. Единая информационная система здравоохранения Пермского края как цифровая основа экосистемы охраны здоровья населения региона.....	30
Козерод С. Ю. Большие данные как инструмент предиктивной медицины.....	33
Корогод М. А., Редько А. Н., Рубцова И. Т. Анализ качества заполнения медицинских свидетельств о смерти и выбора причин смерти на основе единого цифрового контура системы здравоохранения Краснодарского края.....	34
Короткова А. В., Гурьянова Н. Е. Аккредитация медицинских учреждений как механизм управления качеством медицинской помощи	38
Кудрина В. Г. Кадры медицинской статистики: правовые основы деятельности в современном здравоохранении.....	41
Латышова А. А. Некоторые вопросы организации работы отделов (кабинетов) медицинской статистики медицинских организаций.....	44
Мурашко Р. А., Степанова Л. Л., Тесленко Л. Г., Кошкаров А. А. Информационное взаимодействие и поддержка как основа процессного подхода к управлению региональным противораковым проектом.....	47
Некрутов А. В., Ильин А. О., Хмельницкий К. Е. Цифровые технологии мониторинга и анализа показателей деятельности медицинских учреждений, оказывающих специализированную неотложную хирургическую помощь детям	53
Новокрещенова И. Г., Чунакова В. В. Проблемы учета граждан предпенсионного возраста, подлежащих диспансеризации.....	57
Петров А. В. Как навести порядок в данных для сети медицинских лабораторий?.....	60

Погонченкова И. В., Антонова О. В. Координационный центр как эффективный инструмент взаимодействия в социальной сфере	63
Подчернина А. М. Статистика Москвы – 2020, обновление	66
Полищук Н. С. Автоматизация сбора отчетных форм на примере службы лучевой диагностики	69
Пономаренко А. Н. Методологическое обеспечение подготовки медицинских статистиков	72
Потемкина Н. В. Медицинская статистика – современный подход к непрерывному медицинскому образованию и цифровая трансформация	75
Редько А. Н., Рубцова И. Т., Хан В. Р. Мониторинг трудоустройства выпускников медицинского вуза: проблемы и перспективы	77
Серов Д. В., Дегтярев М. К. Опыт учета инфекционной заболеваемости в условиях городской поликлиники	80
Симаков О. В. Реализация межведомственного электронного документооборота на примере обмена документами между медицинскими организациями и федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы и перспективы использования технологии искусственного интеллекта	82
Сонголова Е. Н. Контроль учета ЭКО по ОМС	84
Томилин А. А., Новожилова О. Л., Мельниченко О. О. Анализ работы кабинетов профилактики злокачественных новообразований кожи и центра неинвазивной диагностики кожи ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» по раннему выявлению злокачественных новообразований кожи	87

Троцанский Д. В., Стрельцова И. Ю. 200 дней COVID: практика городской клинической больницы № 40	91
Улумбекова Г. Э. Открытые данные в здравоохранении – проблемы и предложения	93
Черкасов С. Н. Новые подходы к формированию информации о состоянии здоровья населения	94
Черняков Е. В. Единый городской диспетчерский центр скорой и неотложной медицинской помощи – наиболее эффективная модель организации единого информационного пространства по оказанию медицинской помощи населению столичного мегаполиса	95
Шурыгина Н. В. Как обеспечить качество и достоверность статистического учета в медицинской организации	98
Язенок А. В., Алексеев П. С., Иванова А. А., Шеина Д. С. Учет медицинских свидетельств о рождении и смерти в Санкт-Петербурге в период пандемии COVID-19	101

Ашанина Н.Н., главный врач ГБУЗ МИАЦ Пензенской области
Железова А.А., заместитель главного врача
Хвостиков А.В., начальник управления информатизации

ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»
Пензенской области, г. Пенза

РЕГИОНАЛЬНАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ ПЕНЗЕНСКОЙ ОБЛАСТИ, ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

В Пензенском регионе на протяжении последних 10 лет используется централизованная информационная система сбора статистических сведений. Сбор статистических сведений осуществляется в информационно-аналитической системе «Барс.Web-Своды». Все медицинские организации Пензенской области обеспечены доступом к данной системе. На данном информационном ресурсе накоплен большой сегмент отчетных форм, мониторингов, оперативных сводок в электронном виде, что позволяет делать ретроспективные статистические выборки, проводить анализ текущего состояния и, при необходимости, прогнозировать развитие отрасли на краткосрочную и среднесрочную перспективу.

Особенно актуальными ретроспективные и прогностические сведения стали в ходе реализации национальных проектов, а также при разработке региональной программы модернизации первичного звена.

В Пензенской области также выстроена система сбора статистических сведений в проактивном режиме – режиме реального времени по запросам органов управления здравоохранением, контролирующим и надзорным органов.

Основным источником проактивных статистических сведений является государственная информационная система в сфере здравоохранения Пензенской области, построенная на основе медицинской информационной системы «ПроМед».

Функционал системы «ПроМед» позволяет формировать государственную статистическую отчетность в соответствии с формами федерального статистического наблюдения, а также выполнять произвольные мониторинги показателей заболеваемости и смертности населения области, работы коечного фонда и других показателей в режиме реального времени.

Статистика, основанная на первичном медицинском документе, априори является более точной, а значит, при анализе и принятии последующего управленческого решения будет выбрано более взвешенное.

Также в практике статистиков МИАЦ присутствует методология сквозного контроля и выборки статистических показателей – для верификации предоставляемых медицинскими организациями сведений при выборочной сверке с информацией из электронной первичной медицинской документации в системе «ПроМед». Данные сверки значительно повышают достоверность статистической информации.

Доступность первичной медицинской документации статистикам МИАЦ позволила оперативно мониторировать заболеваемость и смертность от коронавирусной инфекции в ежедневном формате. В условиях пандемии оперативная информация об умерших пациентах от коронавирусной инфекции и пневмоний очень востребована на уровне органов исполнительной власти субъекта и Российской Федерации.

Работа системы здравоохранения в современных условиях показала важность обладания достоверной статистической информацией на всех уровнях управления.

Использование медицинской информационной системы открывает неограниченные возможности формирования отчетов на разноплановые запросы. Полнота и достоверность информации возможна только при качественном заполнении первичной медицинской документации, что зависит от уровня подготовки врача.

В обучающие модули в медицинских вузах и в программах непрерывного медицинского образования необходимо включать работу с медицинскими информационными системами.

Баталова Н.Е., заместитель директора по учебной работе

ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж № 1», г. Москва

МЕДИЦИНСКИЙ СТАТИСТИК СО СРЕДНИМ СПЕЦИАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ – МАССОВАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА

В современной системе здравоохранения средний медицинский персонал остается важнейшей составной частью, располагающей значительными кадровыми ресурсами. Обеспеченность системы здравоохранения квалифицированными медицинскими кадрами является важным условием, определяющим доступность и качество медицинской помощи населению.

В докладе «Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.», подготовленном Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), упоминается множество достижений в области развития сестринского дела, но наряду с этим отмечается сохранение неравенства в обеспеченности населения сестринскими кадрами, а в Европейском регионе – значительное превышение среднего возраста сестринских кадров по сравнению с другими странами.

В Российской Федерации кадровая политика также направлена на устранение кадрового дефицита и дисбалансов в отрасли по ряду специальностей.

В структуре кадрового состава службы медицинской статистики Российской Федерации по состоянию на 01.01.2020 из 10 967 занятых физических лиц – 72 % (7 904 чел.) составляют лица со средним профессиональным образованием. При этом около 60 % медицинских статистиков имеют специальность медицинской сестры, 30 % – фельдшера и примерно 10 % – акушерки. Обеспеченность врачами-статистиками по Российской Федерации в среднем составляет 0,20 на 10 000 населения, тогда как обеспеченность медицинскими статистиками – 0,56. Важнейшим аспектом планирования медицинских кадров является знание их возрастного состава. 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 всего 4,4 %.

Удовлетворение потребности здравоохранения в специалистах среднего звена тесно связано с профессиональной подготовкой и трудоустройством этих специалистов.

Медицинский колледж № 1 является одной из шести образовательных организаций Департамента здравоохранения города Москвы, осуществляющих подготовку специалистов со средним медицинским образованием.

В соответствии с задачами по обеспечению кадровой политики в здравоохранении колледж использует комплекс мер, направленный на работу со школьниками, студентами, выпускниками.

Основной целью в работе с обучающимися школ является содействие их своевременному и успешному профессиональному самоопределению. На протяжении нескольких лет колледж участвует в реализации проекта «Медицинский класс в московской школе». В 2019–2020 учебном году в рамках проекта 876 старшеклассников освоили программу профессионального обучения по должности «Младшая медицинская сестра по уходу за больными». Кроме этого, колледж имеет положительный опыт по подготовке юниоров к участию в чемпионате профессионального мастерства по стандартам WorldSkills Russia по компетенции «Лабораторный медицинский анализ».

Среди основных задач в части подготовки среднего медицинского персонала – выпуск достаточного количества специалистов и обеспечение их высокого образовательного уровня. Так, выпуск обучающихся в 2019 году по специальности «Сестринское дело» составил 306 человек, из которых трудоустроились в медицинские организации – 57 %, по специальности «Лабораторная диагностика» из 232 выпускников трудоустроились 125 человек (54 %), показатель трудоустройства по специальности «Лечебное дело» – 46 %. Следует заметить, что определенная часть выпускников не трудоустроивается по причинам поступления в учреждения высшего образования, службы в рядах Российской армии, отпуска по уходу за детьми. Эта категория составляет примерно 15 % от общего количества выпускников.

Сегодня для эффективной подготовки специалистов среднего звена колледж использует следующие механизмы:

- улучшение материально-технической базы: оснащение кабинетов симуляционным оборудованием для проведения учебной практики, квалификационных экзаменов, профессиональных конкурсов, подготовки к аккредитации;
- систематическое повышение квалификации преподавателей, в том числе проведение стажировок в медицинских организациях для преподавателей профессиональных модулей;
- повышение роли работодателей в вопросах трудоустройства выпускников:

организация производственной практики по профилю специальности и преддипломной на базах ведущих медицинских организаций, проведение ярмарок вакансий, профессиональных конкурсов;

- в целях подготовки конкурентоспособных специалистов колледж предоставляет возможность студентам выпускных групп параллельно с получением среднего профессионального образования осваивать дополнительные профессиональные программы. Так, по запросу Департамента здравоохранения города Москвы в 2019–2020 гг. выпускники специальности «Сестринское дело» освоили программы профессиональной переподготовки по специальностям: «Сестринское дело в педиатрии», «Общая практика», «Рентгенология», «Анестезиология и реаниматология», «Операционное дело». Фельдшера получили дополнительную специальность «Скорая и неотложная помощь», медицинские лабораторные техники – «Бактериология» и «Гистология».
- организация первичной аккредитации специалистов. Колледж как профессиональная образовательная организация, обладающая определенным материально-техническим оснащением, является аккредитационной площадкой по реализуемым специальностям. Проведение первичной аккредитации осуществляется сразу после окончания колледжа, что позволяет также быстро ликвидировать дефицит кадров и обеспечить приток молодых специалистов в отрасль.

Таким образом, сегодня многое делается для повышения эффективности подготовки специалистов среднего звена, но еще больше необходимо сделать для закрепления их в отрасли.

Башков И.О., руководитель отдела продаж и развития компании направления «Здравоохранение»

Компания «Нетрика», г. Санкт-Петербург

ПРАКТИЧЕСКАЯ ПОЛЬЗА ЦИФРОВОГО КОНТУРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПЕРЕХОД К АНАЛИТИКЕ НА ОСНОВЕ ПЕРВИЧНЫХ ДАННЫХ

Проект по созданию Единого цифрового контура в сфере здравоохранения на основе ЕГИСЗ является составной частью национального проекта «Здравоохранение». Проект предусматривает внедрение медицинских информационных систем, обеспечивающих взаимодействие с ЕГИСЗ, в 100 % медицинских организаций государственной и муниципальной форм собственности до 2024 года.

Таким образом, через четыре года большинство данных, которые лежат в основе статистической отчетности, будут доступны в электронном виде. Это позволит перейти от традиционного подхода к формированию отчетности на основе фиксированных шаблонов статформ к построению аналитических и статистических отчетов на основе первичных данных.

Каковы основные недостатки отчетности на основе форм?

1. ДОСТОВЕРНОСТЬ

Отчетность формируется частично или полностью вручную. При ручном формировании отчетов возможны ошибки, опечатки или непреднамеренное искажение информации. Проверить достоверность подаваемых в таком формате данных сложно, так как первичные данные, на основе которых сформирован тот или иной показатель, труднодоступны или отсутствуют в электронном виде. Эти недостатки приводят к утрате доверия к официальной статистике со стороны как граждан, так и медицинского сообщества.

2. СОПОСТАВИМОСТЬ

Так как учетные формы содержат агрегированные показатели, не всегда ясно, как именно был рассчитан тот или иной показатель и как он соотносится с данными из другого отчета.

3. ДЕТАЛИЗАЦИЯ

Нет возможности развернуть укрупненный показатель до конкретного врача, пациента или случая обслуживания. Отчеты на основе форм дают возможность увидеть проблему (например, превышение определенного показателя), но не помогают выявить причину.

4. ГИБКОСТЬ

Разработка нестандартного отчета требует времени и дополнительных затрат. Быстро модифицировать отчетность, собранную на основе статформ, невозможно.

Переход к отчетности на основе первичных данных способен устранить эти недостатки – повысить качество и достоверность данных, расширить возможности применения аналитических отчетов для управления отраслью, сэкономить время и ресурсы системы здравоохранения за счет автоматизации обработки данных.

Что нужно сделать для перехода к подготовке отчетности на основе первичных данных?

1. Нужно обеспечить наличие первичных данных в электронном виде. Эта задача будет выполнена в рамках проекта по созданию ЕЦК до 2024 года. Уже сейчас во всех регионах внедрено множество информационных систем, накапливающих большое количество первичных данных, которые могут дополнить, а в перспективе – полностью заменить данные, собранные вручную или с помощью разрозненных Excel таблиц.
2. Должна быть возможность получать первичные данные из нескольких информационных систем-источников.
3. Данные должны быть измеримы, прозрачны и достоверны. Для этого используются специализированные инструменты очистки и обработки данных.
4. Нужно внедрить аналитическую информационную систему. Такая система должна быть специально спроектирована для работы с большими объемами данных, иметь широкие возможности визуализации и возможность формирования отчетов в «конструкторе» – визуальном интерфейсе, не требующем знания языков программирования.

Результаты перехода к отчетности на основе первичных данных:

1. Повышение качества и достоверности информации.
2. Снижение времени и трудозатрат на формирование отчетности.
3. Возможность проведения глубокого многофакторного анализа данных с возможностью детализации до любого уровня: врача, пациента, случая обслуживания.
4. Возможность поиска причин отклонений и взаимосвязей между показателями.
5. Возможность формирования отчетности на основе данных из множества информационных систем.

ПРИМЕРЫ АНАЛИТИЧЕСКИХ ОТЧЕТОВ НА ОСНОВЕ ПЕРВИЧНЫХ ДАННЫХ, СОЗДАННЫХ С ПОМОЩЬЮ «НЗ.АНАЛИТИКА»

1. Анализ данных региональной подсистемы «Обмен данными лабораторных исследований»:
 - Анализ загруженности лабораторий и оборудования.
 - Мониторинг качества заполнения заявок на лабораторные исследования.
 - Анализ потоков направлений на лабораторные исследования.
 - Динамика показателей лабораторных анализов с детализацией до пациента.
 - Мониторинг перехода на электронный документооборот в области данных лабораторных исследований.

РАЗДЕЛЫ ФОРМЫ № 30 В ЧАСТИ ОБЪЕМОВ ПРОВОДИМЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

2. Анализ данных региональной подсистемы «Управление потоками пациентов»:
 - Анализ доступности медицинской помощи и соблюдения сроков ожидания записи на прием к врачу с возможностью детализации до района, населенного пункта, медицинской организации, специальности врача.
 - Анализ объемов дистанционной записи на прием к врачу.

3. Мониторинг ключевых показателей выполнения проекта по созданию ЕЦК в сфере здравоохранения. Отчет позволяет проводить регулярный мониторинг ключевых показателей ЕЦК и отслеживать их динамику. Отчет позволяет перейти от общих показателей к первичным данным и определить, с какими медицинскими организациями нужно работать для достижения целевого значения показателей.
4. Формирование отчетности по COVID-19 на основе данных ИЭМК в разрезе диагнозов и динамики лечения.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Зайченко Н.М., Лебедев Г.С. Некоторые проблемы медицинской отчетности и пути их решения // Социальные аспекты здоровья населения. – 2013. – Т. 34. – № 6. – С. 7.
2. Какорина Е.П., Огрызко Е.В. Некоторые проблемы медицинской статистики в Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 6. – С. 40
3. Гусев А.В. Управление здравоохранением давно пора модернизировать // сайт компании К-МИС. – 2017. – www.kmis.ru/blog/meditsinskaia-statistika-nuzhdaetsia-v-razvitiit/
4. Зверева Я. Потерянные миллионы графоклеток // 2017 – ИКС № 09-10 2017- www.iksmedia.ru/articles/5448624-Poteryannye-milliony-grafokletok.html
5. Веб-сайт решения «НЗ.Аналитика»: www.netrika.ru/solution/bi

Белиловский Е.М., к. б. н., заведующий отделом эпидемиологического мониторинга туберкулеза

Богородская Е.М., д. м. н., профессор, директор Центра

Котова Е.А., к. м. н., заместитель директора по развитию

ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

ОБЪЕДИНЕНИЕ ПОТОКОВ ДАННЫХ В СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ МОСКВЫ

Москва является одним из самых благополучных субъектов Российской Федерации по туберкулезу. В то же время в столичном мегаполисе жизнь протекает в условиях высокой плотности населения и значительного уровня внешней и внутренней миграции. Это определяет риск быстрого распространения инфекционного заболевания, включая туберкулез, что происходит в случае недостаточного внимания к вопросам профилактики, своевременного выявления, диагностики и лечения заболевания и отсутствия эффективной системы мониторинга, обеспечивающей сбор достоверной информации в необходимом объеме, оперативную и долговременную оценку и анализ данных.

Эти обстоятельства накладывают определенные требования к организации системы мониторинга туберкулеза (СМТ) в столице, которую необходимо реализовывать в условиях:

- обработки значительного объема информации по туберкулезу, соизмеримому суммарному потоку данных нескольких субъектов России,
- компактного расположения на ограниченной территории большого числа противотуберкулезных учреждений – окружных филиалов МНПЦ борьбы с туберкулезом, каждый из которых обслуживает население около 1 миллиона жителей, в которых формируют собственные территориальные базы данных,
- давления внутригородской и внешней миграции и наличия в мегаполисе большого числа бездомных и больных туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ/ТБ).

При реализации систем мониторинга необходимо также учитывать, что туберкулез является длительно протекающим инфекционным заболеванием. Борьба с туберкулезом подразумевает целый ряд разнонаправленных мероприятий: профилактику, диагностику, выявление и лечение заболевания, включая ведение больных с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (МЛУ МБТ) и больных ВИЧ/ТБ, анализ смертности, слежение за группами риска и реабилитацию выздоровевших больных. Каждое это направление характерно своими информационными потоками, ответственными лицами, учетными формами и индикаторами эффективности.

В настоящее время в г. Москве действует одна из наиболее развитых среди субъектов РФ организационных структур, осуществляющих мониторинг туберкулеза. В ГБУЗ «Московский НПЦ борьбы с туберкулезом ДЗМ» (МНПЦ БТ) реализацию этого направления осуществляет отдел эпидемиологического мониторинга туберкулеза с участием организационно-методического отдела.

В городе во всех 13 окружных филиалах и структурных подразделениях МНПЦ БТ действуют кабинеты мониторинга с квалифицированными сотрудниками, которые ведут электронные регистры, включающие информацию о более чем 90 000 пациентов, состоящих и состоявших на учете в основных группах диспансерного наблюдения с 1996 г. Эту информацию ежеквартально собирают в МНПЦ БТ в общегородской регистр. Регистр также включает данные о регистрации и проведении лечения на основе когортного анализа, сведения о сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ и МЛУ МБТ. Отдельно в Центре поддерживают регистр случаев смерти больных туберкулезом от различных причин, произошедших на территории города, – около 9000 случаев смерти с начала 2000 годов.

Развитие СМТ в г. Москве осуществляется по следующим направлениям:

1. Совершенствование информационных и программных структур регистров, включая системы учета и отчетности. В МНПЦ БТ совместно с ФГБУ «ЦНИИОИЗ» и ООО «Элекардмед» (г. Томск) разработана гибкая система управления базами медицинских данных (СУБМД) «Барклай СВ», позволяющая без участия программистов создавать регистры для различных задач, структура которых подстраивается под изменения статистических форм, нормативных положений и требований практики. СУБМД позволяет создавать и оперативно модифицировать иерархические системы сбора и обработки полицевых данных, посредством которых можно осуществлять анализ и произвольную выборку данных, создание отчетов для организационных и территориальных образований любого уровня за произвольные интервалы времени, экспорт данных для обработки во внешних системах статистической обработки информации, проводить объединение и совместную обработку данных нескольких регистров.

2. Совершенствование аналитической компоненты СМТ, с целью обеспечения оперативного и долговременного анализа данных, и отчетности не только по показателям процесса, но и по показателям результата. Анализ и обработку данных проводят на всех уровнях работы СМТ, включая уровень ввода информации (диспансерный участок, окружной филиал), что обеспечивает заинтересованность в эффективной работе с СМТ, что гарантирует необходимое качество вводимых данных.

Разработанная СУБМД позволяет оперативно корректировать информационную структуру в соответствии с новыми аналитическими задачами, возникающими при изменении эпидситуации или возникновении иных вызовов (например, пандемия COVID-19).

Ежегодно МНПЦ БТ выпускает подробный аналитический обзор по результатам работы СМТ.

3. Интеграция действующих регистров в рамках одного субъекта (с Федеральным регистром больных туберкулезом, АИС «ОРУИБ» и др.).
4. Интеграция регистров мониторинга в рамках соседних экономически и миграционно связанных субъектов РФ. В настоящем совместно с Московским областным клиническим противотуберкулезным диспансером реализуется создание кластера Москва – Московская область с использованием разработанной СУБМД, единого альбома учетных документов и протокола обмена информацией.

Таким образом, благодаря проводимым мероприятиям и разработкам в настоящее время идет процесс совершенствования СМТ, объединения, интеграции и оперативного и долговременного анализа разноплановых информационных потоков в рамках фтизиатрической службы города.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Богородская Е.М. Противотуберкулезная работа в г. Москве. Особенности мегаполиса // Туберкулез и социально значимые заболевания – № 1. – 2013 г. – с. 3.
2. Фтизиатрия. Национальное руководство / Под ред. М.И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР МЕДИА, 2007. – 506 с.
3. Противотуберкулезная работа в городе Москве. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, 2018 г. // Под ред. д. м. н. Е.М. Богородской, акад. РАН В.И. Литвинова, к. б. н. Е.М. Белиловского. – М.: МНПЦБТ, 2019 г. – 218 с.
4. Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Рыбка Л.Н. Мониторинг туберкулеза в городе Москве и перспективы его развития // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – № 1. – 2017 г. – с. 4-13.
5. Богородская Е.М., Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Сельцовский П.П., Рыбка Л.Н., Чижова О.В., Андрюхина Г.Я. Мониторинг смертности больных от туберкулеза в городе Москве // Туберкулез и социально-значимые заболевания. – № 5. – 2016 г. – с. 3-19.
6. Белиловский Е.М., Котова Е.А., Сеницын М.В., Чижова О.В., Данилова И.Д., Рыбка Л.Н. Система слежения за больными сочетанной ВИЧ/туберкулез инфекцией в городе Москве // Московская медицина, спец. выпуск № 1, ноябрь 2016 г., стр. 84.

Богдан И.В., к. п. н., начальник отдела медико-социологических исследований

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

«СУБЪЕКТИВНАЯ» СОЦИОЛОГИЯ И «ОБЪЕКТИВНАЯ» СТАТИСТИКА: В ПОИСКАХ ОПТИМАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРИ УПРАВЛЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ (ОПЫТ ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»)

В управлении здравоохранением принято опираться преимущественно на данные объективных наблюдений, минимизирующие субъективность. Однако и субъективные данные, например, информация о мнении сотрудников или получателей услуг, могут быть успешно использованы в управлении здравоохранением, в т. ч. в комбинации с объективным наблюдением. Опыт ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» (далее – НИИ) предлагает ряд кейсов, которые демонстрируют успешное взаимообогащение «субъективной» социологии и «объективной» статистики/наблюдения.

1. ВЫЯВЛЕНИЕ НАПРАВЛЕНИЙ ДЛЯ СТАТИСТИЧЕСКОГО АУДИТА

В ходе аудита многопрофильного стационара сотрудниками НИИ социологические методы были использованы для экспресс-диагностики проблемных областей организации. В частности, социологические данные позволили в конечном итоге выявить нарушения нормативов площадей ряда помещений. Так, в значимом числе из тех отделений, где звучали соответствующие жалобы, при проверке по данным отчетности были обнаружены соответствующие нарушения.

Системное предоставление соответствующей отчетности в электронной форме может автоматизировать процесс проверки такого рода несоответствий, однако на данный момент социология может успешно использоваться для «разведки» в такого рода ситуациях ввиду, как правило, своей большей оперативности и экономичности.

2. УПРАВЛЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ НА ОСНОВАНИИ СУБЪЕКТИВНЫХ

В ходе аудита в той же больнице было проведено с использованием авторской методологии сравнение показателей лояльности различных групп персонала и статисти-

стических показателей деятельности отделений, среди которых больничная летальность, оборот койки, простой койки, средняя длительность пребывания пациента.

Была выявлена сильная корреляция между статистическими показателями деятельности подразделений и лояльностью сотрудников, в первую очередь медицинских сестер.

Более того, удалось найти «референтные значения» не только для лояльности, но и для ее факторов. Например, определить, какая доля медицинских сестер, удовлетворенных климатом в коллективе, будет потенциально «критичной» для изменения статистических показателей деятельности подразделения.

Поскольку социологический мониторинг, как правило, более оперативен, чем система статистического наблюдения, социологические опросы можно применять для опережающего мониторинга факторов, которые в дальнейшем с высокой долей вероятности приведут к ухудшению статистических показателей.

3. УТОЧНЕНИЕ/ДОПОЛНЕНИЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ

При проведении совместного исследования ГБУ «НИИОЗММ» и регионального офиса ВОЗ были выявлены высокие показатели приверженности рациональным мерам борьбы с коронавирусом у населения Москвы. В то время как ряд социологов интерпретируют эти данные как индикатор реально высоких показателей, например, ношения маски, нельзя забывать о так называемом парадоксе Лапьера, говорящем о нередком расхождении установок и реального поведения.

Для оценки реального следования ношению маски сотрудниками отдела было проведено стандартизированное наблюдение в общественных местах Москвы, которое выявило, что значения реальной приверженности были в несколько раз ниже того, что демонстрировали опросы. Расхождение можно объяснить тем, что социология фиксирует приверженность, одобрение такого поведения, в то время как наблюдение – реальное поведение.

Как показало наблюдение, «расхождение» между установками и поведением можно сократить, в т. ч. «подталкиванием» населения путем различных мер к реализации установок на ношение масок.

В таком случае комбинация субъективного опроса и объективного наблюдения показала реальное положение дел и потенциальную «зону роста». Данные, собранные только одним методом, не дали бы такого результата – социология завышала показатели поведения, а наблюдение хуже показывает потенциальные направления изменений, связанных с поведением.

Таким образом, важно понимать ограничения и сильные стороны каждого из подходов и корректно комбинировать их для получения наиболее качественной и оперативной информации в целях принятия управленческих решений, связанных со сферой здравоохранения.

Само деление на «субъективную» социологию и «объективную» статистику сегодня устарело, так как социология активно использует статистические подходы для получения репрезентативных данных, а данные социологических опросов используются при статистическом наблюдении. Несмотря на это, оно до сих пор еще достаточно распространено в массовом и экспертном сознании, что делает актуальной дискуссию о взаимодействии социологии и статистики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Богдан И.В., Гурылина М.В. Лояльность сотрудников медицинских организаций как фактор качества медицинской помощи // Здоровье и здравоохранение в России. Сборник статей научной конференции с международным участием, Москва, 15 октября 2018 года. М., 2018. С. 6-11.
2. Богдан И.В., Габов К.И., Чистякова Д.П. Практики соблюдения москвичами мер социального дистанцирования и масочного режима в закрытых общественных местах. Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2020. 16 с.

Гордеева А.В., директор

ГУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр», г. Саратов

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТАТИСТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ГИСЗ РЕГИОНА

Общий кадровый дефицит в здравоохранении сегодня затрагивает в том числе и организационно-методические подразделения медицинских организаций, что безусловно отрицательно сказывается на достоверности и своевременности формирования различных видов статистической отчетности.

Основная проблема, с которой сталкиваются все субъекты Российской Федерации, как органы исполнительной власти, так и медицинские информационно-аналитические центры, это отсутствие необходимых для выборки данных в первичных отчетных документах, что делает выборки необходимых данных практически невозможными.

Сегодня в сфере здравоохранения все большее развитие получают отдельные узкие направления, например, паллиативная помощь, медицинская реабилитация, работа инфекционной службы, первичная медико-санитарная помощь, территориальное планирование и т. д. Для определения стратегических направлений и оперативной корректировки развития необходимо своевременное формирование информации и показателей в короткие сроки. На протяжении последних трех лет сотрудниками МИАЦ Саратовской области отчетливо отмечается тенденция, что многолетние данные годовых статистических отчетов и показателей заболеваемости практически не востребованы, т. к. нужна информация «на сейчас», практически в режиме онлайн.

В этой связи создание и развитие государственной информационной системы здравоохранения и создание единого цифрового контура в регионах вывело статистику на новый уровень.

На территории Саратовской области внедрение информационных систем в работу медицинских организаций области началось в 2011 году с реализации программы модернизации здравоохранения 2011–2013 гг. С этого периода внедрены медицинская информационная система (далее – МИС) и система сбора и обработки медико-статистической информации (далее – «БАРС-свод»), разработчик АО «БАРС Групп».

Внедрение системы «БАРС-свод» позволило значительно оптимизировать процесс сбора и обработки больших массивов данных. К ресурсу подключены все медицинские организации, структурные подразделения и главные внештатные специалисты Министерства здравоохранения области, а также ТФОМС. При необходимости сбора какой-либо информации в программе имеется возможность достаточно быстро отрисовать нужные формы отчетов, для максимального исключения ошибок внести необходимые формы и проверки, провести выгрузку данных в различных разрезах, сформировать различные аналитические выборки.

Для верификации предоставляемых сведений в системе предусмотрена функция прикрепления файлов. Например, она используется при сборе информации о функционировании коечного фонда стационаров, при этом каждая медицинская организация прикрепляет приказы по утверждению и изменениям структуры коечного фонда. Есть возможность сформировать юридически значимый электронный документ, подписанный электронной подписью, что особо актуально в настоящее время для исключения необходимости личного присутствия сотрудников медорганизаций при сдаче отчетов.

Однако за последние три года фактура запрашиваемых сведений претерпела значительные изменения. Вектор персонализированной медицины внес значительные изменения в подходы к сбору информации. Система простого сбора информации перестала отвечать необходимым требованиям оперативности и качества. Мы все чаще стали обращаться к данным медицинской информационной системы.

В регионе МИС внедрялась в три этапа, в 2012, 2016 и 2018 годах в зависимости от объемов выделяемого финансирования. На сегодня все медицинские организации и структурные подразделения медорганизаций, подведомственных Минздраву области, включая врачебные амбулатории, участковые больницы и отделения врачей общей практики, подключены к единой облачной МИС с единым серверным хранилищем на базе центра обработки данных ГУЗ «МИАЦ». В настоящее время в зависимости от поэтапного подключения к сети Интернет в рамках федерального проекта так же поэтапно к МИС подключаются ФАПы.

Сегодня в МИС уже внедрен функционал большого количества регистров и дополнительных модулей, позволяющих формировать детализированную информацию, вплоть до персонифицированной, с учетом всех требований по защите персональных данных.

Так, с 1 января 2017 года в медицинской информационной системе ведется онлайн-мониторинг случаев смерти с формированием регистра и возможностью оперативного получения отчетов, детально характеризующих причины и возраст-

но-половую структуру смертности населения в разрезе классов и отдельных кодов МКБ, территорий и отдельных медицинских организаций. Основу регистра составляют медицинские свидетельства о смерти, которые в 100 % случаев оформляются в электронном виде медицинскими организациями, подведомственными Минздраву области, и являются составной частью электронной карты пациента. Для анализа смертности при проведении заседаний еженедельных штабов имеется возможность сравнивать показатели смертности по каждому населенному пункту с учетом доступности различных видов помощи.

К регистру обеспечен доступ главных внештатных специалистов, которые имеют возможность анализировать не только данные медицинского свидетельства, но и качество оказания медицинской помощи по данным электронной карты пациента в РМИС.

При внедрении информационных технологий в здравоохранении с 2011 года мы руководствуемся одним из базовых принципов Концепции создания ЕГИСЗ – «...однократный ввод и многократное использование первичной информации (полученной от медицинского (фармацевтического) работника, гражданина, должностного лица)...». На сегодня это главный принцип, и созданная региональная архитектура ГИСЗ и новые изменения законодательства позволили сделать значительный шаг в этом направлении.

Гребенкина Е.В., к. м. н., заместитель главного врача по организационно-методической работе

Шадрова О.В., врач-статистик отдела статистики

ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер»

СОЗДАНИЕ ЕДИНОЙ ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ «КАНЦЕР-РЕГИСТР» В НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

В России не существует единой системы взаимодействующих канцер-регистров медицинских организаций и онкологических диспансеров, что приводит к недоучету больных с злокачественными новообразованиями (далее – ЗНО), неправильной оценке эффективности проводимого лечения, неправильному планированию объемов на лечение онкологических больных, невозможности расчета потребности в лекарственном обеспечении, проведению диспансерного наблюдения не в полном объеме.

В Нижегородской области было принято решение о синхронизации и интеграции программы «Канцер-регистр» с региональной информационной аналитической системой для получения своевременной, полной и достоверной информации о больных с ЗНО не менее 98 %, а также дистанционный контроль за работой медицинских организаций по учету, лечению, обезболиванию, диспансерному наблюдению за онкологическими пациентами не менее 99 %.

В связи с поставленной задачей в 2018 году в Нижегородской области был разработан оригинальный алгоритм функционирования сетевой версии модулей «медицинская организация» и ГБУЗ НО «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер», позволяющий в режиме реального времени проводить обмен согласованной информации о каждом онкологическом больном между учреждениями. В 2019 году произошла интеграция канцер-регистра с региональной информационной системой Нижегородской области. В результате интеграции в канцер-регистр передается информация по пациентам с «установленным диагнозом ЗНО» и с «подозрением на ЗНО», медицинские свидетельства о смерти (если из 4 причин смерти – ЗНО), госпитализация пациентов (вид лечения и в каком учреждении пациент получил лечение), протокол приема специалиста.

В результате синхронизация и интеграция ракового регистра позволили снизить ошибки при заполнении первичной документации до 40 %, увеличить достоверность

информации по больным до 90 %, передать и распечатать отчетные формы до 100 %, распределить контингент на клинические группы до 100 %, мониторировать сроки диспансерного наблюдения до 95 %, а также отследить маршрутизацию пациента в режиме реального времени.

Таким образом, внедрение сетевого интегрированного канцер-регистра в регионе обеспечивает решение организационных вопросов по эффективности проводимого лечения, правильному выполнению клинических рекомендаций при лечении онкологических больных, возможности расчета потребности в лекарственном обеспечении, оценке потребности объемов обезболивающей терапии, проведению диспансерного наблюдения в полном объеме, а также для дальнейшего совершенствования оценки качества онкологической помощи в Нижегородской области.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Информационная аналитическая система «Канцер-регистр 65».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.04.1999 № 135 «О совершенствовании системы государственного ракового регистра».
3. Приказ Министерства здравоохранения Нижегородской области № 1564 от 31.05.2017 «Об организации раннего выявления злокачественных новообразований, алгоритме диспансерного учета и наблюдения».

Зайратьянец О. В., д. м. н., профессор, главный внештатный специалист по патологической анатомии, заведующий кафедрой патологической анатомии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России

Полянко Н. И., к. м. н., заведующий организационно-методическим отделом по патологической анатомии ГБУ города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

Каниболоцкий А. А., к. м. н., доцент, заместитель заведующего организационно-методическим отделом по патологической анатомии, заведующий патологоанатомическим отделением НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДОСТОВЕРНЫХ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО СМЕРТНОСТИ В МОСКВЕ В СВЯЗИ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Для обеспечения достоверного статистического учета при наличии у пациента новой коронавирусной инфекции (далее – COVID-19) или подозрении на нее (как и при других нозологиях) заключительный клинический, патологоанатомический и судебно-медицинский диагнозы должны быть сформулированы в соответствии с правилами МКБ-10. От правильности формулировки диагноза зависит кодирование и выбор первоначальной причины смерти. Предварительный и окончательный патологоанатомические диагнозы в нашей стране формулируются в соответствии с приказом МЗ РФ от 06.06.2013 № 354 «О порядке проведения патологоанатомических вскрытий» и клиническими рекомендациями Российского общества патологоанатомов. В связи с разными подходами к формулировке патологоанатомического диагноза, выбору и учету причин смерти в разных странах в рекомендациях ВОЗ 16–20.04.2020 г. были представлены единые международные рекомендации для COVID-19.

В Москве в марте-апреле 2020 года была проведена работа по перепрофилированию 16 патологоанатомических отделений (далее – ПАО) ГБУЗ ДЗМ и пяти ПАО медицинских организаций федерального и иного подчинения. Фактически было организовано бюро в функциональном плане с подчинением главному специалисту и его помощникам из оргметодотдела по патологоанатомической службе (далее – ОМО ПА). Остальные 70 % ПАО продолжали обычную работу. Умершие маршрутизировались

службой по перевозке Бюро СМЭ ДЗМ в разные ПАО в зависимости от их суточной нагрузки, судебно-медицинские вскрытия проводились в специализированном танатологическом отделении Бюро СМЭ ДЗМ и в двух перепрофилированных ПАО. Именно такая организация работы с четкой оперативной диагностикой и статистикой доказала свою эффективность на протяжении всех последующих месяцев. Уже в апреле впервые в мире была показана роль гиперкоагуляции в патогенезе заболевания и с учетом этого были скорректированы подходы к лечению, в мае опубликован первый в мире атлас по патологической анатомии легких при COVID-19, а в июне – первый в мире атлас по патологической анатомии COVID-19.

На основе правил ВОЗ был предложен подход к статистическому учету причин смерти умерших с COVID-19 в Москве, который был принят на федеральном уровне и распространен на все регионы. В результате взаимодействия мэрии, ДЗ Москвы и патологоанатомов в лице главного специалиста по патологической анатомии важным предложением явилось выделение трех групп умерших с COVID-19: смерть от COVID-19, не от COVID-19, но он был «катализатором», не от COVID-19, когда он не имел значения в танатогенезе, а также решение о включении в статистику смертности от COVID-19 случаев смерти даже с отрицательным ПЦР-тестом, но с клинико-морфологическими признаками COVID-19. В результате четко налаженной работы с Мосгорстатом и МФЦ ЗАГС ежедневно цифры по числу умерших с COVID-19 передаются в оперативный штаб и появляются в средствах массовой информации, на сайте Стопкоронавирус. Осуществляется еженедельная и ежемесячная сверка данных всех ведомств, ежесуточный контроль выданных медицинских свидетельств о смерти в ОМО ПА, направление повторных МСС централизованно в ДЗМ и оттуда в Мосгорстат, что обеспечивает точную единую статистику для всех ведомств.

Считаем целесообразным применение опыта работы как основы при учете всех причин смерти и включение в систему РФС ЕМИАС федеральных и ведомственных медицинских учреждений.

Зубов Е. В., к. м. н., главный внештатный специалист по современным информационным системам

Министерство здравоохранения Пермского края, г. Пермь

ЕДИНАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПЕРМСКОГО КРАЯ КАК ЦИФРОВАЯ ОСНОВА ЭКОСИСТЕМЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

Современная ситуация развития общества требует «реинкарнации» рутинных лечебно-профилактических подходов и комплексной работы по формированию новых стратегических направлений в развитии системы здравоохранения. Появились новые взгляды на перспективу развития медицины, все больший интерес в обществе проявляется по отношению к системе «4П» в медицине – предсказание, профилактика, персонализация и партисипативность (участие пациента). Достаточно значительный интерес к этому направлению развития отмечается не только со стороны системы здравоохранения, но и, что особенно важно, со стороны населения. Появилось большое количество людей, которые стараются вести образ жизни, предотвращающий их переход в категорию «пациентов». Активно развивается индустрия «умных» устройств, которые помогают человеку отслеживать его состояние здоровья. Меняются диагностические возможности медицинских учреждений, расширяется спектр диагностических методов, они приближаются к врачу «первого контакта». Активно развиваются цифровые составляющие в методиках диагностики, дистанционные методики, пытаются активно внедриться в практическое здравоохранение системы искусственного интеллекта. Практическая деятельность системы здравоохранения также тесно связана с большим объемом межведомственного взаимодействия, которое в настоящее время также активно перестраивается на цифровые рельсы. Все это ведет к генерации огромных объемов цифровой информации, которая требует формирования некоей единой системы хранения, обмена, анализа и использования.

На территории Пермского края около 15 лет назад было принято управленческое решение о создании единой системы обработки информации в области оказания медицинской помощи. На протяжении всех этих лет осуществляется планомерное развитие системы. В настоящее время система представляет собой единое пространство информационного обмена медицинской информацией обо всех пациентах, которые получают медицинскую помощь на территории Пермского края в системе обязательного медицинского страхования.

На настоящий момент к системе подключены через высокоскоростные каналы связи 100 % медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования (90 краевых государственных медицинских организаций, 43 частные медицинские организации, 2 федеральные медицинские организации). В системе насчитывается более 22 тысяч активных пользователей (8764 врача и 14 236 среднего медперсонала), работающих в 843 (100 %) зданиях поликлиник и стационаров и 620 из 666 (93 %) зданий ФАП и ФП, остальные должны быть подключены к системе к концу 2020 года.

Специализированные автоматизированные рабочие места имеют практически все профили и специальности медицинских работников (врачи и средние медработники стационаров, поликлиник, служб инструментальной и лабораторной диагностики), завершается создание единого центрального архива медицинских изображений. В рамках развития федерального проекта «Единый цифровой контур здравоохранения» формируются условия для свободного обмена данными с ЕГИСЗ путем формирования структурированных электронных медицинских документов. Это сделает доступным обмен информацией с другими региональными системами в области здравоохранения, что позволит принимать врачам обоснованные клинические решения в случаях оказания медицинской помощи пациентам, временно находящимся на территории Пермского края. В свою очередь жители Пермского края, которые будут получать медицинскую помощь за его пределами, могут рассчитывать на полноценную оценку состояния их здоровья врачами медицинских организаций других территорий на основании медицинских документов, загруженных из ЕИСЗ ПК в ЕГИСЗ.

За последние 5 лет начались, по-видимому, необратимые радикальные изменения системы взаимодействия пациента с медицинской организацией. В рамках реализации проекта новой модели медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, активно внедряются цифровые технологии организации управления потоками пациентов. Например, такой тип взаимодействия, как запись на прием, практически полностью ушел в цифровую виртуальную среду (портал ЕПГУ – 41 978 записей, региональный портал «К-врачу» – 875 604 записи, инфоматы – 351 060, электронная запись непосредственно на приеме у врача через формирование электронных направлений в электронной медицинской карте пациента – 4 770 387 записей, при общем количестве 6 464 066 записей в сумме цифровые технологии записи составили 93,4 %).

Сейчас формируются условия для получения пациентами в «Личном кабинете» результатов обследований и консультаций, отработана на нескольких пилотных детских дошкольных учреждениях система автоматизированной передачи информации о выздоровлении ребенка после острого заболевания и возможности его допуска в детский коллектив, запущен и пилотно апробирован мониторинг уровня артери-

ального давления у пациентов с артериальной гипертензией. Реализуется еще ряд проектов взаимодействия с пациентами в цифровой среде. В том числе находятся в стадии предпроектного перспективного рассмотрения системы контроля за состоянием основных параметров жизнедеятельности у практически здоровых людей, что на наш взгляд является будущим «локомотивом» медицины 4П.

Отдельным аспектом является формирование механизмов межведомственного взаимодействия (см. рисунок).



Таким образом, будущее Единой системы здравоохранения Пермского края видится нам как базовая платформа, которая соберет на себя функции по объединению усилий граждан, их объединений, медицинских работников и государства в сфере достижения целей государственной политики в области охраны здоровья граждан РФ и формирования условий для реального внедрения подходов медицины 4П.

Козерод С.Ю., к. э. н, директор Департамента по работе с бизнес-рынком

Компания «Мобильные ТелеСистемы», г. Москва

БОЛЬШИЕ ДАННЫЕ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРЕДИКТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ

Указом Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 утверждены национальные цели РФ в сфере здравоохранения: обеспечение устойчивого естественного роста численности населения РФ, повышение ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет к 2024 г. (к 2030 г. – до 80 лет). В связи с этим Правительству РФ поручено обеспечить к 2024 г. снижение показателя смертности населения трудоспособного возраста (до 350 случаев на 100 тыс. населения), смертности от болезней системы кровообращения (до 450 случаев на 100 тыс. населения), а также обеспечить внедрение инновационных медицинских технологий, включая систему ранней диагностики и дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов.

Цифровые технологии открывают безграничные возможности перед здравоохранением для достижения национальных целей РФ (увеличения продолжительности жизни населения и повышения эффективности медицины). Вместе с этим их внедрение требует специализированного опыта, значительных инвестиций, а также регулярных операционных затрат на поддержание работоспособных систем, ценность которых неочевидна для отрасли и пациентов.

Реализация вышеуказанных задач без необходимости создания собственных систем сбора, хранения и анализа данных возможна с использованием инфраструктуры и разработок операторов сотовой связи. Партнерство телекоммуникаций и здравоохранения в области цифровых методов мониторинга населения – будущее медицины!

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».

Корогод М.А., к. п. н., начальник ГБУЗ

Редько А.Н., д. м. н., заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины

Рубцова И.Т., к. м. н., заместитель начальника ГБУЗ

ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» МЗ КК, г. Краснодар

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЗАПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О СМЕРТИ И ВЫБОРА ПРИЧИН СМЕРТИ НА ОСНОВЕ ЕДИНОГО ЦИФРОВОГО КОНТУРА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ

Достоверность статистических данных является ключевым фактором принятия правильных управленческих решений [1, 2]. Контроль качества данных в медицинских свидетельствах о смерти стал в последние годы чрезвычайно актуальной проблемой, и во многих регионах проводятся работы по созданию таких систем [3, 4, 5].

В Краснодарском крае создана и развивается система трехуровневой экспертизы качества заполнения медицинских свидетельств о смерти на основе регионального регистра умерших как составной части единого цифрового контура региона. На первом этапе в 2014 году информационная система создавалась для оформления и учета медицинских свидетельств о рождении, смерти в виде электронного документа и формирования оперативной статистической отчетности. Важной задачей первого этапа являлась возможность в оперативном режиме расчета таких показателей, как стандартизованные коэффициенты смертности, ОППЖ, потерянные годы потенциальной жизни, показатели преждевременной и предотвратимой смертности и др., как на уровне края в целом, так и на уровне муниципальных образований.

Система интегрирована с кадровым регистром, регистром приписного населения, интегрированной электронной медицинской картой (ИЭМК). Выстроен информационный обмен с территориальным фондом обязательного медицинского страхования. Создана возможность заполнения формы 013-у (патологоанатомическое заключение) и краткого заключения судебно-медицинского эксперта, проведена интеграция с регистром острого коронарного синдрома (ОКС). В настоящее время проводятся работы по интеграции данных

регистра сахарного диабета и регистра больных COVID-19. Завершение внедрения ИЭМК во все структурные подразделения медицинских организаций Краснодарского края и создание регистра больных с хроническими неинфекционными заболеваниями упростит автоматизацию процессов.

При разработке методики анализа качества заполнения медицинских свидетельств о смерти использовались рекомендации Европейского бюро ВОЗ и отечественные разработки [1, 2, 3, 4]. Проведена апробация модели, экспертным путем отобраны одиннадцать индикаторов качества заполнения медицинских свидетельств о смерти и правильности выбора причин смерти. Предложенная методика значительно сокращает трудозатраты по проведению экспертной работы на всех уровнях и снижает возможности для искажения данных. В Краснодарском крае в динамике за 2015–2019 гг. улучшился, увеличившись на 19 %, показатель удельного веса медицинских свидетельств о смерти, в которых заполнена II часть п. 19 (прочие важные состояния). На 15 % выросла доля медицинских свидетельств, в которых заполнен период времени по графе «Приблизительный период времени между началом патологического процесса и смертью». Удельный вес смертей с неточно обозначенной и неизвестной причиной смерти (XVIII класс МКБ) за последнее пятилетие снизился в два раза (с 16,2 % до 8,1 %).

При заполнении медицинского свидетельства о смерти в случае выбора «неточного» диагноза по классу болезней системы кровообращения (сердечная недостаточность, атеросклероз и др.), по классу новообразований (диагноз рака с неточно обозначенной локализацией первичного очага), по классу травмы (неуточненные травмы) в системе появляется предупреждение. Если «неточный» диагноз выбирается в качестве первоначальной причины смерти, то этот случай направляется на экспертизу к профильному специалисту. Реализация информационного обмена по передаче данных в «Единый госреестр записей актов гражданского состояния» (ЕГР ЗАГС) позволит снизить ошибки «ввода» при внесении информации из медицинских свидетельств на уровне структур ЗАГС. Кроме того, это позволит решить вопрос оперативного учета медицинских свидетельств о смерти, выданных взамен предварительных и окончательных свидетельств.

Анализ медицинских свидетельств о смерти по указанным трем классам МКБ-10 с «неточными» диагнозами за 2015–2019 годы позволил оценить некоторые результаты внедрения системы контроля качества выбора основной причины смерти и выявить сохранение «слабых» сторон при кодировании медицинских свидетельств о смерти.

По классу «Болезни системы кровообращения» группа «неточных» кодов (I472, I490, I46, I50, I51.4, I51.5, I51.6, I51.9, I70.9), которую условно можно назвать «сердечная

недостаточность и атеросклероз», стала регистрироваться значительно реже (снижение на 78 %). Во второй группе, к которой относятся коды МКБ-10 С76, С80, С97, неточно обозначенная локализация первичного очага новообразования также имела положительную динамику за последние 5 лет (сокращение на 38 %). Для Краснодарского края продолжает сохраняться сложной ситуация с группой «повреждения с неопределенными намерениями» (МКБ-10, коды Y10-Y34, Y87.2).

В системе реализованы принципы контроля достоверности информации по трем группам с «широкими» границами причин для каждой возрастной группы по методике ЕРБ ВОЗ. Сравнение типичного распределения случаев смерти от различных причин в рамках «широких групп» в соответствии с ожидаемой продолжительностью жизни выявило отклонение от характерного распределения. Это послужило поводом к проверке достоверности информации о причинах смерти на основе сопоставления регионального регистра умерших, регистра больных сахарным диабетом, базы персональных счетов за оказанные медицинские услуги за год до смерти умершего и анализа множественных причин смерти.

В целом анализ медицинских свидетельств о смерти по разработанной методике позволил выявить «слабые» стороны при кодировании причин смерти как в целом по краю, так и в разрезе не только муниципальных образований, но и медицинских организаций, отдельных специалистов, заполнивших свидетельство о смерти, а также ведущих патологических состояний. Для Краснодарского края это инфекционные болезни, неуточненные травмы, сахарный диабет, болезни нервной системы, повреждения с неопределенными намерениями.

В системе развивается блок визуализации данных в формате дашбордов с детализацией информации по конкретной медицинской организации, врачам, в разрезе кодов МКБ.

Формирование рейтинга по индикаторам заполнения свидетельств позволяет адресно планировать мероприятия по обучению персонала. На кафедре общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ для этой цели разработана программа «Кодирование случаев заболеваемости и смертности на основе Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, с использованием информационных систем».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Всемирная организация здравоохранения, Европейское бюро. Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах // Сайт ЕРБ ВОЗ. – 2012. – Режим доступа: www.euro.who.int/ru/home
2. Всемирная организация здравоохранения, Европейское бюро, 2012 г. Экспресс-оценка систем государственного учета населения и демографической статистики // Сайт ЕРБ ВОЗ. – 2012. – Режим доступа: www.euro.who.int/ru/home
3. Рощин Д.О., Сабгайда Т.П., Секриеру Е.М. Принципы кодирования состояний у лиц, страдающих сахарным диабетом: Методические рекомендации. – Москва, 2013. – 25 с.
4. Вайсман Д.Ш. Совершенствование системы информационного обеспечения оценки и анализа смертности населения на уровне субъекта Российской Федерации // Автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – 2015. – Режим доступа: www.old.mednet.ru/ru/
5. Состояние и основные задачи развития патологоанатомической службы Российской Федерации: Отраслевое статистическое исследование за 2019 год / Под ред. Франка Г. А. Минздрав России. – М., 2020. – 96 с. – Режим доступа: www.patolog.ru/sites/default/files/analiticheskiy_doklad_2019_.pdf

Короткова А.В., к. м. н., заместитель директора по международным вопросам
Гурьянова Н.Е., заведующая отделением международного регионального сотрудничества и связей с общественностью

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», г. Москва

АККРЕДИТАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ КАК МЕХАНИЗМ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Актуальность. Проблема качества медицинской помощи имеет приоритетное значение в здравоохранении. Согласно изученным данным, существуют различные точки зрения и множество подходов к обеспечению, управлению качеством медицинской помощи (КМП), его экспертизе, определению эффективности, формированию стандартов, оценке затрат на улучшение качества, но они не охватывают все аспекты и нет единой признанной методологии, которая могла бы быть применима на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Один из подходов, используемый в других странах в отношении построения системы управления КМП, – аккредитация медицинских организаций.

Цель. Рассмотреть возможности введения системы аккредитации медицинских организаций в Российской Федерации.

До настоящего времени нет четкого ответа: нужна ли аккредитация медицинских организаций, если есть система их сертификации? Для поиска ответа на этот вопрос была рассмотрена российская нормативно-правовая база и международный опыт. Аккредитация в Российской Федерации фигурирует в нормативно-правовых документах с начала 90-х годов прошлого века. Первые упоминания были в ФЗ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 1499-1 от 28 июня 1991 г., который утратил свою силу. В то время Приказ Минздрава России от 20.03.92 г. № 93 разделил лицензирование и аккредитацию на отдельные процедуры, и аккредитация рассматривалась только в отношении медицинской деятельности.

Так, лицензирование медицинской деятельности было отнесено к компетенции органов исполнительной власти, а аккредитации медицинской деятельности придавался статус вневедомственной процедуры – профессиональной оценки с привлечением широкого круга общественных институтов. Лицензирование и аккредитация пред-

ставлялись дополнительным набором инструментов соблюдения прав потребителей медицинских услуг. Государство, согласно концепции ОМС, должно было принимать на себя ответственность за деятельность медицинских организаций и выступать гарантом права граждан на получение качественной медицинской помощи через деятельность страховых медицинских организаций. Но на практике все было сведено к контролю и выявлению дефектов и нарушений.

Федеральный закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» № 1499-1 от 28 июня 1991 г., Федеральный закон № 134-ФЗ «О техническом регулировании» от 12.12.2002 г., Приказ № 93 определили аккредитацию как официальное признание органом по аккредитации компетентности физического или юридического лица выполнять работы в определенной области оценки соответствия. Оценка соответствия – прямое или косвенное определение соблюдения требований, предъявляемых к объекту. С 2004 года начинается ликвидация лицензионно-аккредитационных комиссий (ЛАК) в территориях, функции по аккредитации которых передаются в ведение территориальных органов.

После принятия Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» статья № 69 говорит: «Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста». Речь уже пошла об аккредитации не юридического лица, а медицинского специалиста.

В последнем десятилетии в России функции контроля качества выполняет система лицензирования медицинских организаций в вертикали Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (Росздравнадзор). Федеральные и территориальные органы Росздравнадзора в субъектах Российской Федерации в соответствии с ФЗ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», постановлением Правительства РФ от 21.11.2011 № 957 «Об организации лицензирования отдельных видов деятельности», постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности»..., осуществляют полномочия по лицензированию медицинской деятельности ... в отношении медицинских и иных организаций, оговоренных особо.

Во всем мире системы аккредитации медицинских организаций характеризуются многообразием аспектов, каждый из которых подвержен изменениям. Исходная модель аккредитации основана на решениях Единой комиссии по аккредитации медицинских организаций (США), Канадского совета по аккредитации учреждений системы здравоохранения и Австралийского совета по стандартам в системе здраво-

охранения. Отечественные и зарубежные авторы отмечают, что аккредитация является инструментом внешней оценки деятельности организации, но при этом она необходима прежде всего для самой организации. В России аккредитация существует в виде добровольной аккредитации в рамках международных организаций.

По опыту зарубежных стран в области улучшения качества медицинской помощи, внедрение полномасштабной, государственно поддерживаемой системы аккредитации медицинских организаций – один из главных механизмов повышения уровня качества медицинских услуг.

Выводы. Согласно результатам изучения зарубежного опыта, можно говорить о необходимости введения аккредитации медицинских организаций в систему здравоохранения Российской Федерации как гаранта предоставления качественных медицинских услуг. Для более точного понимания и введения аккредитации необходимо глубокое изучение международной практики; изменение нормативно-правовой базы (устранение расхождения в законах касательно аккредитации); подготовка квалифицированных специалистов-экспертов в области аккредитации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Короткова А.В. Методические аспекты и информационное обеспечение улучшения качества в региональных системах здравоохранения. Пособие /Короткова А.В. – М., 2005. – 96 с.
2. Лисицын Ю.П., Полунина Н.В. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник для медицинских вузов. – М.: Медицина, 2002. – С. 382.
3. Михайлова Ю.В. Аккредитация в системе здравоохранения России и за рубежом. Аналитический обзор /Михайлова Ю.В., Короткова А.В., Уланов А.В. – М., 2005. – 64 с.
4. Хабриев Р.У., Юрьев А.С. Лицензирование медицинской деятельности / Под общ. ред. д-ра мед. наук, акад. РАМН В.И. Стародубова. – М.: МЦФЭР, 2005.

Кудрина В.Г., д. м. н., профессор, Заслуженный врач России, заведующий кафедрой медицинской статистики и цифрового здравоохранения

ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, г. Москва

КАДРЫ МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ: ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В СОВРЕМЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Медицинская статистика как сфера профессиональной деятельности занимает в системе здравоохранения особое положение в связи со своим законодательным определением [1, 2]. Для сферы профессиональной деятельности особо важно входить в систему основных понятий на законодательном уровне, что укрепляет ее позиции и конкретизирует задачи. «Система государственной статистики – государственная федеральная информационная статистическая система, представляющая собой совокупность позволяющих осуществлять официальный статистический учет первичных статистических данных и административных данных, формируемой на их основе в соответствии с официальной статистической методологией официальной статистической информации и обеспечивающих формирование такой информации информационных технологий и технических средств» [1, ст. 2]. Таким образом, современная статистика – это информационно продвинутая сфера профессиональной деятельности, специалисты которой в настоящее время безусловно должны быть глубоко погружены в ИКТ-среду и соблюдать ее строгие требования. Данные кафедры медицинской статистики и цифрового здравоохранения РМАНПО подтверждают факт высокого уровня владения специалистами «компьютерной грамотностью». Мониторинг ситуации проводился с 2000 г. И если в 2001/2002 учебном году этот показатель (в относительной шкале из 100 обучавшихся) составлял 22 %, в 2007/2008 – 40,7 %, то в 2013/2014 – 84,1 %, в 2016/2017 – 97,5 % и ныне охватывает все сообщество. Задача обучения отпала. Вместе с тем возникли новые проблемы ИКТ-подготовки, связанные с цифровой трансформацией в профессиональной деятельности – ведением электронного документооборота, ответственностью за юридически значимый его сегмент, безопасность персональных данных пациентов (ПД) и врачебную тайну.

Закрепляя профессиональную специфику, медицинская статистика определена как «отрасль статистики, включающая в себя статистические данные о медицине, гигиене, здоровье населения, об использовании ресурсов здравоохранения, о деятельности медицинских организаций» [2, ст. 97, п. 1]. «Статистическое наблюдение в сфере здравоохранения осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти» [2, ст. 97, п. 2] – Минздравом РФ. Федеративность пред-

полагает наделение конкретными полномочиями субъектов Федерации и, конечно, в столице – Департамента здравоохранения г. Москвы. «Порядок осуществления статистического наблюдения в сфере здравоохранения...» [2, ст. 97, п. 3] указывает на безусловность выполнения требований к качеству и безопасности деятельности в области медицинской статистики. Контроль за соблюдением этих требований осуществляет Росздравнадзор при лицензировании медицинской деятельности и врачей-статистиков, и среднего медицинского персонала – медицинских статистиков [3] – «исполнение государственной функции по осуществлению контроля за достоверностью первичных статистических данных, предоставляемых медицинскими организациями...» [4]. Безусловным приоритетом, контролируемым по многим каналам, является ответственность за персональные данные пациентов и сохранение врачебной тайны [5]. Специфика обработки ПД заключается в том, что, когда в медико-профилактических целях не берется согласие пациента, обработка «осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным в соответствии с законодательством РФ сохранять врачебную тайну» [5, ст. 10]. Представляется, что в современной эпидобстановке COVID-опасности значимость этого условия возрастает многократно. Получая сертификаты специалистов и аккредитационные документы, специалисты по медицинской статистике включаются в Федеральную регистр медицинских работников, содержащий сведения только о лицах с медицинским образованием.

В завершение хотелось бы констатировать – в настоящее время нормативно-правовое регулирование в сфере медицинской статистики безусловно ориентировано на профессиональную деятельность специалистов с медицинским образованием. Вместе с тем расширение технологических горизонтов и цифровая трансформация, прогресс в статистической службе требуют регламентации взаимодействий по широкому спектру задач и направлений работы со специалистами других профилей и специальностей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон от 29.11.2007 № 282-ФЗ «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 № 291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")».
4. Приказ Минздрава РФ от 29.06.2016 «Об утверждении Административного регламента Росздравнадзора по исполнению государственной функции по осуществлению контроля за достоверностью первичных статистических данных, представляемых медицинскими организациями и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность».
5. Федеральный закон от 17.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

Латышова А.А., заместитель заведующего информационно-аналитическим отделом

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОТДЕЛОВ (КАБИНЕТОВ) МЕДИЦИНСКОЙ СТАТИСТИКИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Подразделения медицинской статистики выполняют одну из ключевых ролей в управлении организацией здравоохранения. Качество управленческих решений зависит от надежности и емкости статистической информации. Одним из важных условий статистического анализа является оценка эффективности деятельности медицинских организаций, осуществляемая квалифицированными специалистами в области медицинской статистики.

В медицинской организации статистический документооборот осуществляется отделом (кабинетом) медицинской статистики или кабинетом медицинской статистики в составе организационно-методического отдела. В среднем на одну медицинскую организацию (юридическое лицо) приходится 2 специалиста с высшим или средним медицинским образованием, что в большинстве случаев недостаточно для укомплектования подразделения в полном объеме.

Анализируя в динамике показатель укомплектованности занятыми должностями, следует отметить увеличение доли вакантных должностей от общего количества штатных должностей по врачам-статистикам с 20,3 % до 24,6 %, или на 4,3 пп., по медицинским статистикам со средним медицинским образованием – с 14,3 % до 22,8 %, или на 8,5 пп. В условиях неуккомплектованности квалифицированными кадрами задачи в области медицинской статистики, особенно в сельской местности, порой выполняют сотрудники без соответствующей квалификации.

Проблемой дефицита специалистов по медицинской статистике является не только абсолютное количество сотрудников, но и их профессиональная подготовка. Выпуск молодых специалистов не покрывает имеющуюся потребность здравоохранения в специалистах по медицинской статистике. В настоящее время аккредитованный специалист по специальности «врач-статистик» выпускается только в нескольких образовательных организациях, а средний медицинский персонал

по специальности медицинской статистики аттестуется в рамках программы повышения квалификации.

Также следует обратить внимание на прогрессивное увеличение объема работы на отделы (кабинеты) медицинской статистики без изменения штатного расписания. Одним из факторов увеличения нагрузки является повышенный спрос на оперативную информацию о медицинской деятельности как со стороны региональных органов управления в сфере охраны здоровья, так и федеральных органов власти. Несоответствие численности и структуры кадров выполняемым объемам деятельности в определенной степени влияет и на качество выполняемой работы.

Наличие дисбаланса и неравномерности в размере заработной платы специалистов по медицинской статистике и других медицинских работников влияет на выбор профессиональной деятельности не в пользу службы медицинской статистики.

Таким образом, приоритетными направлениями совершенствования деятельности подразделений медицинской статистики в организациях здравоохранения являются:

- создание условий по повышению привлекательности профессиональной деятельности подразделений медицинской статистики, в том числе за счет улучшения финансового обеспечения;
- повышение роли врачей-статистиков и медицинских статистиков в планировании деятельности медицинской организации;
- расширение полномочий статистиков (как врачей, так и медицинских статистиков) в плане учета и контроля деятельности всех структурных подразделений медицинской организации в части ведения статистического документооборота;
- создание актуального регламента работы статистических подразделений медицинских организаций;
- проведение целенаправленной работы по привлечению (обучению) квалифицированных специалистов;
- создание Учебного центра для непрерывного информационного обеспечения аналитической и статистической информацией в сфере здравоохранения с элементами экспертной оценки;
- создание «Библиотеки знаний» для специалистов в области медицинской статистики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Какорина Е.П., Огрызко Е.В. Некоторые проблемы в медицинской статистике Российской Федерации // Менеджер здравоохранения. – 2012. – № 2. – С. 40.
2. Михайлова Ю.В., Леонов С.А., Сон И.М., Погорелова Э.И., Секриеру Э.М., Огрызко Е.В., Савина А.А., Вайсман Д.Ш., Утка В.Г., Максимова Т.М., Лужкина Н.П., Барабанова Н.А, Белов В.А., Роговина А.Г. Современное состояние и пути развития отечественной медицинской статистики // Социальные аспекты здоровья населения. – 2007. – № 1 (1). – С. 3.

Мурашко Р.А., к. м. н., доцент кафедры онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации», главный врач ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», главный внештатный специалист онколог Министерства здравоохранения Краснодарского края, г. Краснодар

Степанова Л.Л., к. м. н., заведующий организационно-методическим отделом ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», г. Краснодар

Тесленко Л.Г., к. м. н., ассистент кафедры онкологии с курсом торакальной хирургии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации», заместитель главного врача ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», г. Краснодар

Кошкарров А.А., начальник информационно-вычислительного отдела ГБУЗ «Клинический онкологический диспансер № 1», г. Краснодар

ИНФОРМАЦИОННОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И ПОДДЕРЖКА КАК ОСНОВА ПРОЦЕССНОГО ПОДХОДА К УПРАВЛЕНИЮ РЕГИОНАЛЬНЫМ ПРОТИВОРАКОВЫМ ПРОЕКТОМ

Актуальность. Процессный подход (ПП) является основой эффективной системы управления, универсальность его понятий и принципов позволяет использовать его для решения различных задач. В 2019–2024 гг. в Краснодарском крае (КК) реализуется региональный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» (РП БОЗ). Достижение показателей РП БОЗ невозможно без приведения функциональных возможностей онкологической службы региона в соответствие современным требованиям, внедрения ПП в систему управления ее работой, а также устранения (снижения) существующих негативных факторов. Одним из таких факторов для КК является отсутствие информационного взаимодействия на основе единых принципов между всеми уровнями онкологической службы.

Информационное взаимодействие и поддержка как основа ПП заключается в создании горизонтальных связей в медицинских организациях, когда задействованные в одном процессе подразделения и сотрудники самостоятельно координируют работу и решают возникающие проблемы. Рост контингента пациентов со злокачественными новообразованиями в целом по России значительно увеличивает нагрузку на специализированную сеть онкологических учреждений и врачей-онкологов.

Наиболее вероятно, что данная тенденция сохранится в ближайшие годы и потребует дальнейшего внедрения и совершенствования информационных систем на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Цель – изучение особенностей информационного взаимодействия между всеми уровнями онкологической службы и анализ внедренного ПП в реализации РП БОЗ в КК.

Материалы и методы. Материал – контингент пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗНО) в КК. Метод – ПП, который рассматривается как подход к организации и анализу деятельности, основанный на выделении и рассмотрении процессов (видов деятельности), каждый из которых протекает во взаимосвязи с другими процессами или внешней средой. В РП БОЗ процессы сформулированы как мероприятия. Если хотя бы одно мероприятие даже частично выполнено неудовлетворительно, итог всего процесса будет неудовлетворительным.

Результативность и эффективность оценивалась по целевым показателям (ЦП) РП БОЗ: смертность от новообразований (на 100 тысяч населения), ранняя выявляемость (РВ), пятилетняя выживаемость (ПВ), одногодичная летальность (ОЛ).

Результаты. Процесс имеет вход и выход, в РП БОЗ это базовые и ЦП. Базовые показатели: смертность – 192,6 на 100 тыс. населения, РВ – 58,4 %, ПВ – 54,3 %, ОЛ – 21,7 %. Процесс обеспечивается ресурсами, включающими материально-техническое оснащение, персонал, финансы, информационные технологии первичных онкокабинетов, центров амбулаторной онкологической помощи (1-й уровень онкопомощи), медорганизаций, оказывающих специализированную онкопомощь: межтерриториальных онкодиспансеров (2-й уровень), регионального онкодиспансера и краевых клинических больниц (3-й уровень). Внутренний контроль (аудит) включает мониторинг ЦП и других актуальных показателей. Для обеспечения процесса, оперативного управления и аудита в режиме реального времени выполнены работы по модернизации информационно-аналитических систем региональной онкологической сети КК. Создана комплексная информационная система и определены цели, задачи, общие принципы, архитектура, основные этапы создания, а также ожидаемый социально-экономический эффект для системы здравоохранения КК. Реализована возможность использования электронных сервисов: управления потоками пациентов по направлениям на специализированную помощь; телемедицины; телерадиологии (Рис. 1-2). Выход включает как конечные (на 2024 г.) уровни ЦП, так и ежегодные уровни. ЦП в 2024 г. должны составить: онкологическая смертность – 180,0 на 100 тыс., РВ – 63 %, ПВ – 60 %, ОЛ – 17,3 %. Владелец процесса – это лицо (орган), отвечающее за повышение результативности и эффективности, уполномоченное устанавливать и корректировать правила процесса, требовать их исполнения. В РП БОЗ это региональное министерство здравоохранения.

Выводы. ПП позволяет установить цели, последовательность действий и результат для каждого процесса. Преимуществами ПП явилось решение межфункциональных проблем и достижение целевого (на 2019 г.) уровня всех индикативных показателей РП БОЗ: смертность от новообразований – 181,9 на 100 тыс. населения (ЦП – 188,9); РВ – 58,9 % (ЦП на 2019 г. – 58,5 %); ПВ – 55,0 % (ЦП – 55,0 %); ОЛ – 20,5 % (ЦП – 20,5 %). В дальнейшем модернизация комплексной информационной системы возможна в части расширения и совершенствования функциональных возможностей и наполнения подсистем, увеличения числа поставщиков данных, информационной поддержки деятельности всех участников онкологической службы, включая поддержку принятия решений и взаимодействие с внешними инфосистемами федерального уровня.



Рисунок 1. Схема комплексной информационной системы ГБУЗ КОД № 1.

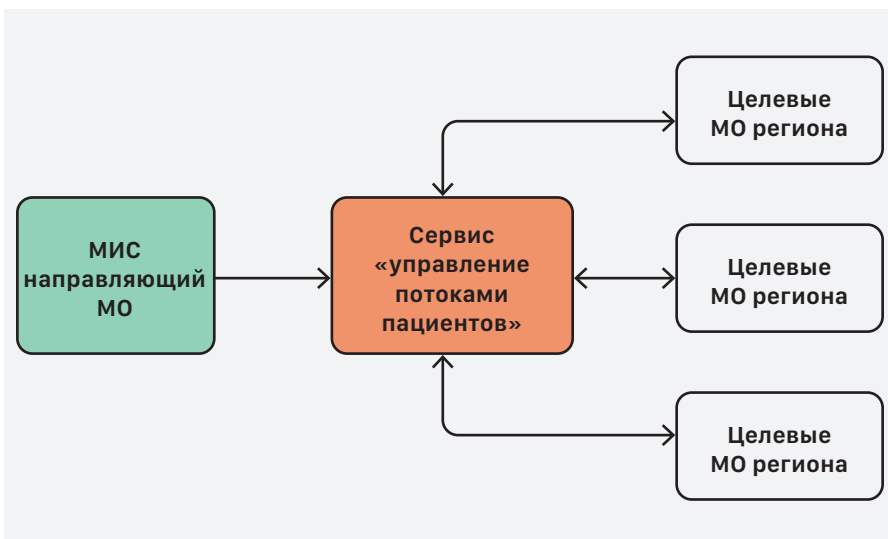


Рисунок 2. Схема формирования электронного направления.

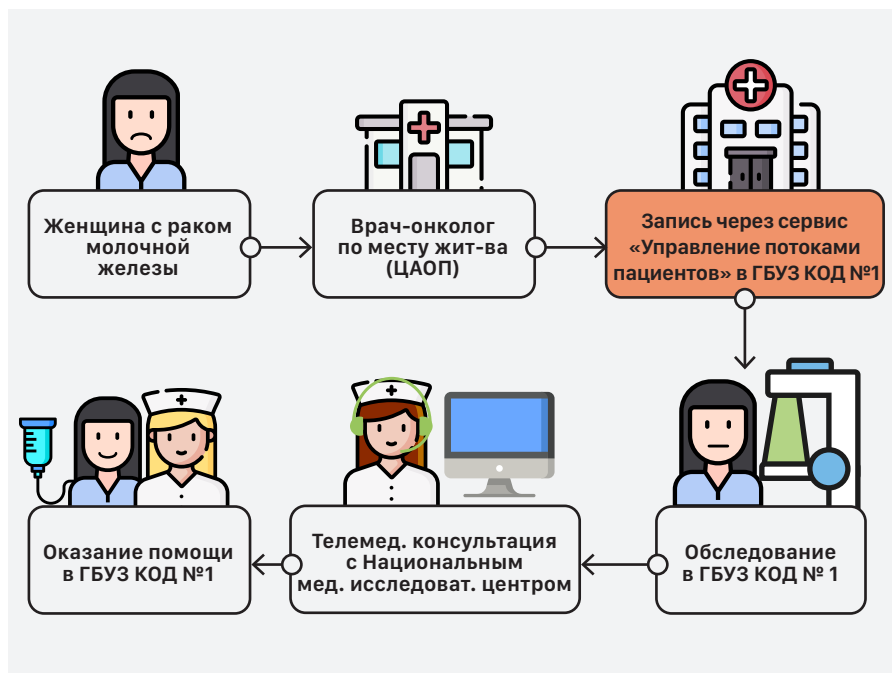


Рисунок 3. Схема маршрутизации пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Глушкова И.В., Кошкарлов А.А., Мурашко Р.А., Пеннер Д.В., Рубцова И.Т., Дубровин А.В. Региональная радиологическая информационная система Краснодарского края: организация работы референсного клинико-диагностического центра по патологии молочной железы // Врач и информационные технологии. – 2018. – Специальный выпуск. Труды Международного конгресса «Информационные технологии в медицине 2018» 11–12 октября, 2018 г. – С.18–27.
2. Жарков Л.В. Процессный подход в управлении аптечной организацией // Вестник фармации. – 2010. – № 3 (49). – С. 5–10.
3. Концепция создания Федеральной системы «Онкология» (вертикально-интегрированной медицинской информационной системы по профилю «Онкология»). – Министерство здравоохранения Российской Федерации: Портал оперативного взаимодействия участников ЕГИСЗ, 2019; [обновлено 17.07.2020]. www.portal.egisz.rosminzdrav.ru/materials/3439.
4. Менеджмент качества. Процессный подход. [обновлено 17.07.2020]. www.kpms.ru/General_info/Process_approach.htm.
5. Приказ Министерства здравоохранения Краснодарского края от 07.08.2017 № 3600 «О Региональном сервисе управления потоками пациентов по направлениям на консультации и диагностические исследования в государственные и муниципальные медицинские организации, оказывающие специализированную медицинскую помощь по направлениям». 2017; [обновлено 17.07.2020]. www.minzdravkk.ru/pages/bankdocs/detail.php?ELEMENT_ID=26211.
6. Репин В.В. Два понимания процессного подхода к управлению организацией [обновлено 17.07.2020]. www.quality.eup.ru/DOCUM5/ dppup.htm.
7. Солоненко Т.А., Рубцова И.Т., Корогод М.А., Мурашко Р.А., Кошкарлов А.А. Электронные сервисы маршрутизации пациентов в онкологической службе Краснодарского края // Цифровое здравоохранение. Труды XIX Международного конгресса «Информационные технологии в медицине» (Москва, 11–12 октября 2018), электронное издание. – М.: Консэф, 2018. – [www.itmcongress.ru/ itm2018/proceedings/](http://www.itmcongress.ru/itm2018/proceedings/) – С. 6-10.
8. Федосеева Л.С., Назаркина И.М., Осипов Ю.А., Ларина Т.А. Процессный подход в управлении качеством оказания медицинской помощи больным артериальной гипертензией на амбулаторном этапе // Аспекты модернизации в управлении ка-

чеством организации медицинской помощи. Сборник материалов научно-практических конференций. – Самара, 2011. – С. 36–45.

9. Холмогоров Н.А., Федотченко А.А., Стерехова Г.А. Процессный подход к управлению качеством и эффективностью санаторно-курортных услуг // Сборник научно-практических работ врачей курорта «Ангара» (с 1936 по 2016 г.). – Иркутск, 2016. – С. 120–123.

Некрутов А.В., к. м. н., врач – детский хирург, заведующий отделом по неотложной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи детям Департамента здравоохранения города Москвы

Ильин А.О., программист отдела по неотложной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи детям Департамента здравоохранения города Москвы

Хмельницкий К.Е., специалист отдела по неотложной хирургической, травматологической и нейрохирургической помощи детям Департамента здравоохранения города Москвы

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МОНИТОРИНГА И АНАЛИЗА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ НЕОТЛОЖНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ

Клинические показатели деятельности медицинских учреждений являются ведущим критерием мониторинга и оценки их деятельности, необходимым инструментом организации лечебно-диагностического процесса.

Формы федерального статистического наблюдения являются универсальными, содержат основные базовые показатели и лишь частично, в общих чертах отражают деятельность профильных клинических подразделений.

На базе таблиц MS Excel, компонента программного пакета MS Office, нами были разработаны, сформированы и внедрены в практику детализированные электронные формы мониторинга деятельности профильных медицинских учреждений, оказывающих неотложную хирургическую, травматологическую и нейрохирургическую помощь детям в городе Москве.

В задачу разработки в каждом случае входила определенная необходимость системного ведения и многоуровневого анализа прецизионных, тематических данных. Так были сформированы следующие формы:

- «Показатели деятельности детских травматологических пунктов и отделений неотложной травматологической помощи детям»;
- «Показатели деятельности отделений травматологического и ортопедического профиля стационаров»;
- «Показатели термической травмы у детей»;
- «Реестр тяжелой травмы у детей»;
- «Показатели работы отделений нейрохирургии детских стационаров»;
- «Сведения о сотрудниках детской амбулаторной травматолого-ортопедической службы города Москвы».

В процессе разработки и формирования шаблонов учитывались следующие критерии:

для пользователей:

- простота и сдержанный дизайн рабочего поля;
- отсутствие лишней информации;
- комментарии и пояснения при необходимости;
- удобство заполнения;
- включение максимального числа показателей по тематике запроса с целью исключения повторных запросов;

для разработчиков:

- единообразие формы для всех пользователей;
- защита формы от изменений.

Для последующей корректной работы с уже заполненными формами учитывался фактор наличия единой, либо с минимальными отличиями, системы ведения документации в каждом медицинском учреждении.

На базе имеющихся шаблонов, с учетом использованных разработок, возможно опе-

ративное формирование любого прецизионного тематического запроса для профильных медицинских учреждений.

С целью исключения некорректного заполнения пользователями шаблонов нами были использованы следующие инструменты:

- защита ячеек от редактирования; большинство ячеек защищены от редактирования;
- автоматический расчет суммы;
- установки на ячейки фильтров с ограничениями диапазона значений и предупреждениями о недопустимом значении;
- добавлены комментарии для ячеек с объяснением заполнения и значения получаемых данных.

После сбора форм с помощью скрипта на Python все файлы объединялись в один, используя внутренний функционал MS Excel, данные обрабатывались, сортировались и сводились в одну итоговую таблицу. На этом же этапе производилась проверка на корректность данных:

- наличие и количество пустых ячеек;
- наличие, количество и структура ячеек с некорректными данными (символы без цифр, дата вместо дробного числа и т. д.);
- верхнеуровневая проверка корректности значений по ключевым суммам отчета.

Полученный клинико-статистический материал – как показатели деятельности каждого подразделения, так и сформированные сводные данные – использовался для проведения мультифакторного многоуровневого анализа и оценки деятельности профильных медицинских учреждений.

Несомненно, разработка и внедрение электронных тематических прецизионных отчетных форм является современным удобным инструментом ведения мониторинга и анализа показателей клинической деятельности медицинских учреждений.

Тем не менее в используемом проекте существует ряд серьезных ограничений:

- отчеты представляют собой обобщенные (суммированные, усредненные и т. п.) данные по ограниченному количеству параметров;
- формы не застрахованы от ошибок, в том числе и скрытых.

Одним из решений является интеграция разработки в уже существующие системы сбора данных: Медиалог, ЕМИАС и аналоги. А в перспективе – создание единой защищенной базы данных с возможностью доступа к любой информации (как персональной, так и деперсонифицированной), необходимой в данный момент.

Разработка, формирование и внедрение в современную клинико-статистическую практику исходных баз данных, использование принципов стандартизации медицинской информации приведет к возможности получения ее абсолютных характеристик: максимальная полнота, точность и легкодоступность на экспертном уровне.

Новокрещенова И.Г., д. м. н., профессор, зав. кафедрой экономики и управления здравоохранением и фармацией

Чунакова В.В., к. м. н., доцент кафедры экономики и управления здравоохранением и фармацией

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов

ПРОБЛЕМЫ УЧЕТА ГРАЖДАН ПРЕДПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА, ПОДЛЕЖАЩИХ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ

Статистика как наука занимает важное положение в общественной жизни. Статистические данные и факты широко используются для обоснования целесообразности и планирования мероприятий, в том числе в сфере организации медицинского обслуживания отдельных групп населения в целях обеспечения общественного благополучия страны.

В настоящее время применяются единые формы статистической отчетности, учета и инструкции по их заполнению, утвержденные Росстатом для всех медицинских организаций и органов управления здравоохранением. Вследствие чего имеется возможность обобщать и сравнивать статистические материалы по оказанию медицинской помощи населению и оценивать эффективность деятельности представителей государственных органов власти на уровне субъекта РФ, города, района.

Цель исследования состоит в определении необходимости контроля и учета оказанных медицинских услуг гражданам предпенсионного возраста.

Материалы и методы. Проведен контент-анализ нормативных документов в области регулирования вопросов социального обеспечения граждан предпенсионного возраста, анализ инструкций и содержания годовой отчетности медицинских организаций (статистические формы № 12, № 30).

Результаты. Российская Федерация, как и большинство стран, в своем развитии ориентируется на уровень европейских показателей здоровья и качества жизни населения и стремится к их достижению. Для этого разрабатываются и реализуются многочисленные программы, предусматривающие существенные изменения, затрагивающие все сферы государственной деятельности и общественной жизни.

При изучении социально-экономического положения развитых и развивающихся стран мира отмечается, что одной из актуальных проблем остается проблема старения населения. В условиях нестабильности экономического положения нашей страны увеличение категории населения старше трудоспособного возраста повышает нагрузку на пенсионную систему. В 2018 году государственной властью РФ обозначена необходимость изменения пенсионного законодательства, предусматривающего увеличение пенсионного возраста (у мужчин с 60 до 65 лет, у женщин – с 55 до 60 лет). Процесс проведения пенсионной реформы рассчитан на длительный период (2019–2028 гг.), что должно обеспечить постепенную адаптацию общества к новым возрастным параметрам.

В результате проведенных преобразований представляет собой интерес выделение такой категории граждан, как граждане предпенсионного возраста. В соответствии с Законом РФ от 19.04.1991 № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации» предпенсионным считался возраст «...за два года до наступления возраста, дающего право на страховую пенсию по старости». В настоящее время предпенсионным считается возраст «...в течение пяти лет до наступления возраста, дающего право на страховую пенсию по старости, в том числе назначаемую досрочно», что регламентировано Федеральным законом от 03.10.2018 № 350-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам назначения и выплаты пенсий». Преодоление нарастания негативного отношения населения к пенсионной реформе потребовало от государства организации социальной поддержки в качестве обеспечения и сохранения социальных льгот и гарантий и гражданам предпенсионного возраста.

В отношении медицинского обслуживания с 2019 года работникам предпенсионного возраста предоставлена льгота в виде прохождения ежегодной диспансеризации. Ответственность за реализацию права на льготу возлагается на работодателя, который в соответствии со статьей 185.1 Трудового кодекса РФ обязан предоставлять оплачиваемые дни работнику для прохождения диспансеризации, с сохранением места работы и среднего заработка за указанные дни, а также на систему здравоохранения, в соответствии с законодательством в сфере охраны здоровья.

При анализе содержания форм годовых отчетов медицинских организаций не наблюдается выделения граждан данной возрастной категории в отдельную статистическую группу. Это обстоятельство вызывает трудности в определении числа лиц предпенсионного возраста, подлежащих диспансеризации и прошедших ее, а следовательно, и порождает проблему учета и оценки полноты и своевременности удовлетворения потребностей граждан предпенсионного возраста в получении предоставленных государством льгот и гарантий. Таким образом, имеется потребность в дополнении годовых отчетных форм амбулаторно-поликлинических медицинских

организаций отдельными таблицами, учитывающими показатели диспансерного наблюдения населения предпенсионного возраста.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о необходимости обеспечения контроля и статистического учета объема и качества диспансерных мероприятий в отношении граждан предпенсионного возраста для оценки эффективности социальной политики государства, прогнозирования социально-экономических процессов, целевого использования бюджетных средств.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Иванов С.Ф. Пенсионная реформа-2019: детерминанты, последствия, альтернативы // Демографическое образование. – 2019. – Т. 6. – № 2. – С. 6–54.

Петров А.В., руководитель проектов

Компания «Аналитические технологии», г. Рязань

КАК НАВЕСТИ ПОРЯДОК В ДАННЫХ ДЛЯ СЕТИ МЕДИЦИНСКИХ ЛАБОРАТОРИЙ?

С каждым годом растет число процессов, использующих разнообразные данные для поддержки принятия решений. Известно, что правильное решение может быть принято на основе информации, полученной в результате правильной обработки данных достаточно хорошего качества. Но даже при наличии благоприятных условий есть вероятность ошибочного решения. Если же исходные данные плохого качества или они неправильно обрабатываются или неправильно интерпретируются, шансов принять единственно верное решение нет вообще.

Качество данных – одна из важнейших характеристик любого исходного набора данных. Качество данных зависит от ряда свойств:

- пригодность для анализа;
- информативность;
- достоверность.

При оценке пригодности данных мы смотрим на физические и логические несовершенства набора, такие как, например, пропуски значений, дубликаты и противоречия, необъяснимые экстремальные значения. Из простых логических дефектов можно отметить заполнение цифрами по смыслу явно текстовых полей и наоборот.

Даже идеально заполненный набор данных не гарантирует построения на его основе сколько-нибудь значимой модели. В аналитике все самое важное скрыто в самих данных. Если набор данных, несмотря на внешнюю идеальность, не позволяет сделать каких-либо выводов, он бесполезен или, как принято говорить, неинформативен.

Безусловно, важнейшим свойством данных является их достоверность, которая в свою очередь складывается из ряда свойств более низкого порядка. Данные могут быть искажены, могут утратить актуальность, могут быть неполными, неточными, неадекватными.

Анализ данных как метод познания довольно давно и успешно применяется в различных видах деятельности, однако цена ошибки в разных сферах может радикально различаться. Для финансовой организации цена ошибки – неполученная прибыль, для производства – снижение эффективности предприятия и качества продукции. В медицине цена ошибки самая высокая, поэтому борьба за качество данных о здоровье пациентов должна быть бескомпромиссной. Любой компромисс чреват отсутствием возможности установить диагноз, неверным диагнозом и назначенным лечением.

Наш не очень большой опыт сотрудничества с организациями здравоохранения говорит о наличии проблем со сбором данных в медицине. Некоторые из них:

- неформализованный ручной ввод данных;
- отсутствие шаблонов и масок для ввода данных;
- недостаток справочников;
- отсутствие эталонных записей и единого хранилища данных.

Если медицинский работник вместо набора произвольного текста будет выбирать значения из справочника, это значительно улучшит качество данных на начальном этапе их сбора.

Для правильной дальнейшей обработки данных необходим подходящий инструмент для работы с ними.

Если мы говорим о качестве данных, то следует иметь возможность:

- автоматической оценки текущего качества данных;
- настройки стратегий заполнения пропусков и замены аномальных значений;
- устранения дубликатов и противоречий;
- автоматической замены данных путем подстановок.

Перечисленные возможности обеспечивает отдельный класс программных продуктов, которые позволяют оценивать пригодность, проверять на информативность, обеспечивать достоверность данных.

Примеры подходов и методов улучшения качества данных:

- Для интеллектуальной тонкой очистки данных могут применяться специальные библиотеки категории Data Quality и создаваться уникальные сценарии обработки.
- Для повышения информативности набора данных применимы разные способы обогащения из дополнительных источников, расчета агрегатных значений, создания кросс-характеристик.
- Для подтверждения достоверности обычно применяются кросс-проверки данных по разным источникам с присвоением коэффициента (веса) доверия источнику.

Число программных продуктов для анализа данных отечественной разработки пока невелико, но среди них уже сейчас есть аналитические платформы, достойно решающие задачу улучшения качества данных и успешно конкурирующие с аналогами от ведущих мировых производителей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Паклин Н., Орешков В. Бизнес-аналитика: от данных к знаниям. Учебное пособие. 2-е изд., доп. и перераб. М.: Изд-во «Питер», 2013. 704 с.

Погонченкова И.В., д. м. н., директор, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации и санаторно-курортному лечению ДЗМ

Антонова О.В., заведующий Координационным центром медицинской реабилитации ДЗМ

ГАУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы»

КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

Медицинская реабилитация – это комплекс медицинских, психолого-педагогических и социальных мероприятий, направленный на максимально возможное улучшение качества жизни пациента после заболевания, в том числе при невозможности полного излечения. Медицинская реабилитация включает в себя методики восстановления физической, психологической, трудовой и социальной активности.

В настоящее время в России активно формируется система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов, в том числе в этом году разработан проект Концепции развития системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации на период до 2025 года.

Численность населения Москвы составляет 12,7 млн чел., из них 10,7 млн чел. в возрасте 18 лет и старше. Согласно данным Реабилитационного паспорта субъекта Российской Федерации «Формирование и развитие системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в субъекте Российской Федерации», численность инвалидов в городе Москве в возрасте 18 лет и старше составляет 997 599 чел., из них имеют индивидуальную программу реабилитации/абилитации инвалида – 658 220 чел.

В Москве в реализации программ комплексной реабилитации инвалидов активное участие принимают учреждения системы Департамента здравоохранения города Москвы (ДЗМ) и Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (ДТСЗН). Наряду с учреждениями ДЗМ и ДТСЗН в реализации программ комплексной реабилитации принимают участие федеральные, ведомственные и частные учреждения.

В системе ДЗМ реализуется трехэтапная модель медицинской реабилитации:

1. 35 стационаров оказывают медицинскую помощь по медицинской реабилитации взрослому населению на первом этапе;
2. 8 стационаров – на втором этапе;
3. 67 медицинских организаций – на третьем этапе медицинской реабилитации.

В системе ДТСЗН функционирует 47 учреждений, оказывающих услуги по реабилитации и абилитации взрослых инвалидов, в том числе 9 реабилитационных центров, 2 реабилитационно-образовательных центра, 1 ресурсный центр для инвалидов, 35 территориальных центров социального обслуживания.

В 2019 году в учреждениях системы ДЗМ медицинскую реабилитацию в условиях стационара прошли 9528 инвалидов, в том числе по профилю «Нарушения функционирования при заболеваниях и состояниях центральной нервной системы» – 5214, по профилю «Нарушение функций опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы» – 4183. А в амбулаторных условиях – 260 563 взрослых пациента, имеющих инвалидность, в том числе по профилю «Нарушения функционирования при заболеваниях и состояниях центральной нервной системы» – 43 127 человек, по профилю «Нарушение функции опорно-двигательного аппарата и периферической нервной системы» – 129 813 человек, в связи с соматическими заболеваниями – 71 043 инвалида. В 2019 году в учреждениях системы ДТСЗН 25 650 инвалидов получили услуги по реабилитации, 99 725 инвалидов – санаторно-курортное лечение.

В целях повышения доступности комплексной реабилитации инвалидов и совершенствования механизмов взаимодействия 1 августа 2019 года начал работу Координационный центр медицинской реабилитации Департамента здравоохранения города Москвы (КЦМР).

Основными задачами КЦМР являются:

1. Обеспечение принципа преемственности и последовательности этапов проведения реабилитационных мероприятий.
2. Своевременная маршрутизация инвалидов на комплексную реабилитацию при взаимодействии с государственными бюджетными учреждениями социальной защиты населения города Москвы и медицинскими организациями различных форм собственности, предоставляющими услуги по медицинской реабилитации.

3. Ведение реестра пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации.
4. Оперативный сбор и обобщение информации о наличии свободных мест для госпитализации пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи по медицинской реабилитации в стационарных условиях.
5. Ежеквартальный мониторинг лиц, нуждающихся в медицинской реабилитации, путем анализа статистических данных.

Организация межведомственного взаимодействия позволила обеспечить соблюдение принципов преемственности и этапности реабилитации, повысить эффективность реабилитационных мероприятий. На основе опыта взаимодействия КЦМР с учреждениями ДТСЗН был разработан Порядок межведомственного взаимодействия при оказании комплексной реабилитации инвалидам и утвержден «Регламент взаимодействия Департамента здравоохранения города Москвы, Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы и подведомственных им учреждений при проведении комплексной реабилитации инвалидов из числа взрослого населения города Москвы».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 1705н «О Порядке организации медицинской реабилитации».
2. Постановление Правительства Москвы от 26 декабря 2014 г. № 829-ПП «О социальном обслуживании граждан в городе Москве».
3. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 03 октября 2017 г. № 711 «О совершенствовании медицинской помощи по профилю "медицинская реабилитация" взрослому населению города Москвы».

Подчернина А. М., заведующий филиалом «Центр медицинской статистики»

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

СТАТИСТИКА МОСКВЫ – 2020, ОБНОВЛЕНИЕ

Структура медицинской статистики Москвы сегодня состоит из 5 уровней:

- непосредственно медицинской организации как держателя первичных и персонализированных данных о пациентах и ресурсах;
- организационно-методических отделов, курирующих различные направления и профили медицинской деятельности;
- дирекции по координации деятельности медицинских организаций, осуществляющей сбор оперативной информации;
- Центра медицинской статистики НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента, осуществляющего сбор форм федеральной отчетности, мониторингов, регистров и другой оперативной статистической и аналитической информации;
- Департамента здравоохранения города Москвы, осуществляющего сбор и анализ данных об управленческой и финансовой деятельности медицинских организаций.

Отрасль развивается, потоки информации увеличиваются, поэтому одной из основных задач, которые мы ставили для себя на 2020 год, было сокращение объема статистической информации, представляемой на различные уровни специалистами службы статистики медицинских организаций на местах. Созданная рабочая группа при Департаменте здравоохранения только в 2019 году сократила сбор информации, исключив около 600 показателей и отменив более 100 мониторингов, снизив периодичность сбора отдельных запросов. И это системная работа, которая продолжается и сегодня.

Институт продолжает развивать созданную систему сбора и анализа статистических данных здравоохранения. Программа представляет собой web-приложение,

что означает, что она не требует установки на АРМ пользователя. Программа имеет дружелюбный интерфейс как для пользователей медицинских организаций, так и для специалистов, принимающих отчетность. Процесс освоения инструментов программы не требует очных занятий или подробных инструкций.

Благодаря простому конструктору по созданию новых форм, не требующему навыков программирования, программа успешно используется для оперативного сбора медицинских статистических данных по запросам Правительства Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы. Время разворачивания новых мониторингов, с учетом внесения проверок и настроек, занимает не более 30–40 минут. С внедрением в работу программы существенно сократилось время кампании по приему годовой отчетности.

Специальные модули верификации данных в программе – модуль математических и логических проверок данных, модуль акцептации данных внутри медицинской организации, позволили существенно повысить качество статистических данных.

Потребность в информации для принятия тех или иных решений в здравоохранении сегодня носит очень гибкий формат, и на смену формам и мониторингам приходят регистры и реестры, позволяющие без постоянного привлечения специалистов медицинских организаций получать ответы на разные запросы и под разные задачи, используя одну и ту же внесенную информацию. Так, внедрение в период пандемии регистра кадров, работающих с пациентами с диагнозом COVID, позволило получать различную информацию из единой базы данных, решая такие задачи, как дополнительные выплаты специалистам, организация проживания и парковок для медицинских работников, планирование привлечения дополнительных кадров и другие.

Отрасль здравоохранения всегда вызывает интерес у жителей, а соответственно у средств массовой информации. Но в отличие от других отраслей, социальная сфера, а особенно система здравоохранения, требует более глубокого погружения для правильного понимания происходящих процессов. Поэтому вопрос открытости, а главное – корректной трактовки процессов, происходящих в здравоохранении, а также оценки здоровья граждан выходит в приоритетные. Для этих же целей мы запустили пилотный проект на сайте НИИ, назвав его «Медстатистика для чайников».

В наше время актуален и запрос на мгновенное понимание ситуации, мы перешли на подачу информации в виде:

- инфографики, с небольшой аналитической справкой, понятной всем,
- графических изображений данных с возможностью детализации до уровня кон-

кретной медицинской организации для специалистов, принимающих управленческие решения;

- сборников и тематических буклетов для профильных специалистов, научных работников, главных врачей.

Ситуация с пандемией позволила взглянуть на некоторые процессы, в том числе и в медицинской статистике, по-новому. В 2020 году мы провели прием форм федерального статистического наблюдения у организаций негосударственной формы собственности и ведомственных медицинских организаций в дистанционном формате. Увеличили количество представляемой информации на сайте НИИ, вынесли часть информации о медицинской статистике в социальные сети.

Как никогда становится очень актуальным вопрос межведомственной интеграции, единого понимания и единых методологических подходов в трактовке тех или иных процессов, происходящих как в здравоохранении, так и в смежных и соприкасающихся отраслях. Поэтому развитие и перенос успешных практик и опыта из всех возможных направлений и структур также прочно вошли в нашу повседневную работу.

В этом году мы вступили в общероссийскую общественную организацию «Российская ассоциация статистиков», образовав местное отделение. Вместе с профессиональным сообществом медицинских статистиков Москвы был разработан проект стандарта работы со статистической информацией в системе здравоохранения города. Летом 2020 года институт получил одобрение стать институциональным партнером ISI (Международный статистический институт).

Полищук Н.С., заместитель главного врача

ГБУЗ «Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий ДЗМ», г. Москва

АВТОМАТИЗАЦИЯ СБОРА ОТЧЕТНЫХ ФОРМ НА ПРИМЕРЕ СЛУЖБЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Оперативное управление мероприятиями, направленными на обеспечение доступности высокотехнологичных диагностических исследований, контроля качества оказываемой медицинской помощи в части лучевой диагностики, в т. ч. реализация скрининговых мероприятий по раннему выявлению злокачественных новообразований на ранних стадиях, невозможно без точных аналитических данных.

В то же время контроль за эффективностью использования высокотехнологичного диагностического оборудования в государственных учреждениях здравоохранения Москвы, закупленного за счет бюджетных средств, который в том числе осуществляется Росздравнадзором на постоянной основе, требует достоверной и оперативной аналитики.

Одним из источников информации является Форма федерального статистического наблюдения № 30, сравнение данных в которой является основой для формирования аналитических обзоров об использовании медицинской техники.

Парк диагностических устройств (компьютерный томограф, магнитно-резонансный томограф, рентгенодиагностический комплекс, маммограф, флюорограф, рентгеновский костный денситометр и пр.) города Москвы составляет более 11 % всего парка устройств Российской Федерации. Таким образом, служба лучевой диагностики Москвы является самой крупной в стране. Одновременно ежегодное увеличение количества диагностических устройств на 7 % и прирост количества рентгенологических исследований более чем на 10 % диктуют потребность в регулярном пересмотре требований к полноте аналитических данных, детализации содержания и степени достоверности.

Учитывая такую огромную диагностическую базу для получения оперативных и достоверных статистических данных, руководителями системы здравоохранения города Москвы было принято решение о создании единого цифрового пространства города с помощью систем Единый радиологический информационный сервис (ЕРИС)

и Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы (ЕМИАС). С их помощью появилась возможность централизованного хранения, обмена клиническими и диагностическими данными между медицинскими работниками и пациентами, а главное – оперативного анализа статистической информации.

Таким образом, произведена автоматизация сбора первичных данных более чем с 1200 единиц диагностических устройств со всего города. В рамках системы удалось объединить более 150 медицинских учреждений города и более 3000 медицинских работников различных специализаций.

Благодаря созданию единого цифрового пространства удалось получить доступ к первичной информации от каждого диагностического аппарата, что позволило наладить обмен информацией между медицинскими организациями, региональными службами медицинской статистики, органом управления системы здравоохранения и администрацией города. Среди прочего сформированы различные аналитические выкладки, в том числе автоматизирован сбор Формы ФСН № 30.

Одним из элементов системы стала цифровизация рабочих мест рентгенолаборантов и врачей-рентгенологов. Благодаря чему появилась возможность оцифровки первичной учетно-отчетной документации отделений лучевой диагностики Москвы, а также большого количества аналоговой информации, которая велась вручную. Создание единой номенклатуры методик и единых правил учета диагностических исследований помогло стандартизовать процесс подсчета количества обследований, сократить количество времени на сбор и заполнение отчетных форм, повысить достоверность данных и обеспечить единообразие информации между различными формами отчетов.

Именно поэтому достоверность, оперативность, полнота и прозрачность первичных аналитических данных являются ключевым аспектом в оперативном управлении службой лучевой диагностики города, что напрямую связано с повышением качества оказываемой медицинской помощи, доступности ресурсов для населения и удовлетворенности пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Полищук Н.С., Ветшева Н.Н., Косарин С.П., Морозов С.П. Единый радиологический информационный сервис как инструмент организационно-методической работы Научно-практического центра медицинской радиологии Департамента здравоохранения г. Москвы (аналитическая справка) // Радиология – Практика. 2018. Т. 67. № 4. С. 6–17.
2. Морозов С.П., Владимирский А.В., Ветшева Н.Н., Ледихова Н.В., Рыжов С.А. Референс-центр лучевой диагностики: обоснование и концепция Научно-практического центра медицинской радиологии Департамента здравоохранения г. Москвы (статья) // Менеджмент в здравоохранении. 2019. № 8. С. 25–34.
3. ЕМИАС. Управление материальным обеспечением. www.umo.mosmedzdrav.ru (дата обращения: 20.09.2020).
4. Облачный вендорнезависимый отказоустойчивый Единый радиологический информационный сервис // сайт компании Laval Medical Systems. www.lvlmed.ru/eris/ (дата обращения: 20.09.2020).

Пономаренко А.Н., к. э. н., председатель правления Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация статистиков», профессор Департамента статистики и анализа данных НИУ ВШЭ, г. Москва

МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПОДГОТОВКИ МЕДИЦИНСКИХ СТАТИСТИКОВ

Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация статистиков» (РАС) в соответствии со своими уставными целями проводит системную работу по развитию направления подготовки «Статистика» на всех уровнях образования. Для лучшего понимания сути решаемых нами проблем необходимо сказать, что за последние несколько лет в России произошли революционные сдвиги в понимании статистики как науки, отрасли практической деятельности и направления образования. Суть изменений можно пояснить следующим образом.

В СССР для обозначения статистической деятельности часто использовался термин «статистический учет». Этот термин точно передавал сущность официальной статистики, потому что главной ее функцией был контроль за выполнением государственных планов. Хотя плановая экономика в России уступила место рыночной, статистика долгое время воспринималась как учетная деятельность и ассоциировалась в основном с экономикой. Однако в мире статистическая деятельность воспринимается совсем по-другому. Статистические методы используются для решения задач во многих отраслях человеческой деятельности и науки, в том числе – в экономике, социологии, демографии, в агрономии, филологии, в науках, связанных с изучением и охраной окружающей среды, и, конечно, в медицине. Статистика – это междисциплинарная наука, такая, как математика и другие естественные науки. РАС вполне разделяет такой подход и стремится обеспечить развитие статистической науки во всех областях. Мы исходим из того, что развитие медицинской статистики является одним из основных драйверов совершенствования статистической теории и практики в целом, и поэтому большое внимание уделяем сотрудничеству с медицинскими статистиками.

РАС не занимается непосредственно обучением, но работает в направлении создания условий для развития статистического образования, включая разработку профессионального и образовательных стандартов.

РАС был разработан профессиональный стандарт «Статистик» (утвержден 8.09.2015 г. Приказом Минтруда № 605н). В этом стандарте статистическая деятель-

ность определяется как совершенствование, развитие и разработка статистической теории и методологии; сбор, обработка, систематизация и обобщение массовой информации о состоянии и развитии естественных, гуманитарных (социальных, экономических, демографических), технических и медицинских процессов и явлений, ее анализ и распространение. Иными словами, статистическая деятельность не привязана к какой-то определенной отрасли, а востребована везде.

Профессиональный стандарт «Статистик» включает, среди прочих, профессию «Медицинский статистик» с требованием к уровню образования: образовательные программы высшего образования – бакалавриат, образовательные программы среднего профессионального образования – программы подготовки специалистов среднего звена, дополнительные профессиональные программы для специалистов среднего звена.

На основе профессионального стандарта РАС разработаны ФГОС ВО по направлению подготовки «Статистика» для уровней бакалавриата и магистратуры (3++) (утверждены Минобрнауки России 04.08.2020, приказы № 1032 (01.03.05 бакалавриат), № 1030 (01.04.05 магистратура)). ФГОС ВО по направлению «Статистика» позволяет включить в образовательную программу предметы, направленные на получение необходимых навыков статистической работы, а также их применение в различных предметных областях, в том числе – в медицине. Образовательные организации самостоятельно определяют набор дисциплин, обеспечивающих выполнение выпускником трудовых функций, связанных со сбором, обработкой и анализом статистических данных в выбранной сфере профессиональной деятельности.

Был также утвержден принципиально новый перечень вступительных испытаний на программы бакалавриата по специальности 01.03.05 по выбору образовательного учреждения; в список входят физика; химия; информатика и информационно-коммуникационные технологии (ИКТ); биология; обществознание; география; иностранный язык (приказ Минобрнауки России от 30.08.2019 №666).

Таким образом, были созданы базовые методические условия для развития статистического образования для уровней бакалавриата и магистратуры. Мы понимаем, что остаются определенные нерешенные вопросы. В частности, если будет принято решение о лицензировании деятельности по медицинской статистике, это приведет к необходимости уточнения некоторых положений профессионального стандарта. Но мы готовы к этому.

Нам хотелось бы понимать, насколько медики заинтересованы в подготовке медицинских статистиков вузами и колледжами, специализирующимися на статистике. Если Минздрав России считает, что потребность в таких специалистах есть, Рос-

Российская ассоциация статистиков готова к сотрудничеству с министерством. РАС предлагает Минздраву России выработать единый подход в развитии медицинской статистики в высшем и среднем профессиональном образовании, провести совместную работу по разработке ФГОС СПО по специальности «Медицинский статистик», а также предлагаем представителям Минздрава России войти в рабочую группу РАС по актуализации профессионального стандарта «Статистик» в соответствии с приказом Минэкономразвития России от 24.01.2020 № 41.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. www.rusasstat.ru/ Сайт Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация статистиков».

Потемкина Н.В., к. т. н., начальник отдела образовательных проектов и развития кадрового потенциала

ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы»

МЕДИЦИНСКАЯ СТАТИСТИКА – СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К НЕПРЕРЫВНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ОБРАЗОВАНИЮ И ЦИФРОВАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ

На сегодняшний день медицинская статистика как элемент трудовой функции остается наиболее массовой и востребованной в практическом здравоохранении, поэтому потребность в подготовке специалистов по медицинской статистике на современном уровне, в том числе медицинских статистиков, работающих в медицинских организациях, является актуальной.

В связи с полным переходом в 2021 году на аккредитацию специалистов понятие «сертификационных курсов», как правило, объемом 144 часа, представляющих собой программы повышения квалификации с периодом проведения не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности, перестает быть актуальным. В рамках непрерывного медицинского образования (НМО) востребованными становятся ежегодные образовательные курсы повышения квалификации сроком освоения 18 или 36 часов.

При реализации программ повышения квалификации (обучающих курсов) в системе НМО обязательным требованием является наличие одного или нескольких из следующих условий: стажировка, симуляционное обучение, дистанционные образовательные технологии и электронное обучение, сетевая форма реализации.

Изменения, происходящие на сегодняшний день в образовании под воздействием цифровизации, подразумевают использование новых образовательных технологий и ресурсов. Но основная цель применения цифрового обучения не в технологии, а в том, что информационные технологии как метод делают возможным новое в обучении и преподавании.

Анализируя недавние события, связанные с распространением новой коронавирусной инфекции COVID-19, дистанционные технологии являются основным и наиболее значимым условием при реализации обучения в системе НМО.

При реализации программ обучения по медицинской статистике в дистанционной форме в системе НМО особое внимание следует уделять практическим занятиям, которые играют ключевую роль при использовании полученных знаний в профессиональной деятельности. Для закрепления полученных навыков целесообразнее использовать симуляционное обучение. Симуляция как метод обучения является отличной образовательной тактикой для достижения результата.

Симуляция представляет собой имитацию, моделирование, реалистичное воспроизведение конкретной ситуации или процесса. Несмотря на плюсы симуляционного метода, при организации обучения в дистанционной форме использование симуляционного оборудования проблематично. В связи с этим основной задачей при организации обучения по медицинской статистике в дистанционном формате является реализация симуляционного обучения без использования специализированного оборудования. Работа медицинского статистика считается одной из самых «чистых» в медицине, так как этот специалист практически не контактирует с больными и занимается в основном документами. Исходя из этого, отсутствие тренажеров и симуляторов в режиме дистанционного обучения можно заменить методом активного проблемно-ситуационного анализа, основанного на обучении, путем решения конкретных задач-ситуаций (кейсов), включающего в себя: выявление, отбор и решение проблем; работу с информацией – осмысление значения деталей, описанных в ситуации; анализ информации и синтез аргументов; работу с предположениями и заключениями; оценку альтернатив; принятие решений.

В этом году ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ» уже начал реализацию и продолжает разработку программ по медицинской статистике в рамках системы НМО с применением симуляционного обучения без использования специализированного оборудования, реализация которого рассматривается как разумное и необходимое направление в учебном процессе. Возможность обучения в дистанционной среде и активная цифровая трансформация образования – мера, которая стала не только удобной, но и необходимой для максимального сокращения рисков здоровья людей в период напряженной эпидемиологической ситуации по коронавирусной инфекции COVID-19.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Косаговская И.И., Мадьянова В.В., Королев Ю.В. Современные подходы к симуляционному обучению медицинских кадров (Часть 1) // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – № 5–6. – С. 22–28.

Редько А.Н., д. м. н., заведующий кафедрой общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Краснодар

Рубцова И.Т., к. м. н., заместитель начальника ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» МЗ Краснодарского Края, г. Краснодар

Хан В.Р., ассистент кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации», г. Краснодар

МОНИТОРИНГ ТРУДОУСТРОЙСТВА ВЫПУСКНИКОВ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Проблема кадрового дефицита в здравоохранении активно обсуждается на различных уровнях, а ее приоритетность не вызывает сомнений. Необходимость ее решения отражена в указах Президента России, государственных программах, национальных проектах. Основные положения Президентской программы «Здоровье нации» нашли отражение в Паспорте приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» [1]. Несмотря на предпринимаемые действия на всех уровнях управления по решению дефицита медицинских кадров, эффективность этих мер недостаточна. Улучшение показателей обеспеченности медицинскими работниками рассматривается как необходимое условие оказания адекватной медицинской помощи [2].

Эффективное кадровое планирование и реализация плана действий не могут быть решены без участия образовательных учреждений, которые занимаются подготовкой врачей и являются одним из самых важных элементов воспроизводства медицинских кадров. Учитывая, что спрос на выпускников превышает предложение, важно не потерять ни одного нетрудоустроенного выпускника [3].

Реализация регионального компонента национального проекта «Здравоохранение», реализуемого с 2019 г., предусматривает прирост врачебных кадров в государственных медицинских организациях Краснодарского края до 2024 г. на 2735 человек.

Целью данной работы является анализ трудоустройства выпускников медицинского вуза и разработка статистического инструмента по учету их движения в условиях Краснодарского края.

Эффективный мониторинг трудоустройства выпускников вуза определяется владением актуальной и достоверной информацией о состоянии трудоустройства выпускника [3]. В результате совместной работы ГБУЗ МИАЦ МЗ КК, ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ (далее – КубГМУ) и Министерства здравоохранения Краснодарского края был проведен анализ трудового маршрута выпускников КубГМУ в регионе.

В Краснодарском крае с 2012 года функционирует региональный регистр медицинских работников (далее – РРМР), интегрированный с федеральным регистром. На сегодняшний день к нему подключены все медицинские организации Краснодарского края государственной системы здравоохранения. По данным РРМР на 31.12.2019 г., в Краснодарском крае работают 18 276 физических лиц врачей. В государственных медицинских организациях отмечается тенденция роста доли врачей, окончивших КубГМУ. В 2015 г. их удельный вес составлял 52,7 %, а в 2019 г. – 66,2 %.

Нами проанализирована ситуация с трудоустройством выпускников КубГМУ 2017 г., по состоянию на 31.12.2019 г. Это было связано с тем, чтобы учитывать выпускников, которые поступили в ординатуру сразу после окончания вуза. Анализ показал, что на 31.12.2019 г. из 362 выпускников 2017 г., обучавшихся за счет бюджета, только 175 (48,3 %) работают в государственных медицинских организациях края, из них врачей-терапевтов участковых – 34, врачей-педиатров участковых – 23. Стоит обратить внимание, что из всех выпускников 2017 г. нет ни одного врача общей практики.

Большой интерес представляют оставшиеся 51,7 % выпускников. Учитывая, что их нет в региональном регистре медицинских работников, данные выпускники либо перешли на работу в другие регионы РФ или в негосударственные медицинские организации края, либо вообще покинули отрасль здравоохранения. Более полный анализ по данным выпускникам можно будет провести, когда в Единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения все российские врачи будут объединены в единую электронную базу данных.

Анализ формы № 1-здрав «Сведения об организации, оказывающей услуги по медицинской помощи» показал, что за период 2003–2019 гг. число физических лиц врачей в медицинских организациях Краснодарского края всех форм собственности увеличилось на 11,3 % (с 22 093 до 24 590 человек). В то же время число врачей в государственных медицинских организациях снизилось на 365 специалистов (с 19 655 в 2003 г. до 19 290 человек в 2019 г.), и данное снижение составило 1,9 %. При этом число врачей, работающих в негосударственных медицинских организациях, выросло на 2471 человека (с 370 в 2003 г. до 2841 человека в 2019 г.), и данный рост составил 667,8 %.

В 2003 году 1 врач, работавший в негосударственной медицинской организации, приходился на 53 врачей, трудившихся в государственных медицинских организациях.

В 2019 году на 1 врача из негосударственного сектора приходилось лишь 7 врачей, работавших в государственных медицинских организациях.

Таким образом, можно сделать вывод, что в настоящее время сформировалась устойчивая тенденция к оттоку медицинских кадров из государственной системы здравоохранения Краснодарского края. При сохранении существующих тенденций выполнение показателей национального проекта представляется проблематичным.

Для повышения эффективности кадровой политики на уровне субъекта Российской Федерации и гибкого управления персоналом на основе РРМР целесообразно разработать инструмент, позволяющий отслеживать не только движение врачей, уже работающих в медицинских организациях, но и данные о трудоустройстве выпускников медицинских вузов. С этой целью в Краснодарском крае в настоящее время разрабатывается модуль по визуализации данных движения кадров в режиме онлайн, который содержит информацию о выпускниках КубГМУ. Данный модуль в перспективе позволит планировать и контролировать достижения плановых показателей на основе анализа трудоустройства выпускников, причин увольнений молодых специалистов из государственных медицинских организаций с целью разработки эффективных мер как для каждой медицинской организации, так и для всего региона в целом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Становление системы аккредитации специалистов здравоохранения в России / Т.В. Семенова, А.А. Свистунов, Т.М. Литвинова [и др.] // Медицинское образование и вузовская наука. – 2018. – № 3-4. – С. 8-13.
2. Кадровые ресурсы первичной медико-санитарной помощи Российской Федерации 2014 – 2017 гг. / И.М. Сон, А.Ш. Сененко, А.Б. Гармаева [и др.]. – Москва: РИО ЦНИИОИЗ МЗ РФ, 2018. – 124 стр.
3. Тангарова М.С. Мониторинг трудоустройства выпускников как критерий эффективности деятельности медицинского вуза / М.С. Тангарова, А.Н. Калягин // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2019. – № 8. – С. 25-27.

Серов Д.В., к. м. н., главный врач
Дегтярев М.К., к. м. н., врач-статистик

ГБУЗ Городская поликлиника № 46 Департамента здравоохранения города Москвы

ОПЫТ УЧЕТА ИНФЕКЦИОННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В УСЛОВИЯХ ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Статистика здоровья, то есть регистрация и учет заболеваемости населения – одно из двух основных направлений деятельности медицинской статистики (вторым направлением является статистика ресурсов системы здравоохранения). Учет инфекционной заболеваемости имеет ряд отличительных особенностей, наиболее важная из которых – параллельная регистрация двумя ведомствами – Минздравом России и Роспотребнадзором.

Центром гигиены и эпидемиологии по городу Москве разработана и внедрена автоматизированная информационная система ОРУИБ, заменившая использовавшийся ранее порядок экстренной регистрации подозрения на инфекционное или паразитарное заболевание, а также регистрацию ряда других нозологий. В докладе кратко рассматриваются порядок работы с АИС ОРУИБ, перечень регистрируемых заболеваний, требования, предъявляемые в этой связи к медицинским организациям, а также информативность данной системы для статистического учета.

Основным источником данных о заболеваемости для медицинской статистики сегодня является «Единая медицинская информационно-аналитическая система» (ЕМИАС) Департамента информационных технологий Москвы, которая в перспективе может способствовать полному переходу московского здравоохранения на электронный документооборот. Рабочим инструментом медицинской статистики в ЕМИАС является сервис «Медицинская статистика». Несмотря на то что данный сервис постоянно совершенствуется разработчиками, он по-прежнему недостаточно информативен и неудобен в эксплуатации.

Распространение новой коронавирусной инфекции COVID-19 существенно повлияло как на работу поликлиники в целом, так и на информационное взаимодействие между ее структурными подразделениями. В настоящее время в соответствии с приказом Департамента здравоохранения Москвы от 11.09.2020 № 1035 в учреждении внедрен новый порядок работы, направленный не только на обеспечение соблюдения санитарно-противоэпидемических мероприятий и повышение качества лечения па-

циентов, но и на улучшение обмена информацией между службами, внедрен новый алгоритм сбора и накопления статистически значимой информации о заболеваемости гриппом, COVID-инфекцией и внебольничной пневмонией.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 № 52-ФЗ, статья 33.
2. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».
3. Приказ Департамента здравоохранения Москвы от 11.09.2020 № 1035 «Об утверждении порядка организации амбулаторной медицинской помощи (на дому) и в медицинских организациях пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями, гриппом, новой коронавирусной инфекцией COVID-19, внебольничной пневмонией в сезоне 2020–2021 гг.».
4. Приказ Управления Роспотребнадзора по г. Москве от 16.03.2018 № 29 «О порядке регистрации случаев инфекционных и паразитарных заболеваний в городе Москве».

РЕАЛИЗАЦИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННОГО ЭЛЕКТРОННОГО ДОКУМЕНТООБОРОТА НА ПРИМЕРЕ ОБМЕНА ДОКУМЕНТАМИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ И ФЕДЕРАЛЬНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНОЛОГИИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА

В настоящем докладе рассматриваются вопросы внедрения процессов цифровой трансформации в межведомственный документооборот и переход от процессов ручной обработки и обмена информацией к проактивному подходу, исключающему участие пациента в переносе информации между учреждениями и опирающемуся на межведомственное электронное взаимодействие при передаче и обработке информации.

Уход от привлечения пациента к сбору медицинской документации и личного посещения для ее доставки в федеральные учреждения медико-социальной экспертизы (МСЭ) позволит снизить нагрузку на человека с частичной потерей функциональности организма, снизит риски субъективного освидетельствования и коррупционных проявлений. При этом подготовка к принятию решения об оценке уровня потери функциональности будет более регламентированной, возможно в некоторых случаях с проведением экспертизы заочно или дистанционно, а также с учетом принципа экстерриториальности, но при этом в сложных случаях появляется возможность на ранних стадиях экспертизы привлечения в порядке надзора экспертов федерального бюро медико-социальной экспертизы, что будет способствовать повышению объективности и качества принятия решений при сохранении возможности обжалования решений гражданином.

Задачи организации межведомственного взаимодействия поставлены в федеральном проекте «Цифровой контур здравоохранения», и уже сейчас отрабатывается взаимодействие с большинством субъектов РФ, а к 2022 году планируется обеспечить такое взаимодействие для 80 % медицинских организаций всех регионов Российской Федерации.

Решение поставленных задач опирается на взаимодействие двух ФГИС ЕГИСЗ (Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения)

и ЕАВВИАС МСЭ (Единая автоматизированная вертикально-интегрированная информационно-аналитическая система по проведению МСЭ), а источниками информации являются региональные медицинские информационные системы (РМИС) в здравоохранении, в которых формируются направления на МСЭ. Для Москвы такой системой является ЕМИАС. В докладе приведена общая схема взаимодействия медицинских организаций и учреждений МСЭ с использованием РМИС или МИС отдельных медицинских организаций и федеральных компонентов ЕГИСЗ с передачей в ЕАВВИАС МСЭ информации через СМЭВ и получением результатов проведенных экспертиз.

Рассматриваются вопросы реального взаимодействия, статистика и проблемы, выявленные в процессе такого взаимодействия, затрудняющие переход к постоянной эксплуатации таких деловых процессов. Это и большое число участников процесса в рамках РФ, и сложность реализации за счет сложного стандарта описания электронных медицинских документов (CDA HL7 3.0).

Выявлены направления использования подходов искусственного интеллекта и методов обработки больших данных для повышения объективности и качества принимаемых решений при проведении медико-социальной экспертизы. Предполагается разработка экспертной системы формирования индивидуальных программ реабилитации/абилитации (ИПРА) и системы оценки эффективности реализуемых различными организациями ИПРА мер для улучшения качества жизни лиц, имеющих функциональные недостатки и отнесенных к категории «инвалид» («ребенок-инвалид»).

Сонголова Е. Н., к. м. н., заместитель главного врача по акушерско-гинекологической помощи ГБУЗ «ГКБ № 67 им. Л.А. Ворохобова ДЗМ», ведущий специалист ОМО по акушерству и гинекологии ГБУЗ «НИИОЗММ ДЗМ», г. Москва

КОНТРОЛЬ УЧЕТА ЭКО ПО ОМС

Негативные тенденции, связанные с длительным периодом низкой рождаемости, могут постепенно преодолеваться в результате мер по улучшению демографической ситуации, реализуемых в рамках мероприятий по выполнению Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» (с изменениями от 2019 года), а также принимаемых мер в сфере здравоохранения в рамках приоритетных национальных проектов «Здравоохранение» и «Демография».

Консервативный и инновационный сценарии долгосрочного прогноза социально-экономического развития Российской Федерации базируются на среднем сценарии демографического прогноза, разработанного Росстатом с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2010 года. Суммарный коэффициент рождаемости по данному сценарию в 2030 году составит 1,7 (в 2011 году – 1,6). На рост рождаемости могут оказать влияние следующие меры: предоставление на безвозмездной основе земельных участков под строительство жилого дома или дачи при рождении третьего (или последующего) ребенка; создание условий для повышения доступности жилья семьям с детьми в рамках реализации федеральной целевой программы «Жилище», а также обеспечение жильем молодых специалистов в сельской местности; развитие муниципальных программ образования детей дошкольного возраста; поддержка за счет средств федерального бюджета субъектов Российской Федерации, которые введут пособие на третьего и последующих детей. Также в рамках Национального проекта «Демография» могут получить по полису ОМС наиболее эффективный метод лечения бесплодия – экстракорпоральное оплодотворение.

Учитывая, что ежегодно растет число клиник, участвующих в оказании медицинской помощи по территориальной программе ОМС, необходим учет всех пациенток, направленных на лечение бесплодия методом ЭКО. Получить данную услугу по ОМС возможно только по показаниям. Для этого необходимо прикрепиться к женской консультации по месту жительства в городе Москве. После обследования и выявления показаний к данному типу лечения врач женской консультации вносит сведения в программу. Учет всех пациентов, направляемых на проведение лечения бесплодия

методом ЭКО за счет средств ОМС, осуществляется в компьютерной программе «Компонент учета экстракорпорального оплодотворения» («КУ-ЭКО»), созданной Московским городским фондом обязательного медицинского страхования.

Департамент здравоохранения города Москвы осуществляет контроль на всех этапах оказания медицинской помощи при лечении бесплодия: от прохождения клинико-лабораторного, инструментального диагностического обследования пары, страдающей бесплодием, в женских консультациях, подведомственных ДЗМ, до получения направления на лечение бесплодия методами ВРТ в комиссиях по отбору пациентов, и непосредственно проведения процедуры ЭКО. Ежемесячно проводится сбор отчета от клиник ЭКО, осуществляющих медицинскую помощь в рамках ОМС, которые предоставляют информацию о количестве завершенных процедур, в том числе с проведением криоконсервации, о количестве криопrotocolов за текущий месяц; о количестве наступления беременностей за предыдущий месяц. Также Департаментом здравоохранения г. Москвы создана горячая линия по ЭКО, на которую может обратиться каждый пациент.

Сотрудники ДЗМ контролируют формирование потока пациентов путем составления листов ожидания и соблюдения очередности при оказании медицинской помощи при лечении бесплодия с помощью ЭКО.

Электронная версия листа ожидания на проведение ЭКО и/или криопереноса с указанием очередности и шифра пациента без персональных данных размещается на официальном сайте Департамента здравоохранения города Москвы с целью возможности беспрепятственного контроля движения очереди со стороны пациентов. Обновление электронного листа ожидания на сайте ДЗМ осуществляется еженедельно.

Выбор медицинской организации для проведения процедуры ЭКО осуществляется пациентами. Комиссией по отбору пациентов для лечения бесплодия предоставляется перечень медицинских организаций, выполняющих процедуру ЭКО, из числа участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе территориальных программ обязательного медицинского страхования. Перечень данных медицинских организаций размещен на сайте Департамента здравоохранения города Москвы. Это как государственные, так и частные клиники.

С целью выполнения плановых показателей по оказанию медицинской помощи при бесплодии в рамках ОМС комиссиями по отбору пациентов совместно с клиниками ЭКО проводится индивидуальная работа с каждым пациентом, получившим направление на лечение бесплодия, но не явившимся в клинику ЭКО для проведения

протокола, а также с пациентами, находящимися в листе ожидания для получения направления.

Таким образом, на каждом этапе возможен человеческий фактор, и наличие программы позволяет исключить его. В последующем при создании единого информационного контура у данной программы появятся новые функции. Также эта программа позволяет осуществлять контроль за реализацией национального проекта «Демография».

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года».
2. Обухова О.В. Международные статистические инструменты в оценке эффективности отечественной системы здравоохранения // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – Т. 24. – № 2. – С. 2.
3. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года.
4. Указ Президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. № 606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» (с изменениями от 2019 года).
5. Национальные проекты «Здравоохранение» и «Демография».

Томилини А.А., к. м. н., заведующий организационно-методическим отделом по дерматовенерологии и косметологии

Новожилова О.Л., заместитель главного врача по организационно-методической работе

Мельниченко О.О., к. м. н., врач-методист организационно-методического отдела по дерматовенерологии и косметологии

ГБУЗ «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы»

АНАЛИЗ РАБОТЫ КАБИНЕТОВ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ И ЦЕНТРА НЕИНВАЗИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖИ ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» ПО РАННЕМУ ВЫЯВЛЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

Ведущей причиной заболеваемости ЗНО всех локализаций является ЗНО кожи (ЗНК) вместе с меланомой, занимая около 14 % в общей структуре онкологической заболеваемости. Основным мероприятием по снижению смертности от ЗНК, прежде всего меланомы, является активное раннее выявление этой патологии, в котором ведущую роль играет диспансеризация.

Мероприятия по раннему выявлению ЗНО позволили за 10-летний период увеличить выявление меланомы на I-II стадиях с 68,6 % до 80,8 %. Тем не менее пятая часть меланом в 2019 году была выявлена на поздних стадиях, при наличии метастазирования, что свидетельствует о недостаточной эффективности программы раннего выявления.

Опыт ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» свидетельствует, что визуальный осмотр кожных покровов не всегда позволяет идентифицировать выявленное новообразование кожи как злокачественное. В то же время порядок проведения диспансеризации требует направления к онкологу всех пациентов с подозрением на ЗНК по результатам визуального осмотра, что способствует либо гипердиагностике этой патологии, либо ее недооценке.

Возможным вариантом решения этой проблемы может стать разработанная и внедренная в городе Москве организационная модель оказания медицинской помощи

(МП) пациентам с подозрением на ЗНК, предусматривающая создание на стыке профилей «дерматовенерология» и «онкология» особого направления медицинской помощи – «дерматоонкологии».

Для реализации программы были изданы нормативные акты ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», установившие регламент оказания медицинской помощи пациентам с новообразованиями кожи, порядок ведения Регистра пациентов с диагнозом «меланоцитарный невус», формы ведения и учета пациентов с новообразованиями кожи и оказываемых им манипуляций. На базе ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ» созданы «Центр неинвазивной диагностики кожи» (ЦНДК) и «Кабинеты профилактики злокачественных новообразований кожи» (Кабинеты), охватывающие 16 филиалов, в которых врачи-дерматовенерологи осуществляют прием и обследование пациентов с подозрением на ЗНК, а также их дальнейшую маршрутизацию к онкологу, терапевту или хирургу в зависимости от результатов обследования.

Для оценки эффективности Программы по раннему выявлению ЗНК в городе Москве нами были проанализированы и подведены итоги работы ЦНДК и Кабинетов за 2019 год и первое полугодие 2020 года.

В 2019 году в Кабинеты обратились 104 256 пациентов с новообразованиями кожи и рядом других нозологий. Из них 5875 человек (5,6 %) были направлены в ЦНДК в связи с подозрением на ЗНК. Все они были обследованы с использованием неинвазивных методов диагностики.

Врачами ЦНДК были выявлены 2563 (2,5 %) случая подозрения на ЗНК. Все эти пациенты были направлены к терапевту с целью проведения консультации врачом-онкологом.

Начиная с декабря 2019 года, после подписания договора о сотрудничестве с ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ», отдельные пациенты с подозрением на ЗНК сразу направляются на консультацию врача-онколога, минуя стадию предварительной консультации врача-терапевта.

В первом полугодии 2020 года в «Кабинеты профилактики ЗНК» обратились 42 486 пациентов. В ЦНДК в связи с подозрением на ЗНК было направлено 2488 человек (5,9 % от общего числа обратившихся). Подозрение на наличие ЗНО в ЦНДК установлено у 1300 пациентов (3 % случаев). Из них 462 пациента (35,5 %) были направлены в ГБУЗ «ГКОБ № 1 ДЗМ» к онкологу, остальные пациенты – направлены к терапевту для дообследования и последующей консультации онколога. Среди пациентов, направленных к онкологу, специалистами ЦНДК меланома была заподозрена в 234 случаях (50,6 %), базальноклеточный рак – в 144 случаях (31,2 %) и плоскоклеточный рак – в 92 случаях (19,9 %).

По итогам обследования онкологами ЗНК были подтверждены у 108 человек (23,2 % от числа направленных), в том числе: меланома у 57 человек (12,3 %), базальноклеточный рак – у 47 человек (10,2 %), плоскоклеточный рак – у 3 человек (0,6 %), метатипический рак – у 1 человека (0,2 %).

Таким образом, консультация пациентов врачами-дерматовенерологами ЦНДК и Кабинетов позволила в 2019 году исключить подозрение на ЗНК у 98,4 тыс. человек, а в первом полугодии 2020 г. – у 41,2 тыс. человек.

В случае, если бы подозрение на ЗНК было выявлено у таких пациентов в ходе диспансеризации, врач-терапевт в соответствии с требованиями порядка проведения диспансеризации обязан был бы направить их к онкологу. В этом случае расходы ОМС на диагностику ЗНО у всех направленных к онкологу пациентов увеличились бы с учетом затрат на проведение биопсии и цитологического, гистологического или иммуногистохимического исследований, в том числе непрофильным пациентам.

Экстраполировав данные по доле обследованных в ГКОБ № 1 лиц с подозрением на ЗНК и учитывая размер тарифов ОМС, нами было определено, что включение во 2-й этап диспансеризации консультации дерматовенеролога с проведением дерматоскопии позволит уменьшить в 3 раза средние расходы на обследование 1 пациента с подозрением на ЗНК по сравнению со случаями направления всех пациентов с подозрением на ЗНК к онкологу за счет сокращения потока направления непрофильных пациентов и более низких тарифов на дерматоскопию в сравнении с тарифами на биопсию кожи с проведением цитологического, гистологического или иммуногистохимического исследования.

Таким образом, организационная модель оказания МП пациентам с новообразованиями кожи, внедренная в ГБУЗ «МНПЦДК ДЗМ», показала свою высокую эффективность за счет улучшения раннего выявления ЗНК и, как следствие, улучшения прогноза жизни таких пациентов. Включение в этапы оказания МП пациентам с подозрением на ЗНК консультации дерматовенеролога позволит уменьшить необоснованное направление непрофильных пациентов к онкологам и обеспечить более эффективное расходование средств на диагностику таких заболеваний.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Фриго Н.В., Миченко А.В., Мельниченко О.О. Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи в Москве // Московская медицина, №2 (36)2020 – с. 56-65.
2. Потекаев Н.Н., Жукова О.В., Новожилова О.Л., Мельниченко О.О., Кочетков М.А., Миченко А.В., Серов Д.Н., Фриго Н.В., Львов А.Н., Грецова О.П. Опыт ГБУЗ города Москвы «Московский научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии Департамента здравоохранения города Москвы» по созданию и реализации программы «Ранняя диагностика и профилактика меланомы кожи в городе Москве» // Клиническая дерматовенерология и косметология 2020, Т.19, №1, с. 53-63.

Троцанский Д. В., д. м. н., руководитель информационно-аналитического центра
Стрельцова И. Ю., заведующая отделом статистики

ГБУЗ «Городская клиническая больница № 40 Департамента здравоохранения города Москвы»

200 ДНЕЙ COVID: ПРАКТИКА ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ № 40

Введение в эксплуатацию и функционирование вновь построенной территории многопрофильной муниципальной больницы для лечения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в условиях текущей пандемии заставил пересмотреть приоритеты постоянного поиска новых метрик и оптимизации средств анализа для управленческой отчетности. Предшествующий опыт адаптации метрик федеральной статистики для управленческих текущих и среднесрочных решений в многопрофильном скоромощном стационаре (главный врач Д.Н.Проценко) подвергся испытанию многократно возросшей волатильностью многофакторных параметров при помощи пациентам с новым инфекционным заболеванием с 1 марта 2020 года и по настоящее время [1, 2].

Столь быстро изменяющиеся условия функционирования многопрофильного стационара (от штатного расписания до профиля коек, от форм отчетности до валидных временных методических рекомендаций) с участием множества законодательных акторов определили выбор инструмента сбора метрик в виде многопользовательских таблиц с широким привлечением практически всех сотрудников больницы [3]. Этот выбор обеспечил достаточные динамику ввода, гибкость и скорость изменений, широкий охват всех направлений деятельности. Практически в режиме реального времени руководству не только доступны все собираемые метрики и их статистики, но также в режиме реального времени осуществляется уточнение, верификация и контроль ввода.

Привлечение к генерации контента не только руководителей подразделений, но и медицинских сотрудников и технический персонал позволило вовлечь в процесс сбора необходимых метрик и сделать «соучастниками» подготовки управленческих решений весь коллектив больницы. Это требует постоянного процесса обучения персонала, но обеспечивает ранее недоступную гибкость, возрастающий объем и несравнимую скорость сбора метрик [4].

Данный подход позволил раскрыть потенциал управленческого персонала и привлечь к генерации контента и анализу всю команду специалистов. Это стало реализацией концепции мультидисциплинарного подхода и к процессу подготовки управленческой отчетности, ее анализу, разным горизонтам планирования и принятия управленческих решений.

Динамические таблицы, создаваемые и заполняемые в режиме реального времени, позволяют получить и валидизировать метрики, описательные статистики, которые используются как для постоянного контроля лечебного и производственных процессов больницы, так и ложатся в основу сводных таблиц, визуализации данных и инфографики ежедневных конференций, еженедельного медицинского общебольничного совета, работы комиссий JCI, разработки стандартных операционных процедур.

Данная практика позволила инициировать создание рабочих групп при главном внештатном специалисте по информационным технологиям ДЗМ для выработки решений по статистическому блоку и блоку управленческой отчетности в Единой медицинской информационно-аналитической системе города Москвы (ЕМИАС).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Стариков К.А. Принятие и контроль управленческих решений в здравоохранении // Главный врач. – 2016/06. – 26.08.2017.
2. Рекомендации Министерства здравоохранения РФ «Оптимизация процесса принятия и контроля реализации управленческих решений». № 99/197. – 31.12.1999.
3. Временные методические рекомендаций. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 8 (03.09.2020). Министерство здравоохранения Российской Федерации.
4. Савельев В. Статистика и коттики. АСТ. Москва. – 2018. – 192 с.

Улумбекова Г.Э., д. м. н., ректор, эксперт тематической площадки ОНФ «Здравоохранение»

Высшая школа организации и управления здравоохранением, г. Москва

ОТКРЫТЫЕ ДАННЫЕ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ – ПРОБЛЕМЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Основа для принятия правильных решений в здравоохранении – это возможность иметь точные и легкодоступные статистические данные. В докладе на примерах рассмотрены вопросы полноты, достоверности системы анализа и интерпретации данных в здравоохранении. Главные проблемы в этой сфере:

1. Недостоверность данных – показано на примерах по смертности от новой коронавирусной инфекции, от смертности по причинам в регионах.
2. Избыточность отчетности медицинских организаций – показано на примере отчетности медицинской организации по финансовым показателям и показателям качества медицинской деятельности.
3. Несоответствие данных международным стандартам – показано на примерах показателей качества медицинской деятельности и структуре коечного фонда.
4. Система анализа данных не позволяет выявить проблемы в здравоохранении – показано на примере финансирования здравоохранения.
5. Отсутствие достаточных данных в открытом доступе – нет данных ФОМС по объему, структуре и стоимости случаев лечения. Нет в открытом доступе стандартных форм статистической отчетности.

Показано, как бы выглядело российское здравоохранение, если бы имелись точные данные. Сделаны предложения по представлению открытых данных.

Черкасов С.Н., профессор, д. м. н., руководитель сотрудничающего центра ВОЗ по семейству международных классификаций, заведующий отделом исследований общественного здоровья

ГБНУ «Национальный научно-исследовательского институт общественного здоровья им. Н.А. Семашко», г. Москва

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ФОРМИРОВАНИЮ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Модернизация здравоохранения предполагает повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения на основе точной информации об истинных уровнях распространенности и структуры причин заболеваемости, причинах смертности населения. На настоящем этапе развития цивилизации в целом, и российского общества в частности, как никогда важно обеспечить эффективную деятельность системы здравоохранения, а также контроль и управление процессами формирования общественного здоровья. Указанную задачу можно реализовать в рамках мероприятий по мониторингу здоровья населения, который следует рассматривать не только как систему сбора и анализа информации, но и, в первую очередь, как важнейший и необходимый элемент управления здоровьем населения и факторами его формирующими.

Информация позволит российским экспертам обсудить текущее состояние дел, ознакомиться с результатами деятельности Национального НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко и Сотрудничающего центра ВОЗ по семейству международных классификаций, разработанными информационными системами кодирования диагностической информации, основанных на новой редакции МКБ-10 (2016) на русском языке, дальнейшими шагами по повышению качества ее использования в практическом здравоохранении Российской Федерации.

Черняков Е. В., заместитель главного врача

ГБУ «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова»
Департамента здравоохранения города Москвы

ЕДИНЫЙ ГОРОДСКОЙ ДИСПЕТЧЕРСКИЙ ЦЕНТР СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ – НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНАЯ МОДЕЛЬ ОРГАНИЗАЦИИ ЕДИНОГО ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ СТОЛИЧНОГО МЕГАПОЛИСА

Для достижения оптимального обеспечения граждан Москвы (крупнейшего мегаполиса Российской Федерации) медицинской помощью надлежащего объема и качества в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 января 2016 г. № 33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н» на Станции скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова (далее – Станция) при поддержке Департамента здравоохранения города Москвы разработан и внедрен проект организации Единого городского диспетчерского центра скорой и неотложной медицинской помощи (ЕГДЦ). Проект ориентирован на применение процессного подхода и внедрение современных информационных технологий в организацию службы скорой и неотложной медицинской помощи города Москвы, что позволило в короткие сроки существенно повысить качество оказания медицинской помощи, улучшить доступность экстренной и неотложной медицинской помощи и обеспечить необходимый оперативный контроль на всех этапах выполнения вызовов.

Разработана и внедрена организационно-методическая модель единого информационного пространства оказания скорой и неотложной медицинской помощи взрослому и детскому населению в условиях столичного мегаполиса. Модель разработана в Государственном бюджетном учреждении «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы по специальной программе с использованием оригинальных информационно-технологическим схем с учетом централизованно-децентрализованной организации управления выездными бригадами скорой и неотложной медицинской помощи (схема).

Впервые в Российской Федерации разработана и внедрена система медицинской сортировки вызовов по значимости (категории срочности) в условиях столичного мегаполиса: для направления общепрофильных выездных бригад СМП, бригад отделений неотложной медицинской помощи и дистанционной консультации врача-специалиста оперативного отдела Станции.

С 1 февраля 2017 года все телефонные звонки по вопросам скорой и неотложной медицинской помощи поступают в ЕГДЦ по единому номеру «103».

В оперативном отделе ССиНМП им. А.С. Пучкова произведена модернизация коммуникационного оборудования и организовано 168 унифицированных рабочих мест для диспетчеров. Разработана система медицинской сортировки вызовов по значимости: для направления общепрофильных и специализированных бригад СМП, бригад неотложной медицинской помощи, дистанционной консультации врача-специалиста. Сортировка вызовов производится в автоматическом режиме в строгом соответствии с разработанными алгоритмами. Входящие вызовы равномерно распределяются между свободными диспетчерами по приему и передаче вызовов выездным бригадам скорой или неотложной медицинской помощи. Автоматизированная система фиксирует все действия каждого работника ЕГДЦ: время начала его работы, перерывы для отдыха, время, затраченное на обработку вызова. Такая система позволила максимально сократить время ожидания ответа диспетчера оперативного отдела Станции до 5 секунд. Впервые в РФ разработан и внедрен регламент приема вызова (формализованное интервью абонента с диспетчером): на дисплее высвечивается перечень вопросов, позволяющих минимизировать время приема вызова и осуществление сортировки вызовов. Среднее время приема вызова составляет 1,5 минуты.

Проведены работы, направленные на модернизацию функционирующих на Станции комплексной автоматизированной системы управления (КАСУ), автоматизированной навигационной диспетчерской системы управления (АНДСУ) и автоматизированной системы связи AVAYA; формирование единого информационного пространства между Станцией и медицинскими организациями города (схема).

Разработка и внедрение в практику работы медицинских организаций города проекта «Единый городской диспетчерский центр скорой и неотложной медицинской помощи» позволили оптимизировать оперативные показатели выполнения вызова «103»:

- все вызовы от населения принимаются в ЕГДЦ по единому федеральному номеру «103» и регистрируются в соответствии с новым регламентом по приему и передаче вызовов, основанным на существующих на Станции скорой меди-

цинской помощи им. А.С. Пучкова алгоритмах, что позволило абонентам дозваниваться до ЕГДЦ в 100 % случаев с высоким качеством связи и со значительным снижением риска обрыва связи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Информация из Комплексной автоматизированной системы СС и НМП им. А.С. Пучкова.

Шурыгина Н.В., заведующая отделом медицинской статистики

ГБУЗ «ГКБ им. В.В. Виноградова ДЗМ», г. Москва

КАК ОБЕСПЕЧИТЬ КАЧЕСТВО И ДОСТОВЕРНОСТЬ СТАТИСТИЧЕСКОГО УЧЕТА В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Статистический учет и анализ в любой сфере деятельности является основой для принятия различных видов управленческих решений. Осуществляемый в системе здравоохранения постоянный мониторинг и контроль основных показателей состояния здоровья населения позволяет получать всестороннюю информацию в сфере охраны здоровья граждан, эффективно и экономически обоснованно влиять на динамику демографических процессов, развивать систему здравоохранения. Все это направлено в конечном итоге на исполнение главной цели – сохранение и укрепление здоровья граждан Российской Федерации.

Достоверный статистический анализ напрямую зависит от качества сбора первичных статистических данных в медицинских организациях: их достоверности, актуальности, информативности, полноты.

Для организации унифицированного медицинского статистического учета существуют единые для всех медицинских организаций учетные формы: «Листок ежедневного учета движения больных и коечного фонда стационара круглосуточного пребывания, дневного стационара при больничном учреждении» (форма № 007/у-02), «Статистическая карта вышедшего из стационара» (форма № 066/у-02), «Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» (форма № 025-1/у.). Все эти формы были разработаны много лет назад и предназначены для формирования ежегодной государственной статистической отчетности по утвержденным единым формам Росстата. Однако появление в последние годы дополнительных отчетов (мониторингов) с периодичностью предоставления один раз в месяц говорит о том, что годовые формы не содержат оперативную информацию, нужную в данный момент, громоздки, что затрудняет возможность в наш стремительный век принимать гибкие управленческие решения в сфере здравоохранения. И если ранее одного статистика в медицинской организации, как правило, хватало, чтобы обработать в течение года статистические карты и сдать годовой отчет, ныне для сбора оперативной информации требуются дополнительные ресурсы.

Медицинские организации в основной своей массе идут в ногу со временем, используют различные информационные системы для ведения историй болезни, статистических учетных форм и формирования статистической отчетности. Только получается, что основой для новых отчетов служат те же установленные вышеперечисленные учетные формы с тем же стандартным набором информации. И уже не приходится говорить о достоверности данных, когда в середине или, тем паче, в конце года приходится предоставлять мониторинг с «нестандартными» сведениями.

От чего же может зависеть достоверность первичного статистического учета? Как ни странно, в наше время нанотехнологий – от ручного ввода данных в информационные системы. Чтобы получить из системы даже самый простой отчет, надо внести в систему исходную информацию. Вводят ее сотрудники приемного отделения, лечащие врачи, медицинские сестры, сотрудники отделов медицинской статистики, методических отделов и других структур при отсутствии статистиков. На каждом этапе неизбежны ошибки, технические погрешности. Несмотря на это, все информационные системы «умеют» делать годовые отчеты. Но если в привычных годовых отчетах системные ошибки, как правило, уже выверены и устранены, то при возникновении необходимости предоставлять актуальную своевременную информацию для мониторингов возникают вопросы, а зачастую встают и непреодолимые препятствия: кто напишет техническое задание для информационной системы, кто его исполнит, и сколько на это потребуется времени, хватит ли цифровых возможностей системы для исполнения задуманного, кто проверит качество введенных данных и достоверность полученного отчета? Если есть, статистик. Квалифицированный, обученный, ответственный специалист. Если есть. Вот и получается, что достоверный сбор и первичный анализ статистических показателей зависит от конкретного специалиста в конкретной медицинской организации.

Ответы на перечисленные вопросы известны, и в последнее время уже много сделано для их решения. Представляется, что достигнуть качественного уровня первичного статистического учета возможно при внедрении и выполнении таких задач, как разработка единого стандарта подготовки врачей-статистиков и медицинских статистиков с четким пониманием их функциональных обязанностей, стандартизация всех процессов сбора и обработки информации в медицинских организациях, создание единой методологии формирования статистических отчетов, актуализация отчетных форм, единый цифровой контур для всех медицинских организаций, минимизация ручного ввода информации, контроль на всех этапах сбора и предоставления статистической информации.

Чтобы специалист на рабочем месте один на один с очередной «быстрой» задачей не думал, откуда брать сведения, как проверить их полноту и адекватность, при этом сдать отчет вовремя и найти время подумать об ответственности за предоставление недостоверных данных.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Дорофеев В.М., Красильников И.А., Машкова И.В. и др. Анализ медицинских данных государственного статистического наблюдения / 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: Издательство «Медицинская пресса», 2003. – 176 с.
2. Кудрина В.Г., Гончарова О.В., Дубинская Е.Л. Анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений: Учебно-методическое пособие. – 2007. – 44 с.

Язенок А.В., директор

Алексеев П.С., заместитель директора по медицинской статистике

Иванова А.А., начальник отдела анализа и прогнозирования

Шейна Д.С., ведущий инженер отдела анализа и прогнозирования

СПб ГБУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр»,
г. Санкт-Петербург

УЧЕТ МЕДИЦИНСКИХ СВИДЕТЕЛЬСТВ О РОЖДЕНИИ И СМЕРТИ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ В ПЕРИОД ПАНДЕМИИ COVID-19

Целенаправленное изучение данных о показателях демографии, особенно смертности населения, показывает, что структура смертности в Российской Федерации в настоящее время существенно отличается от таковой как в развитых странах Европы, так и в США, Израиле и других развитых государствах мира.

Причины этого несоответствия неоднородны. Ведущую роль в формировании объективных представлений об истинных показателях смертности населения играет корректная маркировка данных о причинах смерти. Только четкое следование медицинских работников правилам кодирования причин смерти при выборе ее первоначальной причины из множества состояний, обозначенных в посмертном клиническом диагнозе (протоколе аутопсии), позволяет в последующем гарантированно рассчитывать на достоверность формируемых демографических показателей, рационально организовать статистическую разработку сведений о причинах смерти и обеспечить целенаправленное воздействие на их предупреждение.

Очевидно, что внедрение единой автоматизированной системы может и должно оказаться одним из основных инструментов по устранению недостатков, допускаемых специалистами при оформлении медицинских свидетельств о смерти. Именно поэтому целенаправленное изучение вопросов по возможности повышения достоверности статистической информации с ежедневным контролем и анализом показателей смертности в таком регионе, как Санкт-Петербург, имеет большое значение для практического здравоохранения и медицинской науки.

В соответствии с действующим законодательством Российской Федерации медицинские организации выписывают свидетельства о смерти, содержащие информацию о причинах смерти умерших граждан. Свидетельства о смерти выдаются на руки родственникам умершего либо уполномоченным органам государственной власти.

Выписанные свидетельства о смерти подлежат обязательной регистрации в органах по делам записи актов гражданского состояния, без которой невозможно захоронение умершего. Органы по делам записи актов гражданского состояния на основании зарегистрированных свидетельств о смерти формируют базы данных умерших, которые передаются в деперсонифицированном виде в территориальный орган Федеральной службы государственной статистики, Федеральную налоговую службу, Фонд социального страхования, Пенсионный фонд и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

Преодолеть недостатки, присущие ручному оформлению медицинских свидетельств о смерти, поможет создание информационной системы, объединяющей медицинские организации, выдающие медицинские свидетельства о смерти, а также районные отделы здравоохранения и СПб ГБУЗ МИАЦ как контролирующие организации второго и третьего уровней.

Созданная в Санкт-Петербурге информационная система учета медицинских свидетельств о смерти позволила:

- повысить оперативность, полноту и достоверность собираемой информации о причинах смертности населения;
- обеспечить автоматизированный контроль кодирования причин смерти на этапе заполнения свидетельства;
- сократить затраты на проверку правильности заполнения медицинских свидетельств о смерти и правильности выбора кода основной причины смерти;
- существенно сократить объем ручной работы и сроки при подготовке оперативной и статистической отчетности по смертности.

В рамках проведения работ по созданию системы разработаны и согласованы с типографиями бланки медицинских свидетельств о рождении и смерти нового образца, которые не предназначены для рукописного заполнения и могут использоваться только при работе с подсистемой УМСПС. Подготовлено и издано соответствующее распоряжение Комитета по здравоохранению от 23.08.2018 № 443-р «О внедрении в эксплуатацию подсистемы "Учет медицинских свидетельств о рождении и смерти в медицинских организациях" ГИС РЕГИЗ Санкт-Петербурга».

В результате внедрения Системы удалось:

- исключить возможность незаполнения обязательных полей;
- обеспечить удобный поиск нозологических форм с автоматическим определением соответствующего кода МКБ-10;
- обеспечить автоматизированное формирование базы данных выписанных свидетельств в режиме реального времени;
- обеспечить контроль правильности кодирования причин смерти с использованием автоматизированного модуля проверки «АСМЕ»;
- обеспечить возможность интеграции подсистемы УМРС с ИС Комитета ЗАГС и подсистемами РФ ЕГИСЗ;
- сократить временные затраты на повторную выдачу медицинских свидетельств;
- минимизировать количество ошибок технического характера.

Кроме того, причиной внедрения Системы явился анализ данных, поступивших в органы ЗАГС города Санкт-Петербурга, с 2014 по 2018 год (до внедрения Системы) в части полноты и корректности заполнения пункта 19 медицинского свидетельства о смерти. По его результатам были выявлены недостатки, допускаемые специалистами при оформлении медицинских свидетельств о смерти:

- Некорректное заполнение подпунктов пункта 19 свидетельства о смерти – менее 30 % свидетельств можно считать корректно заполненными в части порядка и полноты заполнения подпунктов а, б и в.
- Заполнение текстовых полей и полей кодов пункта 19 свидетельств о смерти также не соответствовало рекомендациям. В частности, допускалось заполнение текстового поля при отсутствующем коде МКБ-10 по соответствующему пункту (более 80 % свидетельств не заполнялись кодами МКБ-10 при заполненном текстовом поле).
- Использование разных кодов МКБ-10 одного текстового диагноза причины.

На конец сентября 2020 года в Системе заведено более 83 тысяч свидетельств о рождении, а также более 100 тысяч свидетельств о смерти, в том числе свидетельств о перинатальной смерти.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Сковрцова В.И. «Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2016 год», Министерство здравоохранения, стр. 191.
2. Федеральный закон от 15.11.1997 № 143-ФЗ «Об актах гражданского состояния».
3. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 26.12.2008 № 782н «Об утверждении и порядке ведения медицинской документации, удостоверяющей случаи рождения и смерти».
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 27.12.2011 № 1687н «О медицинских критериях рождения, форме документа о рождении и порядке его выдачи».
5. Письмо МЗСР РФ от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти».
6. Постановление Правительства РФ от 21.11.2013 № 1049 «Об утверждении правил представления органами ЗАГС сведений о государственной регистрации рождения, смерти, заключения и расторжения брака в федеральную службу государственной статистики».
7. Постановление Правительства РФ от 18.11.2013 № 1030 «Об утверждении правил передачи органами записи актов гражданского состояния сведений о государственной регистрации рождения и смерти».
8. Распоряжение Комитета по здравоохранению от 19.01.2009 № 16-р «О реализации приказа МЗСР РФ от 26.12.2008 № 782-н».

Научное издание

СТАТИСТИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НОВОГО ВРЕМЕНИ

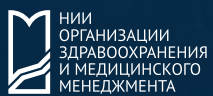
Материалы Второго съезда
медицинских статистиков Москвы

Сборник тезисов

*Корректор: Е. Н. Малыгина, В. В. Монахова
Верстка: А. В. Усанов*

Подписано в печать 00.00.0000. Формат 00 x 00/00.
Кол-во усл. печ. л. 000. Тираж 000 экз. Заказ № 000.

Отпечатано в ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ»,
г. Москва, ул. Шарикоподшипниковская, д. 9.
www.niioz.ru



www.niioz.ru