

- а) управления ситуациями, имеющими потенциальный риск;
- б) предотвращения или контроля случаев инфицирования;
- в) безопасного использования оборудования и материалов;
- д) безопасного метода перевозки людей и транспортирования грузов.

С этой целью разрабатывается план управления рисками, основанный на стратегическом плане, анализе результатов клинических показателей, отзывов пациентов, укомплектованности персоналом и уровнем оснащенности ресурсами. Медицинская организация должна определить и расположить по приоритетам все вероятные риски, разработать стратегию по управлению такими рисками с прогнозом последствий нанесенного физического и материального вреда здоровью.

План управления риском может включать такие элементы, как политика, критерии для оценки риска, обязанности и функции управления риском, необходимую подготовку кадров, список идентифицированных рисков: стратегических, эксплуатационных, финансовых и рисков опасности - реестр рисков или подобный документ с анализом рисков и их уровня, выводы касательно планов работы с рисками или мер по контролю основных рисков, включая процессы по передаче информации заинтересованным сторонам.

Управление рисками в медицинской организации должен носить характер опережающего мышления. Для этого, в первую очередь важно наладить эффективное взаимодействие внутри организации и четко распределить ответственность и полномочия, необходимые для принятия управленческих решений.

В целом, медицинская организация должна минимизировать такие риски, как риск возникновения пожара, профессиональные риски персонала, риски лечения и использования оборудования, риск падения и инфицирования пациентов, риски работы с опасными отходами [10].

Руководителям и менеджерам медицинских организаций очень важно определить оптимальный баланс

между ответственностью за риск и способностью контролировать этот риск. Решения, которые будут приниматься в процессе управления рисками, должны находиться в рамках законодательных требований и отвечать корпоративным целям.

Литература:

1. Назарбаев Н. Ежегодное послание народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана», январь 2012 года.
2. Руководящие принципы для защиты интересов потребителей. Приняты Резолюцией N 39/248 на 106-ом пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН. Нью-Йорк, 9 апреля 1985 г.
3. Закон Республики Казахстан «О защите прав потребителей» от 4 мая 2010 года № 274-IV ЗРК
4. Кодекс Республики Казахстан от 16.07.1997 N 167-1 "Уголовный кодекс Республики Казахстан".
5. В.З. Кучеренко. Избранные лекции по общественному здоровью и здравоохранению. - Москва - 2010. - С. 337-349.
6. To Err is Human: Building A Safer Health System. Washington, DC: IOM, 1999. Available at <http://www.iom.edu/view.asp>.
7. Кодекс Республики Казахстан от 18.09.2009 г. «О здоровье народа и системе здравоохранения», стр.194.
8. Приказ Министра здравоохранения РК «Об утверждении стандартов аккредитации для субъектов здравоохранения» № 713 от 16 ноября 2009 год.
9. Контракт «Партнерское взаимодействие по совершенствованию системы аккредитации» между Министерством здравоохранения Республики Казахстан и консалтинговой компанией «Canadian Society for International health» (Канада) № KHSTTIRP-B1/CS-01 от 20 июля 2010. - С.22-30.
10. Дональдсон Б. Консалтинговая компания «Canadian Society for international health» (Канада). «Обновленные стандарты (Стационарные и амбулаторные услуги) в соответствии с международными стандартами». Отчет В-6. - 52с.

УДК 614.2:616.15-036.88

ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕГИСТРАЦИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ СМЕРТНОСТИ ОТ РАСПРОСТРАНЕННЫХ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

С.В. Ким¹, Л.Ж. Камзебаева¹, К.Н. Анасова², О.Б. Гаряга²

Институт общественного здравоохранения АО «Медицинский Университет Астана», г. Астана¹
ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №1», г. Астана²

Тұжырым

ҚАН АЙНАЛУ ЖҮЙЕСІНІҢ ТАРАЛҒАН АУРУЛАРЫНАН БОЛҒАН АУРУХАНАДАН ТЫС ӨЛІМНІҢ ТІРКЕУ ҰЙЫМДАСТЫРУ-ӘДІСТЕМЕЛІК АСПЕКТІЛЕРІ

С.В. Ким, Л.Ж. Қамзебаева, К.Н. Анасова, О.Б. Гаряга

Мақалада қан айналу жүйесінің таралған ауруларынан қалалық емхана жағдайында тұрғындар өлімінің деңгейін талдау нәтижелері берілген. Астанада медициналық көмектің жоқтығынан 80% астам тұрғындар қан тамыр патологиясынан өледі. Өлгеннен кейінгі диагноздарды дәл қою мәселелері және оларды шешу жолдары белгіленген.

Summary

ORGANIZATIONAL AND METHODOLOGICAL ASPECTS OF CARDIOVASCULAR MORTALITY RATE REGISTRATION

S.V. Kim, L.Zh. Kamzabayeva, K.N. Annassova, O.B. Garyaga

This article describes the results of the study on cardiovascular mortality rate in primary care. More than 80% of the population dies from cardiovascular disease in the lack of medical care. The problems an accurate statement of cardiovascular mortality rate registration and solutions are given.

Проблема точности и сопоставимости регистрации причин смерти актуальна во всех экономически развитых странах. Особенности регистрации причин смерти сильно зависят от качества диагностики, организации процесса регистрации и кодирования причин смерти, взглядов различных медицинских школ, привычек и приоритетов практикующих врачей [1-3].

У статистики причин смерти в Казахстане относительно не долгая история. Первая советская классификация причин смерти, разработанная в 1922 г. и официально принятая в 1924 г. [4], была довольно близка к Международной классификации болезней и причин смерти 1920 года. До 1958 г. регистрация причин смерти была, тем не менее, неполной. В основном, это объяснялось тем, что только врачи имели право заполнять свидетельство о смерти [5]. Поскольку во многих районах, особенно в сельской местности, врачей было мало, то система регистрации причин смерти функционировала только в городах и охватывала, таким образом, не более половины советского населения. Ситуация начала меняться, после 1958 г., когда Министерство здравоохранения и Центральное статистическое управление приняли решение уполномочить средних медицинских работников - фельдшеров заполнять свидетельство о смерти при отсутствии врача. В 1959 г. примерно 15 % медицинских свидетельств о смерти в сельской местности было выдано фельдшерами. В дальнейшем эта доля постепенно сокращалась и достигла 5-6% к середине 80-х годов.

В советский период качеству регистрации причин смерти были посвящены три специальных исследования. Они проводились примерно по одной и той же схеме. В районах проведения обследования собирались свидетельства о смерти. Квалифицированные врачи проверяли затем качество постановки диагноза и его кодирования: с одной стороны, основная причина смерти, записанная в медицинском свидетельстве о смерти, сравнивалась с действительным диагнозом, который определялся, исходя из медицинских документов и отчета о результатах патологоанатомического исследования, с другой стороны, - с рубрикой, к которой был отнесен данный случай смерти после кодирования.

По результатам этих исследований было выявлено, что доля ошибок диагностики для всей совокупности причин смерти варьировала от 6,6 % (Минск, 1981-1982 гг.) до 12,7 % (Россия, 1979 г.), а процент ошибок кодирования от 4,1 % (Минск, 1981-1982 гг.) до 17,7 % (Тула и др., 1960 г.). Для большинства причин смерти доля ошибок в кодировании выше, чем в медицинской диагностике. Относительное количество ошибок меньше для новообразований и насильственных причин смерти и гораздо больше для гипертонической болезни, нарушений мозгового кровообращения, ишемической болезни сердца, болезней органов дыхания и болезней органов пищеварения [7].

Сложившаяся на постсоветском пространстве практика постановки прижизненных и посмертных диагнозов распространенных болезней системы кровообращения (БСК) позволяет предположить, что учет смертности от них в странах СНГ и экономически развитых странах существенно отличаются. Диагноз БСК фактически является огромным и удобным «диагностическим коллектором», куда помещаются диагнозы пожилых людей и неясные диагнозы у людей среднего возраста и даже у молодых. Особенно часто эти диагнозы используются как «диагнозы-маски» для лиц,

умерших от острой или хронической алкогольной интоксикации, от передозировки наркотиков. Возможности «такой диагностики» весьма велики, учитывая, что в стране вскрывается не более 50% трупов умерших людей (из них около половины - в системе судебно-медицинской службы). Изменить ситуацию с постановкой диагнозов БСК крайне трудно и, в первую очередь, потому, что такой подход устраивает всех: родственников умершего, врачей и работников органов внутренних дел, оформляющих документы о смерти. Очевидно, что в нашей стране имеет место искусственное, за счет упрощенных подходов к диагностике и некорректных статистических подходов, завышение смертности от БСК.

Двух-, трехкратные значения смертности от БСК в Казахстане по сравнению с развитыми европейскими странами, возможно, свидетельствуют о разных организационно-методических аспектах регистрации смертности от БСК в Казахстане и Европейском регионе. Наиболее вероятной видится причина менее строгого соблюдения правил регистрации смертности от ИБС в Казахстане по сравнению с европейскими критериями.

При постановке посмертных диагнозов ИБС, согласно критериям ВОЗ и принятым в экономически развитых странах диагностическим подходам, показатели смертности от этих заболеваний были бы значительно ниже тех, которые традиционно констатируют в РК.

Непосредственная причина смерти для посмертной диагностики ИБС, устанавливаемая по критериям ВОЗ, предусматривает все следующие случаи.

1. Для случаев смерти, подвергшихся вскрытию, диагноз смерти от ИБС устанавливался при наличии любых перечисленных ниже условий:

а) свежие очаги некроза в миокарде или скрытая окклюзия коронарной артерии (свежий тромбоз, кровоизлияние в атеросклеротическую бляшку);

б) стеноз 50% хотя бы одной из коронарных артерий или постинфарктные рубцы не менее 0,5 см в диаметре при отсутствии других причин смерти;

в) смерть, произошедшая после приступа стенокардии или без него, при отсутствии морфологических изменений в миокарде и отсутствии других причин смерти.

Если случаи смерти укладывались в одну из перечисленных выше категорий, однако на вскрытии выявлено наличие 3,6‰ алкоголя в крови, то причиной смерти в данном случае считалось алкогольное отравление.

2. Для случаев смерти, не подвергшихся вскрытию, диагноз смерти от ИБС устанавливался при наличии любых перечисленных ниже условий:

а) смерть, произошедшая в больнице, от определенного или возможного инфаркта миокарда (ИМ); при наличии возможного ИМ исключались другие причины смерти;

б) смерть, произошедшая в больнице, после приступа стенокардии или без него, при условии наличия в прошлом стенокардии, возможного или определенного ИМ и других форм ИБС и отсутствии других заболеваний, которые могли привести к смерти;

в) смерть, произошедшая в больнице или вне больницы, в течение 6 часов после приступа стенокардии или без него, при отсутствии стенокардии, ИМ, а также других заболеваний и травм, которые могли бы привести к смерти [8].

Последняя причина очень удобна, т.к. в нее подпадают все не вскрытые случаи даже без приступа стенокардии и отсутствия других заболеваний и травм, которые могли бы привести к смерти.

Для изучения данного факта, нами методом сплошной выборки, были изучены формы 025/у и корешки врачебных свидетельств о смерти всех умер-

ших от БСК в 2010 году, прикрепленных к поликлинике №1 г. Астана.

Из 149 умерших на участке 92 страдали БСК (62%), среди них: мужчин 30, женщин 62. Средний возраст умерших от БСК составил 76 ($\pm 2,05$) лет.

В структуре умерших от БСК 58 (63%) страдали ИБС, 25 (27%) – церебро-васкулярными болезнями (ЦВБ), 9 (10%) – другими БСК (таблица 1).

Таблица 1. - Сведения об умерших от БСК в разрезе нозологий.

Основные сведения	ИБС		ЦВБ		другие БСК	
	абс	%	абс	%	абс	%
количество умерших	58	63	25	27	9	10
доля вскрытий	7	12	10	40	7	78

86% смертей наступило дома, в 5% случаев в присутствии бригады скорой помощи. Вскрытие умерших проводилось в 24 случаях: 13 - умершие в медицинских учреждениях (100%), 11 - умершие на дому (14%).

Только в 7 случаях (12%) диагноз ИБС был выставлен в соответствии с критериями ВОЗ, в остальных случаях диагноз выставлялся формально на основании анамнеза заболевания.

Очевидно, что ряд заболеваний, приведших к смерти, на самом деле не относится к ИБС, но причина смерти фиксируется от ИБС. Сбор доказательств смерти от других причин требует определенных усилий, чего не особенно требуется для ИБС, т.к. априори у всех взрослых людей имеются атеросклеротические изменения стенки сосудов.

Организация поликлинической работы менее жестко регламентирована по сравнению с госпитальной деятельностью, и поэтому, вероятнее всего, является одним из условий неточного и нечеткого исполнения правил регистрации смертности от ИБС в Казахстане.

Фиксация факта менее строгого соблюдения правил регистрации смерти от ИБС – самой распространенной причины смерти из БСК в Казахстане и изучение масштабов этого явления позволяет с одной стороны разработать рекомендации по неукоснительному соблюдению правил, а с другой сделать поправку на степень систематической статистической погрешности и сделать данные Казахстана более сравнимыми с данными европейского региона. Приблизительный масштаб неточной постановки диагноза распространенных БСК и ИБС в частности, по нашим оценкам, может составлять не менее 20-30%.

Однако практически выбран иной путь. В качестве причины смерти выставляется диагноз R54 «Старость» людям в возрасте 75 лет и старше на основании того, что возраст от 75 до 89 считается старческим по классификации ВОЗ (Киев, 1963) [9]. Ранее эта категория людей классифицировалась как группа с неточно поставленным диагнозом ИБС.

Между тем, согласно правилам постановки смертных диагнозов по Международной классификации болезней и причин смерти X пересмотра, в разделе 4.1.9. «Правила модификации» первое же правило А «Старость и другие неточно обозначенные состояния» обязывает искать другую причину смерти, если указана «Старость» [10].

Нам представляется, что целесообразнее усовершенствовать правила постановки диагнозов ИБС в

амбулаторных условиях введением обязательных функциональных и биохимических доказательств ИБС в дополнение к клиническим. Это методически более правильно, чем использовать для причин смерти КЛАСС XVIII или R группу «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках». Эта группа широко используется в странах с очень низким уровнем здравоохранения.

Литература:

1. Вайсман Д.А., Дубровина Е.В., А.Н. Редько. Информационное обеспечение исследований по проблемам смертности в России // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. 2006. - № 6. - С. 31-38.
2. Погорелова Э.И. Об ошибках при заполнении медицинского свидетельства о смерти // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2007. №1. - С. 43-47.
3. Секриеру Е.М., Погорелова Э.И., Вайсман Д.А., Никитин С.В., Хромушин В.А. Повышение достоверности кодирования внешних причин смерти // Вестник НМТ (г. Тула). 2006. №12, - С. 147-148.
4. Садовасова Е.А., – Лекция X. Статистика здоровья населения, – Москва, - Медгиз. - 1956.-с. 83-93.
5. Быстрова В.А., – Степень точности врачебной регистрации причин смерти. Методологические вопросы медицинской и санитарной статистики, Москва. - Наука. 1965. - С.60-80.
6. Семенова В.Г., Гаврилова Н.С., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. Качество медико-статистических данных как проблема современного российского здравоохранения //Общественное здоровье и профилактика заболеваний. - 2004. № 2. - С. 11-19.
7. Харченко В.И., Какорина Е.П., Корякин М.В и др. Смертность от болезней системы кровообращения в России и в экономически развитых странах. Аналитический обзор официальных данных Госкомстата, МЗ и СР России, ВОЗ и экспертных оценок по проблеме // Российский кардиологический журнал - №2, 2005.
8. Чазов Е.И., Бойцов С.А.. Пути снижения сердечно-сосудистой смертности в стране // Кардиологический вестник - №1, 2009. – 57с.
9. Резолюция симпозиума // Механизмы старения. – К., 1963. – С. 489-493.
10. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10 пересмотр. Т.2.