Специальность: 060501 «Сестринское дело» (базовый уровень СПО)

код, наименование, уровень подготовки

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Тема: Организация сбора и обработки медико-статистических данных

Содержание

Введение

Теоретическая часть

. История медицинской статистики

. Структура медицинской статистики

. Штатно-организационная структура отделения медицинской статистики

.1 Организация статистической работы поликлиники

.2 Организация статистической работы в стационаре

.3 Организация работы в медицинском архиве

. Недостатки существующей системы анализа в медицинской статистике

. Резервы информатизации. Развитие системы

Исследовательская часть

Выводы

Заключение

Список литературы

Введение

Медицинская статистика - это целая служба в системе здравоохранения. Десятки тысяч профессионалов заняты сложным делом - подсчетом заболеваемости и смертности. Для непосвященных медицинская статистика представляется составлением многотомных отчетов. Но это слишком упрощенный взгляд. Стоит познакомиться с ней, выясняется, что нужно еще правильно интерпретировать полученные данные. Например, улучшается диагностика - за этим обязательно следует рост заболеваемости в этот же период. Хотя этот показатель доказывает только одно - медики стали лучше работать и сумели диагностировать заболевание у большего числа людей.

В настоящее время система сбора и анализа медицинской статистики в России, отражая все социально-экономические особенности страны, является основой для оценки и прогноза деятельности отрасли, и крайне важно, чтобы информация была полной и достоверной.

Условия для получения полных, точных и достоверных статистических сведений основываются на принципе «Е»: единая система первичной учетной медицинской документации и порядок ее ведения; единая программа учета и свода данных; единая методика расчета показателей; единые методические подходы к составлению отчетов всеми учреждениями здравоохранения; единая система понятий и терминов. На таких принципах строится работа всей системы учета и отчетности. Кроме того, не в последнюю очередь «правдивость» информации достигается благодаря анализу множества показателей. Если в статистический отчет вкрадывается ошибка, то ее можно обнаружить при анализе показателей разных разделов отчета, когда поступающая информация не будет корреспондироваться между собой.

Медицинская статистика нацелена на решение наиболее выраженных современных проблем в здоровье населения. Основными проблемами здесь, как известно, являются необходимость снижения заболеваемости, смертности и увеличения продолжительности жизни населения. Соответственно, на данном этапе основная информация должна быть подчинена решению этой задачи. Должны подробно приводиться данные, характеризующие с разных сторон ведущие причины смерти, заболеваемость, частоту и характер контактов больных с медицинскими учреждениями, обеспечение нуждающихся необходимыми видами лечения, включая высокотехнологичные.

Заполнение всевозможных отчетных форм во все времена доставляло много хлопот, как для врачей первичного звена, так и для работающих в стационарах. Однако, медицинская статистика - один из основных рычагов управления, который помогает контролировать реализацию тех направлений, которые считаются приоритетными.

Медицинская статистика помогает выявить закономерности в здоровье населения, в системе организации медицинских услуг. Поэтому знание основ медицинской статистики необходимо медицинскому работнику независимо от специальности, как в практической деятельности, так и в научно-исследовательской работе. Тем более врачам общественного здравоохранения, для которых медицинская статистика является основным методом работы.

Для оценки состояния здоровья населения, медицинского обслуживания, выполнения плана деятельности лечебно-профилактических учреждений и их отчета, а также проведение научных исследований необходимы знания по медицинской статистике.

Цель работы: изучение влияния современного программного обеспечения на сбор, обработку и анализ статистических данных в учреждении здравоохранения.

Задачи исследования: проанализировать преимущества и недостатки современной версии программного обеспечения в сравнении с предыдущей версией на базе Сиверской районной больницы.

I. Теоретическая часть

статистический здравоохранение программный больница

1. История медицинской статистики

Теория вероятностей и математическая статистика возникли в середине XVII века в результате развития общества и товарно-денежных отношений. Свою роль в этом процессе сыграли и азартные игры, они послужили простыми моделями для выявления закономерностей в появлении случайных событий. Кроме того, развитие математической статистики было обусловлено необходимостью обрабатывать скопившиеся к тому времени данные в области управления государством: демографии, здравоохранении, торговле и других отраслях хозяйственной деятельности. Первым, кто удачно объединил методы антропологии и социальной статистики с достижениями в области теории вероятностей и математической статистики, был бельгийский статистик Ламберт Кетле. Из его точки зрения следовало, что задача статистики заключается не в одном лишь сборе и классификации данных, а в их анализе с целью открытия закономерностей.

Вначале применение статистических методов в медицине в Европе встречало сопротивление. Так, известный математик К.Пирсон в 1900г. послал в Королевское общество Лондона для публикации одну из своих статей, в которой применил статистические методы, на что получил ответ, в котором указывалось на нежелательность того, чтобы в статьях по биологии содержался какой-либо математический аппарат. Но развитие применения статистических методов в медицине и биологии остановить не удалось, и в 1901г. Пирсон основал журнал «Биометрика», который издается до настоящего времени.

В России одним из ревностных сторонников применения статистических методов в медицине был основатель военно-полевой хирургии Н.И.Пирогов. В 1849г., говоря об успехах отечественной хирургии, он отмечал, что «…приложение статистики для определения диагностической важности симптомов и достоинства операций можно рассматривать как важное приобретение новейшей хирургии». В учебнике по основам военно-полевой хирургии он писал: «Я принадлежу к ревностным сторонникам рациональной статистики и верю, что приложение ее к военной хирургии есть несомненный прогресс».

Активным сторонником использования статистических методов в медицине был известный российский терапевт, организатор земской медицины В.А.Манассеин. В клинических лекциях он не противопоставлял статистику клиническому наблюдению, а наоборот, акцентировал внимание на их взаимную дополняемость: «Для проверки в клинике имеются два пути, отнюдь не исключающие друг друга и одинаково важные. Я разумею путь статистического доказательства, с одной стороны, и точное клиническое наблюдение каждого отдельного случая - с другой».

В России в конце XIX - начале ХХ века существовала достаточно стройная система сбора статистических данных. Статистическое наблюдение за основными санитарно-демографическими характеристиками, обеспеченностью населения медицинскими кадрами, амбулаторно-поликлиническими и стационарными учреждениями осуществлялось в России с начала ХХ века.

В период с 1900 по 1925 гг. проведенные исследования впервые дали представление о размерах, структуре общей заболеваемости, её зависимости от доступности врачебной помощи населению, связи с определенными социально-экономическими и другими факторами.

Вплоть до 1925г. регистрация и анализ заболеваемости практически не проводились. В 1923-1925 гг. были проведены первые выборочные санитарные обследования сельского населения, что предопределило в дальнейшем склонность ученых к выборочным методам изучения заболеваемости.

С 1926 по 1950гг. существенно улучшилась регистрация заболеваемости острыми инфекционными болезнями, введено экстренное извещение об инфекционных заболеваниях. В эти годы получили развитие статистика заболеваемости с временной утратой трудоспособности, статистика заболеваемости туберкулезом, венерическими болезнями, важнейшими неэпидемическими заболеваниями. Начала развиваться статистика злокачественных опухолей, получила широкое развитие статистика диспансерного наблюдения за больными.

С 1953г. стала производиться регистрация заболеваний по уточненным (окончательным) диагнозам по специальным статистическим талонам. Без изменения остались всеобщность учета, то есть распространение его на все амбулаторно-поликлинические учреждения с включением результатов в годовые медицинские отчеты. Такая отчетность сохранилась и до настоящего времени.

Отсутствие опыта в статистической работе и перегрузка врачей более важными, чем учет, обязанностями, не давали возможности им сосредоточиться на статистике заболеваемости и обусловливали ошибки учета. Еще большую роль играло то обстоятельство, что врач, регистрируя заболевание, не знал, не было ли оно зарегистрировано другими врачами данного учреждения. Это усугубляло ошибки, делая их систематическими, и искусственно завышало размеры заболеваемости за счет её дублирования и искажали её структуру.

Новым разделом санитарной статистики явилась так называемая статистика здравоохранения. Она характеризовалась первоначальной попыткой создания единых форм учета и выпуском в 1920г. «Правил и форм медико-статистической регистрации». Впоследствии эти правила и формы подвергались многократным пересмотрам и изменениям. Основной задачей этих пересмотров и изменений было их усовершенствование, приспособление к меняющимся запросам практики советского здравоохранения и к появлению новых типов медицинских учреждений.

2. Структура медицинской статистики

Статистика - самостоятельная общественная наука, изучающая количественную сторону массовых общественных явлений в неразрывной связи с качественной стороной. Именно разнообразием качественных особенностей объясняется то, что для количественного описания явлений используется большое число самых разных статистических величин. Статистика устанавливает соответствие между идеальным миром и представлением о реальном мире.

Статистика, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной и здравоохранением, называется медицинской или санитарной. Медицинская статистика изучает количественные закономерности, состояние и динамику населения, системы здравоохранения, а также разрабатывает методы статистического анализа клинических и лабораторных данных.

Таким образом, медицинская статистика - это раздел биостатистики, который занимается изучением вопросов как общественных явлений (показатели здоровья, показатели здравоохранения), так и необщественных явлений (состояние организма человека, биохимические процессы, происходящие в организме человека).

Задачи медицинской статистики:

• выявление состояния здоровья населения и факторов, его обуславливающих;
• изучение кадров и деятельности;

• применение методов медицинской статистики в экспериментальных клинических и лабораторных исследованиях.

Медицинская статистика состоит из трех разделов:

Теоретические и методические основы:

• математику;

• общую статистику;

• специальные медицинские методы исследования.

Статистика здоровья населения, изучающая следующие показатели:

• физического развития;

• медико-демографические;

• заболеваемости и травматизма;

• инвалидности.

Статистика здравоохранения изучает деятельность органов и учреждений здравоохранения по следующим основным показателям:

• объем выполненной работы;

• количественная и качественная характеристика работников (категория врача, ученая степень и т.д.);

• качественный показатель работы;

• нормы и нормативы здравоохранения;

• организационные формы работы;

• финансовая деятельность.

Для статистических исследований, прежде всего, необходимо выбрать статистическую совокупность или объект исследования.
Статистическая совокупность - это группа однородных элементов, взятых вместе в известных границах времени и пространства.
Статистическая совокупность состоит из единиц наблюдения - это первичные элементы данной совокупности. Каждая единица наблюдения имеет учетные признаки (пол, возраст, профессия и так далее). Изучают те признаки, которые необходимы для данного исследования. Учетные признаки - различия между первичными элементами. (Например, отличие больных по полу, возрасту, профессии, национальности и др.).

По своей роли в составе совокупности учетные признаки делятся на:
• факторные, которые влияют на изменение другого признака;
• результативные, которые изменяются в зависимости от изменения факторного признака (например, при выкуривании большого количества сигарет в день, развиваются заболевания ЖКТ; факторные признаки - курение, результативные - заболевания ЖКТ).

. Штатно-организационная структура отделения медицинской статистики

Органы и руководители здравоохранения в оперативной и прогностической работе постоянно используют статистические данные о здоровье населения, сети учреждений, организации и деятельности служб здравоохранения и медицинских кадрах. Статистика здравоохранения помогает органам здравоохранения контролировать деятельность сети, руководителям учреждений - оперативно управлять своим объектом, врачам всех специальностей - судить о качестве и эффективности лечебно-профилактической работы. Медико-статистическая информация о сети и деятельности учреждений здравоохранения, об объеме и качестве работы обеспечивается санитарно-статистической службой, построенной по иерархическому принципу, где различные звенья оперируют разной по объему, характеру и содержанию информацией.

Кабинеты учета и статистики в ЛПУ проводят работу по организации системы первичного учета, отвечают за текущую регистрацию деятельности, правильное ведение учетной документации и обеспечение руководства учреждения необходимой оперативной и итоговой статистической информацией. Они составляют отчеты и работают с первичной документацией. Оргметодотделы ЦРБ и бюро медицинской статистики областей (городов) обобщают результаты деятельности лечебно-профилактических учреждений и специализированных служб, помогают полно и целенаправленно оценивать и анализировать здравоохранение на территории.

В структуру отделения могут входить следующие функциональные подразделения в зависимости от формы ЛПУ:

отделение статистики в поликлинике - отвечает за сбор и обработку информации, получаемой от амбулаторно-поликлинической службы;

отделение статистики стационара - отвечает за сбор и обработку информации, получаемой из подразделений клинической больницы;

медицинский архив - отвечает за сбор, учет, хранение медицинской документации, ее подбор и выдачу по требованиям.

Отделение статистики должно быть оборудовано автоматизированными рабочими местами с подключением в локальную сеть ЛПУ.

Кабинеты учета и статистики в ЛПУ проводят работу по организации системы первичного учета, отвечают за текущую, регистрацию деятельности, правильное ведение учетной документации и обеспечение руководства учреждения необходимой оперативной и итоговой статистической информацией. Они составляют отчеты и работают с первичной документацией.

Статистический учет и отчетность организуются в соответствии с основами статистического учета и отчетности, принятыми в ЛПУ Российской Федерации, на основании требований руководящих документов, методических рекомендаций ЦСУ, Минздрава РФ и дополнительных инструкций администрации.

.1 Организация статистической работы поликлиники

Отделение медицинской статистики поликлиники осуществляет работу по сбору, обработке первичной учетной документации и составлению соответствующих отчетных форм по работе поликлиники. Основным первичным учетным документом является «Статистический талон амбулаторного пациента», поступающий в виде общепринятой формы № 025-6/у-89.

Обработка полученного материала начинается проверкой каждого документа с точки зрения правильности его заполнения. При этом нередко попадаются неправильно или неполно заполненные документы, которые должны быть выправлены или исключены из обработки. Например, при обработке карт, характеризующих заболеваемость населения, выявляются такие, в которых не проставлен диагноз. Естественно, что эти карты дефектны и для изучения заболеваемости не годны. Дефектными будут и такие карты, в которых не указан пол, возраст, дата начала заболевания и т.д., если эти учетные признаки предусмотрены программой статистического исследования.

Ежедневно после проверки и сортировки статистических талонов производится их обработка. Информация с талонов обрабатывается вручную или вводится в компьютерную базу через программу локальной сети по следующим параметрам:

) повод обращения;

) код основного заболевания;

) характер заболевания;

) если заболевание вызвано травмой - вид травмы;

) при наличии сопутствующего заболевания - данные о нем;

) законченность лечебного случая;

) исход заболевания;

) категория услуги;

) у врачей стоматологических специальностей - коды манипуляций и количество УЕТ.

Для того, чтобы из полученного материала выявить сведения, характеризующие совокупность в целом, разрозненные несистематизированные единичные записи должны пройти стадию статистической сводки. Результаты сводки представляются в виде статистических рядов или таблиц и содержат данные, относящиеся уже не к отдельным единицам наблюдения, а ко всем обследованным суммарно. Сводка должна обеспечить получение показателей, которые были предусмотрены программой статистического исследования. Также существенной частью сводки является группировка: по качественному признаку, по количественному признаку, структурная, типологическая аналитическая группировка.

На основании данных, полученных в результате сводки, ежемесячно, ежеквартально составляются отчеты по итогам работы поликлиники:

) сведения посещаемости по заболеваемости с распределением по подразделениям поликлиники, по врачам и по потокам финансирования (бюджет, ОМС, ДМС, договорные, платные);

) сведения посещаемости по заболеваемости дневных стационаров, стационаров на дому, центра амбулаторной хирургии и других видов стационарозамещающих видов медицинской помощи по аналогичной форме;

) сведения посещаемости по заболеваемости цеховых поликлиник и здравпунктов по такой же форме;

) сведения по посещаемости прикрепленных контингентов с распределением по предприятиям и категориям (работающие, неработающие, пенсионеры, ветераны войны, льготники, сотрудники и т. д.);

) сводная таблица посещаемости по заболеваемости с распределением по подразделениям амбулаторно-поликлинической службы и потокам финансирования.

В конце года формируются годовые отчеты государственных статистических форм.

.2 Организация статистической работы в стационаре

В отделении медицинской статистики стационара осуществляется работа по сбору, обработке первичной учетной документации и составлению соответствующих отчетных форм по результатам работы клинической больницы. Основными первичными учетными формами являются медицинская карта стационарного больного (ф.003/у), карта выбывшего из стационара (ф.066/у), листок учета движения больных и коечного фонда стационара (ф.007/у). Первичные учетные формы отделение получает из приемного отделения и клинических отделений. Ежедневно проводится обработка получаемых форм по нескольким видам.

. Движение больных в отделениях и по стационару в целом:

проверка достоверности данных, указанных в форме 007/у;

корректировка данных в сводной таблице движения больных (форма 16/у);

пофамильный учет движения больных в многопрофильных отделениях, отделениях реанимации и кардиореанимации;

внесение данных по движению больных за сутки в сводную таблицу с использованием программного обеспечения статистики;

передача сводки в городское бюро госпитализации.

. Статистическая обработка форм 003/у, 066/у:

регистрация историй болезни, поступающих из отделений, с уточнением профиля и сроков лечения;

проверка достоверности и полноценности заполнения форм 066/у;

изъятие из историй талонов к сопроводительному листу ССМП (ф.114/у);

проверка соответствия шифра истории болезни (потоки финансирования), наличию направления, тарифному соглашению с Территориальным Фондом ОМС;

кодирование историй болезни с указанием кодов.

. Ввод информации в компьютерную сеть: для пациентов ОМС и ДМС и для пациентов, финансируемых из нескольких источников, осуществляется по прямым договорам, гарантийным письмам.

. Разбор обработанных историй болезни с изъятием формы 066/у и сортировка их по профилям отделений и датам выписки. Сдача историй болезни в медицинский архив.

. Постоянный контроль за своевременностью сдачи историй болезни из клинических отделений по листкам учета движения больных с периодическим докладом заведующему отделением.

По итогам работы отделений и стационара в целом производится статистическая обработка данных c формированием отчетов:

оперативные показатели работы стационара;

коечный фонд и его использование;

деятельность круглосуточного стационара в разрезе профилей коек;

сведения о хирургической работе круглосуточных стационаров;

отчет по экстренной хирургической помощи;

сведения о деятельности стационара по нозологическим формам и возрастному составу;

отчет по абортам.

Статистические данные годового отчета используются для анализа и оценки деятельности ЛПУ в целом, его структурных подразделений, оценки качества медицинской помощи и профилактических мероприятий.

.3 Организация работы в медицинском архиве

Медицинский архив предназначен для сбора, учета и хранения медицинской документации, подбора и выдачи для работы затребованных документов. Медицинский архив размещается в помещении, предназначенном для длительного хранения документации. В архив поступают историй болезни выбывших пациентов, которые учитываются в журналах, маркируются, сортируются по отделениям и алфавиту. В архиве осуществляются подбор и выдача историй болезни в месяц по заявкам и соответственно возврат ранее затребованных. В конце года производятся прием на хранение, учет, сортировка карт выбывших больных, историй болезни умерших пациентов, историй болезней амбулаторных пациентов.

На основании статистических исследований отделение медицинской статистики:

обеспечивает администрацию оперативной и итоговой статистической информацией для принятия оптимальных управленческих решений и улучшения организации работы, в том числе в вопросах планирования и прогнозирования;

проводит анализ деятельности подразделений и отдельных служб, входящих в состав ЛПУ, по материалам статистических отчетов с использованием методов оценки вариабельности, типичной величины признака, качественных и количественных методов достоверности различий и методов изучения зависимости между признаками;

обеспечивает достоверность статистического учета и отчетности и осуществляет организационно-методическое руководство по вопросам медицинской статистики;

осуществляет составление годовых и других периодических и сводных отчетов;

определяет политику в области правильного оформления медицинской документации;

участвует в разработке и внедрении компьютерных программ в работу отделения.

Быстрое развитие науки, превращение ее в непосредственную производительную силу общества предъявляют особенно высокие требования к подготовке специалистов всех отраслей. Современный специалист, в том числе и врач-руководитель, призван хорошо владеть избранной специальностью, для чего ему необходимо уметь собрать, обработать и проанализировать эмпирические данные, материалы научных исследований и экспериментов, факты текущей действительности. Без систематизации и надлежащей обработки первичных данных, глубокого и все6стороннего научного анализа фактов нельзя извлечь заключенную в них информацию, открыть законы, управляющие ими. Эта работа требует от специалиста-руководителя, специалиста-исследователя конкретных и глубоких знаний, умения планировать исследование, анализировать полученные результаты, делать выводы и разрабатывать соответствующие предложения.

Совершенствование медицинского обеспечения населения, особенно в период ускорения научно-технического прогресса и все возрастающей роли науки, требует существенного усиления подготовки врачей и среднего медицинского персонала в области научной методологии сбора, обработки и анализа информации на базе использования технических средств.

4. Недостатки существующей системы анализа в медицинской статистике

При кажущейся точности, в медицинской статистике существуют некоторые аспекты, препятствующие достоверности информации.

Показатели заболеваемости используют для характеристики структуры заболеваемости по отдельным нозологическим формам. Недостатком такого подхода при сборе статистической информации отдельной территории и во всей стране является отсутствие какой-либо конкретизации степени развития болезни. Но только такая информация позволила бы адекватно формировать программы профилактических и лечебных мероприятий в регионах.
Это особенно важно при изучении потребности в хирургическом лечении.

Так, общие показатели заболеваемости детей врожденными пороками развития без указания степени тяжести патологического процесса, темпов развития вызванных им нарушений утрачивают свою информативность. Число зарегистрированных врожденных аномалий развития сердца и системы кровообращения не означает, что такое же число детей в данный период нуждаются в хирургической коррекции, а есть аномалии, вовсе не требующие ее проведения.

Аналогичная ситуация возможна при оценке масштабов хирургического лечения приобретенных пороков клапанов и хронической ишемической болезни сердца. Недостаточно знать уровень заболеваемости ишемическими болезнями в целом. Если большинство пациентов с острым инфарктом миокарда и другими формами острой ИБС можно считать кандидатами на оперативное лечение, то учет количества случаев стенокардии, хронической ИБС для планирования объемов хирургической помощи недостаточен, так как только части таких больных на данном этапе показана операция. Только детальный анализ заболеваемости - формы патологии и степени поражения, прогноза эффективности вмешательства - позволит обоснованно заявить о масштабах потребности и возможности оказания специализированной помощи.

В условиях новых экономических и правовых взаимоотношений в системе «государство - население - медицина» необходимы всесторонний анализ деятельности всей структуры здравоохранения, отдельных служб и учреждений, а также оценка общественного здоровья на основе детальных статистических сведений как ориентир при разработке мероприятий, направленных на достижение благополучия человека. При анализе деятельности медицинской организации необходим дифференцированный подход к использованию относительных показателей, так как не во всех случаях корректно применять одни и те же показатели, поскольку многие из них могут быть предельно информативными, а могут это качество полностью утратить.

Первым этапом оценки деятельности системы здравоохранения на той или иной территории является формирование данных об обслуживаемом населении, т.е. описание его возрастной и половой структуры, места проживания, условий труда, состояния здоровья.

Дефицит медицинских кадров отдельных специальностей в медицинской организации определяется показателем укомплектованности штатных должностей, точнее, доля незанятых должностей в штатном расписании и определяет величину дефицита кадров. Большие значения последнего показателя отражают неблагополучную ситуацию с оказанием того или иного вида помощи населению, прикрепленному к данному учреждению. Однако показатель укомплектованности должностей, рассчитанный по сводному отчету, утрачивает свою информативность по причине "усреднения" данных о недостающих специалистах в разных учреждениях одной территории и тем более в разных субъектах Российской Федерации.

Ряд показателей позволяет оценить функционирование коечного фонда. Во-первых, это число дней работы койки в году, характеризующее степень использования стационара; показатель рассчитывается как число дней, проведенное всеми больными на койках в году, деленное на число пользованных в течение года больных. При этом число пользованных определяется полусуммой поступивших, выписанных и умерших. Применение в расчетах понятия "пользованные больные" образует резкие колебания величины показателя, обусловленные разницей между числом выписанных и поступивших пациентов за рассматриваемый период.

Показатель занятости койки дополняет показатель оборота койки, который определяется числом больных, пролеченных на 1 койке в данном учреждении в течение года, т.е. числом госпитализированных пациентов, деленным на среднегодовое число коек. Однако этот показатель нецелесообразно использовать в сводном отчете района, территории и даже многопрофильного учреждения. Показатели оборота коек разных профилей заменяются одним "усредненным" показателем, величина которого зависит от структуры коечного фонда в учреждении или регионе, поэтому в данном случае он утрачивает свою информативность при сравнительной оценке работы разных медицинских организаций. Показатель оборота койки адекватно характеризует интенсивность работы только койки определенного профиля внутри 1 учреждения.

Больничная летальность, определяющая долю умерших среди всех выбывших, рассчитывается как число умерших, деленное на сумму числа выписанных и умерших (в %). Этот показатель зависит от ряда факторов, в первую очередь от характера контингента - тяжести состояния больных, возрастного состава, своевременности и адекватности проводимого лечения и т.д. Показатель целесообразно использовать в одних и тех же отделениях или в одном и том же учреждении, т.е. в случаях, когда показатель рассчитывается для равных или сопоставимых условий работы койки. При использовании в учреждениях с разными условиями работы (различным контингентом больных - разного профиля, тяжести состояния, спецификой лечения) показатель утрачивает свою информативность. Очевидно, некорректно сопоставлять уровни госпитальной летальности в кардиологическом отделении и отделении неотложной кардиологии, в сосудистом отделении и отделении сосудистой хирургии, в больницах скорой медицинской помощи и клиниках высших учебных учреждений. Поэтому использование этого показателя для сводных отчетов практически невозможно.

Развитие реанимационной службы несколько изменило отношение к показателям летальности в стационаре на специализированных койках разного профиля. В настоящее время фактически существует несколько вариантов ее организации: наличие в стационаре самостоятельных реанимационных отделений, в которые поступают больные различных профилей, или палат, коек в составе профильного отделения. Поскольку значительная часть летальных исходов происходит на реанимационных койках, возникает необходимость расчета летальности только по первичным учетным документам, т.е. ограничивая его использование для анализа деятельности отдельного учреждения, тем более, сводного годового отчета.
Вместе с тем целесообразно более подробное рассмотрение этого показателя с учетом категории умерших пациентов (например, с инфарктом миокарда, огнестрельным ранением, после операции на сердце и т. д.). Это позволит адекватно оценивать уровень летальности при определенной нозологии, разных видах вмешательства. Поэтому необходимо изменить подход к учету работы реанимационных коек, рассматривая их как место временного нахождения больного определенного профиля.

В медицинской статистике довольно широко используется показатель хирургической активности, определяющий соотношение числа пролеченных и оперированных в стационаре больных, указывающий на частоту госпитализации в хирургический стационар больных, не нуждающихся в хирургическом вмешательстве, или тех, которым оно противопоказано. Широкая практика расчета этого показателя по сводным отчетам дезинформирует специалистов - организаторов здравоохранения.
Международные документы содержат рекомендации по применению показателя, определяющего число операций в специализированных хирургических отделениях, отнесенное к числу специализированных коек. Этот показатель в некоторой степени характеризует уровень обеспеченности населения хирургическим лечением при определенной патологии.

Грамотное использование методик расчета относительных показателей деятельности лечебно-профилактических учреждений и уровня общественного здоровья обеспечивает достаточно широкие возможности анализа состояния системы здравоохранения в целом, деятельности отдельных медицинских учреждений, их подразделений. На основании полученных результатов могут быть разработаны и приняты адекватные, т.е. оптимальные, управленческие решения, направленные на совершенствование деятельности лечебно-профилактических учреждений и специализированных служб.

Важное значение в данном процессе имеет методология проведения анализа. Эта проблема требует рассмотрения на уровне руководителей специализированных служб и специалистов по организации здравоохранения. Наиболее информативным, но и затратным, вариантом решения проблемы представляется формирование и ведение регистров больных с определенным заболеванием, например с врожденными аномалиями (пороками) системы кровообращения. Такой способ получения информации, базирующийся на грамотном выборе учетного документа, программы сбора, формирования базы и выдачи запрашиваемых данных в рабочем режиме, позволит определить приоритетные направления развития специализированных служб, масштаб необходимых видов медицинской помощи. Уточнение состояния здоровья населения в регионах страны и потребности в том или ином методе лечения, возможность планирования финансового обеспечения, вероятно, в определенной степени компенсируют расходы, понесенные при организации более точной оценки ситуации в стране с общественным здоровьем и в системе здравоохранения.

. Резервы информатизации. Развитие системы

Значительные резервы использования медицинской статистики для нужд мониторинга связаны с применением средств вычислительной техники и телекоммуникационных технологий, начиная с самого низшего звена управления. Это позволило бы централизованно собирать и обрабатывать данные отчетов не только ежегодно, но и в любые интересующие лицо, принимающее решение, промежутки времени по безбумажной технологии. При этом резко повысится оперативность и достоверность информации. Это позволит развивать единое информационное пространство для медицинских пользователей и обеспечивать информатизацию здравоохранения на качественно новом и современном уровне.

Развитие сети Российского и территориального уровней позволит объединить усилия многих участников демографического мониторинга в едином информационном пространстве, предоставив возможности пользователям быстро внедрять результаты разработок, получать и передавать для анализа различную информацию, пользоваться услугами телемедицины, отказаться от дублирования ряда работ, в том числе и сбора однотипной информации. Важным моментом также является единая техническая политика, которая в условиях единого информационного пространства и легкого доступа пользователя в нем позволит однозначно определить взгляды на различные проблемы использования наилучших программных продуктов в качестве единых баз данных, экспертных систем и баз знаний.

Важнейшим условием реализации эффективного управления здравоохранением является организация информационного взаимодействия и совместного использования информационных и вычислительных ресурсов органами управления здравоохранением, Госсанэпиднадзора и фондами ОМС, как на федеральном, так и на территориальных уровнях. Необходимо обеспечить информационную совместимость и взаимодействие информационных систем медицинских учреждений и органов здравоохранения и системы ОМС на всех уровнях «информационной пирамиды».

В настоящее время общим недостатком статистических служб является неразвитость автоматизированных средств контроля, недостаточная оснащенность современной телекоммуникационной техникой для высокооперативной передачи информации в центры ее обработки и анализа, низкая оперативность получения обобщенной информации органами управления и надзора. Кроме того, существующие автоматизированные системы отличаются различными стандартами представления и передачи данных в базах данных и сетях связи, что делает невозможным объединение этих систем в единую систему без внедрения единых стандартов баз данных и средств передачи информации.

Как показывает опыт работы большинства стран, организация качественного и многофакторного отслеживания медико-демографических процессов невозможна без развития и объединения служб и сетей мониторингов различных организаций, связанных с охраной здоровья и влияющих на него, в единую систему с общим информационно-аналитическим центром. Необходимость единой системы автоматизации процессов сбора, передачи и обработки информации, начиная с низших звеньев управления, определяется также требованиями повышения надежности контроля и обеспечения высокой степени достоверности информации.

II. Исследовательская часть

Для оперативной адекватной оценки складывающейся ситуации в здравоохранении и принятия управленческих решений обязательно нужна эффективная обратная связь, поэтому чрезвычайно важной признается необходимость постоянно действующего механизма сбора, хранения и анализа информации о состоянии здоровья населения и условиях его жизнедеятельности. Демографическая, эпидемиологическая, социально-экономическая информация необходима для выбора приоритетных направлений в работе, адекватного планирования ситуации и оценки достигнутого.

Любая управленческая деятельность сводится к принятию решений и их реализации. На каждом этапе принятия управленческих решений роль информационного обеспечения является решающей. Информационное обеспечение управления здравоохранением является важнейшей проблемой. Для успешной работы системы необходима постоянная прямая (приказы, распоряжения, информационные письма) и обратная (отчеты, другая оперативная информация от объекта управления) связь. Отсюда следует, что необходимо иметь четкую систему сбора и использования медицинской информации.

Изменение условий функционирования системы здравоохранения в целом, а также каждого медицинского учреждения в отдельности ведет к поиску новых методов управления деятельностью системы. В условиях объективно сложившейся децентрализации управления системой, ухудшающихся показателей общественного здоровья особое значение приобретает разработка новых информационных, организационных технологий, обеспечивающих создание оперативной постоянно действующей обратной связи с объектом управления и формирующих функциональную вертикаль управления.

Повышение эффективности здравоохранения, усиление его роли в формировании показателей здоровья населения региона, реальное использование существующей ресурсной базы в условиях экономического дефицита становится возможным при разработке новых информационных, организационно-медицинских технологий. Влияние на общественное здоровье становится возможным через эффективное управление деятельностью лечебно-профилактических учреждений, повышение качества оказываемой медицинской помощи, ориентированной на достижение программно-целевых показателей, связанных с показателями здоровья населения. Государственное реформирование поставило перед органами здравоохранения ряд принципиально новых задач. Одной из основных является информатизация здравоохранения, которая призвана помочь в решении задач реформирования отрасли в целом, улучшении связей между медицинскими учреждениями и органами управления здравоохранением, улучшения качества и эффективности оказания медицинской помощи населению.

Скорость, качество получения и обработки информации составляют основу информационной системы, позволяющей аккумулировать информационные потоки с целью эффективного управления ими.

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

Исследование информационно-статистических программ проводилось на базе ГБУЗ ЛО «Гатчинская КМБ» филиал Сиверская районная больница.

Характеристика ЛПУ. Сиверская районная больница является консультативно-лечебным учреждением региона и входит в состав ГБУЗ ЛО «Гатчинская КМБ». Население п.Сиверский составляет 27082 человека. Из них детей - 2279. Радиус обслуживания - 32км. Сиверская районная больница включает в себя взрослую поликлинику, педиатрическое отделение поликлиники, стоматологическую поликлинику, стационар на 85 коек.

Во взрослой поликлинике работают 4 участковых терапевта, хирург-травматолог, невролог, 2 гинеколога. Мощность взрослой поликлиники - 230 посещений в смену. В педиатрическом отделении ведут прием 2 участковых педиатра. Мощность - 70 посещения в смену.

До января 2014 года в Сиверской районной больнице для сбора и обработки статистических данных использовалась программа SIOMS «Учет пациентов и формирование статистики. Лечебно-профилактическое учреждение ОМС Ленинградской области», состоящая из двух разделов SIOMS ЛО (жители Ленинградской области) и SIOMS РФ (жители г.Санкт-Петербурга и Российской Федерации). Обновление базы данных о пациентах проводилось один раз в квартал.

Получение информации о посещаемости к специалисту проводилось следующим образом:

пациент получает в регистратуре талон на прием к врачу и талон амбулаторного пациента (форма 025-11/у), распечатанный из программы SIOMS;

во время приема медицинская сестра вручную заполняет талон амбулаторного пациента форма 025-11/у и статистический талон для регистрации законченных (уточненных) диагнозов форма 025-2/у;

ежедневно, после окончания приема, врач на основании талонов заполняет «Ведомость учета врачебных посещений в поликлинике (амбулатории) диспансере, консультации» (форма № 039/у-02), которая дает возможность видеть объем работы врача, распределения принятых больных по возрасту и составу;

после окончания приема медицинская сестра передает документацию медицинскому статистику, который проводит проверку, сортировку и подсчет талонов по следующим параметрам: форма 025-11/у - застрахованные в Ленинградской области и застрахованные в Санкт-Петербурге и Российской Федерации, экстренные случаи, профилактические осмотры и законченные случаи; форма 025-2/у - нозологическая форма, возраст, пол и т.д.;

еженедельно талоны амбулаторного пациента формы 025-11/у передаются в статистический отдел ГБУЗ ЛО «Гатчинская КМБ» для оформления счетов на оплату страховыми компаниями.

При ручной форме оформления талонов амбулаторного пациента 025-11/у наблюдалось значительное количество ошибок, которые приводили к возврату талонов. Одной из причин возвратов стал «человеческий фактор»: неразборчивый почерк, незаполненные пункты талона, несвоевременная сдача в статистический отдел и другие причины. В период активной замены полисов обязательного медицинского страхования на полисы нового образца (2013 год) основными проблемами стали редкое обновление базы данных застрахованных и недостаток информационного поля в карте застрахованного (серия полиса допускает введение 3 знаков, номер - 6 знаков, тогда как новые полисы не имеют серию, а их номер составляет 16 знаков).

Оформление диспансерных карт, включающих в себя приложения к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.06.2013г. №382н: приложение №1 «Карта учета диспансеризации (профилактических медицинских осмотров)», приложение №2 «Маршрутная карта диспансеризации (профилактического медицинского осмотра)», приложение №2 к методическим рекомендациям «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство» и приложение №8 к методическим рекомендациям «Анкета на выявление хронических неинфекционных заболеваний, факторов риска их развития и потребления наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача и правила вынесения заключения по результатам опроса (анкетирования) граждан при прохождении диспансеризации» также проводилось вручную. В связи с необходимостью заполнения большого количества пунктов в данных документах, медицинские сестры часто допускали ошибки и пропуски в оформлении, и карты возвращались им на доработку.

С января 2014 года во взрослой поликлинике и педиатрическом отделении поликлиники ГБУЗ ЛО «Гатчинская КМБ» Сиверской районной больницы, была введена в эксплуатацию программа «Автоматизированное рабочее место» версия 3.3, разработанная ООО «ПСС Лаборатория».

Одним из основных преимуществ данной программы является ее связь с Internet, которая обеспечивает постоянное он-лайн обновление базы данных пациентов, застрахованных в Ленинградской области. При обращении гражданина в страховую компанию для получения медицинского полиса, его данные автоматически вносятся в единую базу застрахованных. Пациент, получивший медицинский полис обязательного медицинского страхования нового образца через несколько минут появляется в базе данных застрахованных программы АРМ. В первую очередь, это облегчает работу медицинского регистратора, которому не приходиться вводить или корректировать данные о пациенте. Строки пациентов с просроченным полисом ОМС в программе будут выделены красным цветом. Это избавляет регистратора от необходимости проверять срок действия полиса ОМС у пациента. Если в регистратуру обращается пациент, прописанный в г.Санкт-Петербурге или другом субъекте Российской Федерации, данные о нем достаточно ввести однократно, после окончания записи к врачу они сохраняются в локальной базе данных и повторно вводить пациента уже не требуется.

В настоящее время актуальным является прикрепление пациента к одному лечебно-профилактическому учреждению. В программе предусмотрена функция, позволяющая отследить, прикреплен ли данный пациент к ЛПУ. Если пациент не прикреплен, то в информационном окне появится надпись «Прикрепление пациента к учреждению. Статус: не прикреплен». В программе существует возможность распечатать заявление пациента о прикреплении к лечебному учреждению, при этом статус одновременно изменится на «Прикреплен».

Регистратор имеет возможность сформировать список врачей, заполнить расписание их работы, провести предварительную запись к врачу на определенный день и время, распечатать талоны на прием. Пациент может записаться на прием самостоятельно через терминалы самообслуживания и через сайт учреждения в интернете.

Компьютер регистратора объединен сетью с компьютерами врачей поликлиники, после ввода данных о пациентах информация в виде списка автоматически отобразится на экране монитора выбранного врача. Медицинская сестра видит список записанных пациентов на текущий день с указанием времени приема. Если случай экстренный, то в поле «Экстренный случай» регистратор ставит галочку, такой пациент будет отображаться первым в списке и выделен красной строкой в АРМ соответствующего врача. На вкладке «Данные о пациенте» можно просмотреть и при необходимости изменить данные о пациенте, просмотреть историю обращений пациента за год (включая диагнозы).

Далее медицинская сестра заполняет все необходимые поля в талоне пациента: повод обращения, код основного заболевания (название выводится автоматически после ввода кода МКБ), характер заболевания, исход заболевания, код медицинской услуги.

Для статистика важное значение имеет правильность заполнения медицинской сестрой поля «Характер заболевания»:

острое (+) или впервые в жизни установленное хроническое (идет в статистику ОМС);

обращение с хроническим заболеванием впервые в текущем году (идет в статистику ОМС);

учтен ранее в текущем году или другое (не идет в статистику ОМС).

В программе предоставлена возможность распечатать направления на обследования, данные рецептурных бланков и данные о документе временной нетрудоспособности. Это значительно облегчает работу медицинской сестры, так как выписка направлений на обследования занимает значительное количество времени.

Если в ходе приема выяснится, что пациенту требуется консультация другого врача (например, терапевт может направить пациента к неврологу и т.п.), то можно сразу записать пациента на первичный прием к другому специалисту (при наличии у него свободных талонов на прием). Данная функция создает дополнительные комфортные условия для пациента, которому не надо будет повторно обращаться в регистратуру для записи к необходимому врачу.

Если лечение пациента завершено, медицинская сестра ставит соответствующую отметку в поле «Закончить лечение по данному заболеванию». Если отметка не поставлена, программа автоматически откроет вкладку «Назначить следующий прием». На этой вкладке можно выбрать либо текущего врача, либо врача аналогичной специальности, место посещения, месяц, день и время повторного приема. При направлении пациента в другое учреждение в программе можно распечатать направление по ф.057/у.

У врачей стоматологических специальностей после заполнения вкладки «Данные о заболевании» открывается вкладка «Стоматологические данные», где заполняются коды проведенных манипуляций. После заполнения данных автоматически выставляется общее количество УЕТ (условных единиц трудоемкости).

В настоящее время большое внимание уделяется диспансеризации населения. В программе «Автоматизированное рабочее место» предусмотрена соответствующая вкладка. Отслеживание пациентов, подлежащих диспансеризации в данном году, начинается с регистратуры. При оформлении талона в окне данных о пациенте отражается статус диспансеризации. Если при приеме медсестра или регистратор видит красную надпись «Подлежит диспансеризации в данном году», то проводится дополнительная запись пациента в раздел «Диспансеризация». В программе заведены все необходимые бланки, предусмотренные для прохождения диспансеризации. Медсестра может не открывать «Список необходимых для данного возраста осмотров и исследований», так как он формируется автоматически. При внесении дат исследований программа не допускает введение еще не наступившей даты, что позволяет избежать ошибок заполнения.

Первый этап диспансеризации (опрос с последующим заполнением маршрутной карты, указание дат имеющихся анализов и назначение оставшихся) медицинская сестра может провести самостоятельно, не отвлекая врача от приема.

Когда все даты введены в программу, выбирается дата заключительного осмотра. В назначенный день запись пациента появляется на вкладке «Проходящие диспансеризацию». Добавляются недостающие даты проведения осмотров и исследований. Пока выполнено менее 85% исследований, программа не даст закрыть этап. Эта функция позволяет избежать возврата диспансерных карт из-за их недозаполненности.

После закрытия талонов амбулаторного пациента и диспансерных карт информация переходит в ИМС «АРМ Медицинская статистика». В приложении содержатся перечни всех форм и отчетов используемых медицинским статистиком поликлиники:

форма 007-ДС;

форма 007;

форма 12;

форма 12В;

форма 131/о;

форма 14;

форма 14-ДС;

форма 16-ВН;

форма 30;

форма 31;

форма 39;

форма 57;

форма Диспансеризация;

форма Индикаторы диспансеризации;

отчет по заболеваемости;

учет законченных случаев;

Статистик выбирает необходимый отчетный период и формы. Все формы можно просмотреть во внутреннем редакторе или вывести в Excel. Отчет позволяет сделать выборку пациентов по возрасту или пофамильный список с адресами, по диагнозам. Статистик имеет возможность самостоятельно изменить диагноз, выбирая точные диагнозы или их группы из встроенного классификатора МКБ-10.

Программа «Автоматизированное рабочее место» существенно облегчило работу медицинского статистика поликлиники, так как до этого подсчет и сортировка талонов с последующим формированием отчетов проводилась вручную.

После проверки и обработки данных в статистическом отделе оператор формирует из списка талонов амбулаторных пациентов счета на оплату страховым компаниям. Из положительных сторон операторы отмечают возможность производить выемку талонов в любое удобное для них время без привязки к еженедельной доставке талонов в ГБУЗ ЛО «Гатчинская КМБ», а также скорость формирования счетов, то есть талоны уже занесены в программу и оператору не надо тратить время на их введение. Из отрицательных сторон отмечаются ошибки медсестер при введении «Повода обращения» и кодов заболевания, которые оператор не имеет возможности исправить самостоятельно, так как это не предусмотрено программой. Талон приходится редактировать, начиная с первого этапа - кабинета врача. К одному из «минусов» также можно отнести тот факт, что в настоящее время не все кабинеты узких специалистов Сиверской поликлиники оборудованы компьютерами. Это создает дополнительную нагрузку на медицинского статистика, которому приходится по-прежнему вводить талоны амбулаторных пациентов и проводить подсчет и сортировку статистических талонов для регистрации законченных (уточненных) диагнозов этих специалистов вручную.

Средний медицинский персонал поликлиники Сиверской районной больницы по возрастному составу

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Возраст | до 30 лет | 30-40 лет | 40-50 лет | 50-60 лет | старше 60 лет |
| Медицинские сестры | - | 2 | 6 | 8 | 3 |
| Медицинские регистраторы | 1 | 1 | 2 | - | - |
| Операторы отдела статистики | 2 | 3 | - | - | - |

Анализ возрастного состава средних медицинских работников







Учитывая, что 57% медицинских сестер поликлиники относится к категории работающих пенсионеров, нельзя не отметить, что при внедрении программы в поликлинике Сиверской районной больницы возникли трудности из-за их низкой компьютерной грамотности и нежелания обучаться новым информационным технологиям.

Выводы

Современные информационные технологии являются основой перехода к ведению персонифицированного статистического учета. Именно достижения современных информационных технологий позволяют проводить сплошные текущие статистические наблюдения всех групп населения.

Созданная методика анализа баз данных персонифицированного учета является основным инструментом аналитической деятельности при принятии управленческих решений в здравоохранении. Данная методика анализа показателей формирующихся на основе баз данных является универсальной для исследования любых количественных процессов на основе персонифицированной информации.

Проведенный анализ работы с программой «Автоматизированное рабочее место» показал, что новые информационные технологии, внедряемые в систему здравоохранения, существенно облегчают работу большей части медицинского персонала учреждений здравоохранения, помогают избежать большого количества ошибок при оформлении медицинской документации.

В то же время недостаточная укомплектованность персональными компьютерами рабочих мест специалистов не отвечает в полной мере современным требованиям к информационному обеспечению управления здравоохранением. Очевидна также необходимость обучения медицинского персонала, не зависимо от возраста, основам компьютерной грамотности. В период повсеместного введения компьютерных технологий эти знания должны стать обязательными.

Также считаю необходимой разработку и внедрение программы для использования в стационаре больницы, так как упрощение работы с медицинской документацией влечет за собой возможность больше времени уделять пациенту, что в медицинской деятельности является одним из главных приоритетов.

Заключение

Прошли те времена, когда применение статистических методов в медицине и биологии ставилось под сомнение. Статистические подходы лежат в основе современного научного поиска, без которого познание во многих областях науки и техники невозможно. Невозможно оно и в области медицины.

Можно сказать, что система сбора и анализа медицинской статистики, которая на сегодняшний день существует, в общем, удовлетворяет требованиям, в то же время ей не хватает оперативности и, конечно же, достойной поддержки.

В здравоохранении собирается и анализируется огромный массив информации. Страна у нас переживает пока не самые лучшие времена, поэтому обходиться вообще без бумажных носителей в принципе нельзя, но, в тоже время, огромные расстояния между населенными пунктами не позволяют работать без использования специальных программно-аппаратных комплексов, электронной связи. Значит и медицинский статистик сейчас должен быть другим - уверенным пользователем персональных компьютеров, аналитиком, владеющим элементами прогнозирования.

Проблемы управления продолжают привлекать внимание, как руководителей здравоохранения, так и научных работников в области организации, управления и экономики здравоохранения. И это не случайно, поскольку качество медицинской помощи, которое является самой важной характеристикой деятельности любого медицинского учреждения, связано с уровнем организации работы медицинского персонала, его квалификацией, наличием необходимых ресурсов и рациональным их использованием, организацией системы управления в целом и контроля текущих процессов оказания медицинской помощи в частности.

Многочисленные и разноречивые публикации по этой проблеме и различные множественные критерии оценки качества работы персонала и структурных подразделений ЛПУ, дают основание считать, что до сих пор нет единого подхода и достаточно объективных прямых методов оценки качества лечебно-диагностического процесса. Основная причина, очевидно, связана с самой системой здравоохранения - трудно формализуемой, состоящей из множества субъективных факторов (пациент, медицинский персонал, руководитель ЛПУ и др.) «Любая система, зависящая от человеческой надежности ненадежна» - закон Джибла.

Недостаточно эффективное управление ЛПУ и системой территориального здравоохранения связано также с несоответствующей современным требованиям системой информационного обеспечения в отрасли здравоохранения.

Резкое отставание в обеспечении компьютерной техникой служб информации, слабое обеспечение прикладными программами статистической службы здравоохранения, отсутствие телекоммуникационных систем, и, наконец, единой политики создания территориальной системы информационного обеспечения о состоянии здоровья населения, использования имеющихся ресурсов, работе ЛПУ по основным направлениям, серьезно влияет на эффективность управления, одним из разделов которого является сбор, обработка, анализ и синтез управленческой информации.

В здравоохранении сложилась традиционная система медико-статистической информации, основанная в основном на статистическом наблюдении в рамках статистической отчетности. Однако, такой объем информации не позволяет руководителям глубоко изучать причинные связи сложившейся ситуации. Для этого следует иметь более детальную информацию, выходящую за рамки существующих учетных форм.

Более того, введение системы обязательно медицинского страхования ухудшило ситуацию в связи с тем, что появились дополнительные отчетные формы системы ОМС, и учетная медицинская и страховая документация легли дополнительным грузом на лечебный персонал, поскольку единые унифицированные формы учета отсутствуют.

Необходимо отметить, что в силу ряда причин, информация, поступающая к руководителям, не всегда является достоверной, анализ данных проводится не в полном объеме, так как сотрудники службы статистики, работники оргметодотделов слабо владеют аналитическими методами обработки статистических данных и чаще используют информацию, полученную во время проверок.

Это говорит о том, что в области статистической информации и отношении руководителей к статистике проблемы остаются:

во-первых, недостаточное обеспечение руководителей здравоохранения разного уровня медико-статистической и экономической информацией, с помощью которой можно решать как оперативные, так и стратегические задачи в управлении;

во-вторых, недостаточное обеспечение руководителей всех звеньев методической литературой для формирования системного подхода и анализа медико-статистических показателей;

в-третьих, особого внимания требует планирование финансовых средств для внедрения вычислительной техники, использования современных технологий сбора, обработки и передачи медико-статистической информации. Следует создавать системы мониторинга за состоянием здоровья населения и его отдельными группами. Это необходимо для планирования сил и средств системы здравоохранения и определения приоритетных задач;

в-четвертых, и это очень важно, необходимо укреплять статистическую службу медицинскими кадрами. В Ленинградской области по состоянию на 01.01.2013г. один врач-статистик приходится в среднем на 10 лечебно-профилактических учреждений, а статистик со средним медицинским образованием на каждое ЛПУ всего по одному человеку.

Нельзя забывать, что служба статистики это не только бланки, цифры и отчеты. За рутинной работой стоят люди, такие же медицинские работники. Но сотрудникам, работающим в области медицинской статистики, уделяется крайне мало внимания. Сейчас в России отмечается тенденция к росту числа медицинских статистиков, имеющих сертификат специалиста. Основной проблемой, волнующей медицинских работников занятых в службе медицинской статистики, является модернизация системы здравоохранения. Повсеместное использование в работе компьютеров, применение Международного Классификатора Болезней (МКБ-10), усложнение документооборота в условиях обязательного страховании - все это создает дополнительные нагрузки на медицинских статистиков. Укомплектование квалифицированными статистиками при современной системе оплаты труда весьма проблематично. Уровень оплаты труда статистиков, как врачей, так и среднего персонала, в настоящее время не соответствует резко возросшим требованиям, предъявляемым к этой службе.

С каждым годом перед медицинской статистикой встают все более оперативные и весомые задачи - это и экономическое обоснование затрат на оказание медицинской помощи населению, на строительство новых медицинских комплексов, оценка результатов реализации федеральных целевых программ, направлений нацпроекта и т.д. Необходимо шаг за шагом проводить реорганизацию службы медицинской статистики - шире внедрять программно-вычислительные комплексы во всех ЛПУ, автоматизировать работу с первичной учетной документацией, формировать единое информационное поле, для этого требуется совершенствовать не только организацию работы службы, но и нормативно-правовую базу.

Список литературы

Бойко А.Т., Грибанова Т.Н., Телешева Т.Ю. Актуальные вопросы статистики здравоохранения. - СПб: 2003

Гриненко А.Я., Лисанов А.Г. Медико-статистическая информация, как элемент системы управления лечебно-профилактическими учреждениями. - СПб 2004

Гмурман В.Е. Теория вероятностей и математическая статистика. М.: 2003

Ефимова М.Р., Петрова Е.В., Румянцев В.Н. Общая теория статистики. - М.: 2010

Жидкова О.И. Медицинская статистика. Конспект лекций. - М.: 2012

Лукьянова Е.А. Медицинская статистика. М.: 2002

Мамаев А.Н. Основы медицинской статистики. - М.: 2011

Полишкис С.А. Рекомендации по определению мощности амбулаторно-поликлинических учреждений и показателей использования кабинетов врачебного приема. М.: Журнал «Главный врач», 2004

Методическое пособие Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Статистический учет и отчетность учреждений здравоохранения» - М.: 2006