

КАЧЕСТВО СТАТИСТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ О ПРИЧИНАХ СМЕРТИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Г.А. Александрова,

Министерство здравоохранения Российской Федерации,

С.Ю. Никитина,

Федеральная служба государственной статистики,

Д.Ш. Вайсман, *канд. мед. наук,*

Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Реализуемая в Российской Федерации с 2011 г. Программа модернизации здравоохранения включает реформирование всей системы здравоохранения.

Одной из важнейших задач, которые необходимо решить в рамках реализации Программы модернизации здравоохранения, является изменение неблагоприятных тенденций в заболеваемости и смертности, которые играют большую роль в существующей демографической ситуации. Исходя из этих тенденций, определены приоритеты Программы, одним из которых является организация системы оказания медицинской помощи при заболеваниях, выступающих ведущими причинами заболеваемости и смертности населения России.

Показатели смертности считаются наиболее достоверными показателями состояния здоровья населения, так как регистрируются практически все случаи смерти [1]. От качества информации о смерти зависит достоверность показателей статистики смертности, необходимых для планирования мероприятий, направленных на снижение смертности от управляемых причин и улучшение демографической ситуации.

Цель исследования: оценить качество собираемой информации о смерти для обеспечения достоверности и международной сопоставимости статистики смертности.

Материалы и методы исследования. Для настоящего исследования была использована база Свидетельств о смерти органов здравоохранения

Тульской области за 2012 г., полученная с помощью автоматизированной системы регистрации смертности (АСРС), позволяющей проводить автоматизированное кодирование и автоматический выбор первоначальной причины смерти (ППС).

Для международного сопоставления использованы данные из Европейской базы данных по смертности за 2010 г.

Результаты. Система регистрации смертности в Российской Федерации на первом этапе включает медицинские организации, которые отвечают за удостоверение факта смерти и выдачу Свидетельств. Органы ЗАГС производят государственную регистрацию случаев смерти и выдачу Свидетельств о смерти государственного образца. Росстат в соответствии с информацией из Свидетельств проводит статистические разработки причин смерти и публикует показатели смертности.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сегодня оценивает качество глобальной информации о причинах смерти в Российской Федерации как средне-низкое [2].

Подтверждает это представленная в таблице 1 структура смертности по основным классам Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-й пересмотр (МКБ-10) при международном сопоставлении. Различия в показателях этой структуры свидетельствуют о разных подходах к выбору ППС в Российской Федерации и странах Евросоюза [3]. Высокий удельный вес болезней системы

кровообращения при низкой доле новообразований, болезней эндокринной системы, дыхания и пищеварения иллюстрирует неправильный выбор ППС. Требуют дополнительного изучения ППС из класса симптомов и внешних причин.

Таблица 1

Структура смертности по основным классам МКБ-10 при международном сопоставлении
(абс.: SDR, на 100000 населения, 2010 г.)

№ п/п	Основные классы МКБ-10	Российская Федерация		Страны Евросоюза	
		абс.	%	абс.	%
1	Новообразования	177,9	14,5	172,6	29,0
2	Болезни эндокринной системы	6,2	0,5	15,6	2,6
3	Болезни системы кровообращения	673,8	55,1	219,4	36,8
4	Болезни органов дыхания	45,8	3,7	41,4	7,0
5	Болезни органов пищеварения	57,5	4,7	29,9	5,0
6	Симптомы	62,1	5,1	21,1	3,5
7	Внешние причины	140,8	11,5	36,1	6,1
8	Все причины	1223,1	100,0	596,1	100,0

Такие различия в структуре смертности связаны с тем, что в странах Евросоюза выбор ППС производится с помощью АСРС, а в Российской Федерации - ручным способом.

Для повышения качества информации о смерти важным является соблюдение правил сбора информации, кодирования диагнозов и выбора ППС в соответствии с правилами МКБ-10, предоставление полученной информации о смерти в Росстат для последующей разработки причин смерти.

С 1 января 1999 г. в Российской Федерации используется МКБ-10, первое издание которой на русском языке было выпущено в 1995 г. ВОЗ систематически, начиная с 1996 г., на своем официальном сайте публикует обновления к МКБ-10. В официальных обновлениях ВОЗ отражаются новые правила, вводятся новые и удаляются некоторые рубрики и подрубрики, изменяются подходы к кодированию, уточняются отдельные положения и понятия.

В настоящее время действующая редакция МКБ-10 2010 г. на английском языке, размещенная на официальном сайте ВОЗ, существенно отличается от первого издания на русском языке, выпущенного в 1995 г., что влияет на структуру причин смерти. Так, за период 1996-2012 гг. было

добавлено 149 и исключено 39 рубрик и подрубрик МКБ-10.

Для статистики смертности очень важным является правильное и безоговорочное применение всех правил МКБ-10 (с обновлениями ВОЗ) всеми странами, для того чтобы статистика на международном уровне была достоверна и сопоставима.

Правила МКБ-10 по кодированию и выбору ППС многочисленны и сложны. Поэтому во многих странах используются автоматизированные системы, позволяющие производить автоматизированное кодирование всех записанных в Свидетельстве причин смерти и автоматический выбор ППС.

Все страны, применяющие национальные АСРС, используют блок АСМЕ американской системы Super-Miscar [4], который позволяет автоматически определять ППС по единому алгоритму МКБ-10. Указанное обстоятельство повышает достоверность статистических данных по смертности и делает эту информацию международно сопоставимой.

Кроме того, АСРС освобождает врачей от несвойственных им функций - кодирования и выбора ППС, что обеспечивает правильное кодирование и выбор ППС.

Для работы с системой требуется дополнительная подготовка врачей, кодировщиков и руководителей органов здравоохранения и медицинских организаций. Система существенно облегчает работу врачей: им необязательно знать коды заболеваний и состояний, вызвавших смерть, они могут не знать правила выбора и модификации ППС: это будет сделано системой, но они должны знать, какая необходима информация о смерти, как и где она должна быть записана в Свидетельстве.

В Российской Федерации Свидетельства заполняются ручным способом, и функция кодирования и выбора ППС возложена на врачей, что приводит к многочисленным ошибкам.

К ошибкам заполнения относятся: несоответствие кода патологическому состоянию; запись двух и более состояний в одной строке; пустая 1-я или 2-я строка при наличии заполненной 3-й; применение «запрещенных» кодов; запись первоначальной причины в части II Свидетельства; исправления.

К ошибкам ручного кодирования относятся: отсутствие 4-го знака или неправильный 4-й знак, неправильный код.

Ошибкой выбора первоначальной причины чаще всего является выбор непосредственной или промежуточной причины смерти вместо первоначальной, что связано с незнанием инструкций и правил МКБ-10.

В таблице 2 представлена экспертная оценка ошибок в Свидетельствах, заполненных ручным и автоматизированным способом (выборочное статистическое исследование). Число ошибок при этих способах резко различается: одна ошибка при автоматизированном способе и 16 ошибок - при ручном, что соответственно влияет на достоверность информации о смерти. Общее число ошибок составило 17 (23,6%).

Таблица 2

Экспертная оценка ошибок при выборочном статистическом исследовании в «Медицинских свидетельствах о смерти» (Тульская область, 2012 г.)

№ п/п	Классификация ошибок	Число Свидетельств	Число ошибок	Доля, в %
1	Ошибки ручного кодирования:		10	37,1
1.1	код первоначальной причины смерти не выбран или неправильный		-	-
1.2	отсутствует 4-й знак кода		-	-
1.3	отсутствует запись в строке, но записан код		-	-
1.4	ошибка в 4-м знаке		2	-
1.5	первоначальная причина смерти не указана		8	-
2	Ошибки ручного выбора первоначальной причины смерти:		6	22,2
2.1	код первоначальной причины смерти не выбран или неправильный		6	-
3	Число Свидетельств, оформленных ручным способом	27	-	-
4	Число ошибок при ручном способе оформления Свидетельств		16	59,3
5	Ошибки при кодировании автоматизированным способом:		1	2,2
5.1	неправильный код		-	-
5.2	ошибки в 4-м знаке		1	-
6	Число Свидетельств, оформленных автоматизированным способом	45	-	-
7	Число ошибок при автоматизированной обработке Свидетельств		1	2,2
8	Итого	72	17	23,6

Пути устранения ошибок при оформлении Свидетельств:

1. Внедрение в медицинских организациях АСРС, дающих возможность автоматизированного кодирования всех записанных в Свидетельствах состояний и автоматического выбора ППС при помощи блока АСМЕ, являющегося международным стандартом;

2. Систематическое обучение врачей и медицинских статистиков правилам оформления Свидетельств в соответствии с МКБ-10 [5] и установленными рекомендациями [6];

3. Проведение семинаров с лицами, ответственными за кодирование в медицинских организациях, со сдачей зачетов.

По результатам внедрения АСРС и проведения обучения в Тульской области число ошибок снизилось с 80,7% в 2000 г. до 23,6% в 2012 г. [7].

Все эти мероприятия ведут к повышению достоверности получаемой информации о смертности населения и позволят в дальнейшем планировать мероприятия по снижению смертности от управляемых причин с целью воздействия на демографический процесс.

Из всего вышесказанного можно сделать следующие **выводы**:

1. Качество информации о причинах смерти зависит от правильного кодирования и выбора ППС в строгом соответствии с МКБ-10.

2. Искажение структуры смертности подтверждается международными сопоставлениями.

3. Важным для статистики смертности является правильное и безоговорочное применение всех правил МКБ-10 с обновлениями ВОЗ.

4. Внедрение АСРС дает возможность получения достоверной, международно сопоставимой информации о смерти.

5. Проведение обучения врачей в Тульской области позволило существенно снизить число ошибок в Свидетельствах о смерти.

Литература

1. **Комаров Ю.М.** Концептуальные основы совершенствования медицинской статистики в стране // Совершенствование статистики здоровья и здравоохранения в Российской Федерации: Материалы 6-й ежегодной российской науч.-практич. конфер. НПО «МедСоцЭкономИнформ». - М., 1999. С. 16-25.

2. Улучшение качества и использования информации о рождении, смерти и причинах смерти: руководство для стандартизованного анализа ситуации в странах / ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2012. - 88 с.

3. Европейская база данных о смертности. European mortality database (MDB). URL: <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.

4. **Rosenberg Н.М.** International Collaborative Effort on Automatic Mortality Statistics: Background and Issues. Proceedings of the 1st ICE on Automating Mortality Statistics. Vol. 1, Hyattsville, Maryland, 1999. P. 1-1.

5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем; 10-й пересмотр: В 3 т./ ВОЗ. - Женева, 1989-1998. Т. 1-3.

6. Письмо Минздравсоцразвития России от 19.01.2009 № 14-6/10/2-178 «О порядке выдачи и заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти».

7. **Вайсман Д.Ш.** Руководство по использованию Международной классификации болезней в практике врача: в 2-х томах. Т. 1. М.: РИО ЦНИИОИЗ, 2013. - 168 с.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ: АНАЛИЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ

А.В. Ларченко,

Белорусский государственный экономический университет

В Республике Беларусь охрана репродуктивного здоровья населения осуществляется на законодательном уровне. Так, в Национальной программе демографической безопасности на 2011-2015 годы представлены меры, направленные на стимулирование легитимной брачности, рождение второго и последующих детей, снижение мотивации рождения детей в неполных семьях [1]. Тем не менее проблема репродуктивного здоровья населения недостаточно исследуется с точки зрения статистики [2].

В данной статье представлены результаты проведенного автором в период с октября 2012 г. по февраль 2013 г. в г. Минске выборочного мини-обследования репродуктивного здоровья населения, произведен их анализ и выявлены основные тенденции развития.

В качестве объекта мини-обследования выступили женщины в возрасте 15-49 лет и мужчины 15-59 лет, проживающие в г. Минске. Согласно произведенным автором расчетам, объем выборочной совокупности составил по г. Минску 1010 единиц (603 женщины и 407 мужчин) [3]. В качестве инструментария обследования использованы анкеты отдельно для женщин и для мужчин репродуктивного возраста. Для сбора информации применялась одноступенчатая бесповторная квазислучайная выборка [3, 4]. Опрос лиц репродуктивного возраста производился непосредственно, без дополнитель-

ных ступеней отбора; каждая единица наблюдения подвергалась обследованию один раз.

При обследовании репродуктивного здоровья населения осуществлялся анализ в разрезе следующих показателей:

- социально-экономическое положение респондентов (брачное состояние, уровень образования, работа / занятие, финансовые и жилищные условия) как параметр, определяющий характер репродуктивного поведения и, как следствие, репродуктивных установок человека;

- антропологические характеристики респондентов (рост, вес, возраст) как параметры, отражающие возможность и готовность к рождению детей, а также состояние здоровья; целесообразен расчет индекса массы тела (соотношение веса и роста индивида);

- состояние репродуктивного здоровья респондентов: возможность зачать ребенка; самооценка здоровья; наличие хронических заболеваний, вредных привычек;

- репродуктивные установки: наличие детей, их число; желание иметь детей при определенных финансовых возможностях;

- оценка качества услуг здравоохранения и расходы респондентов на медикаменты и медицинские услуги, в % от доходов.

Анализ перечисленных показателей позволяет оценить социально-экономическое положение