

КОНЦЕПЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Ш.М. Вахитов

Научно-производственное объединение "Татмединформ" (ген. директор — Ш.М.Вахитов), г.Казань

Медико-социальный мониторинг означает специально организованное наблюдение за определенными медицинскими и социальными параметрами, позволяющими оценивать и прогнозировать здоровье населения и принимать необходимые решения на уровнях управления. Основными целями медико-социального мониторинга являются сбор необходимой информации, анализ ее в автоматическом режиме и выдача рекомендаций или проектов решений. Возможность проведения медико-социального мониторинга определяется в основном проблемой дифференцированного информационного обеспечения различных уровней системы здравоохранения в процессе управления мероприятиями по борьбе с конкретными заболеваниями. Поскольку информация представляется преимущественно в виде показателей, возникает вопрос: какие в принципе критерии и показатели нужны для того, чтобы процесс управления протекал оптимальным образом?

Применяемые в настоящее время показатели оценки деятельности здравоохранения (нагрузка врача, средняя длительность пребывания на койке, число посещений на одного жителя в год и пр.) безусловно необходимы для управления, но не обладают достаточной информативностью для изучения динамики здоровья населения. Показатели демографического характера, заболеваемости, физического развития тоже нужны, но если возникает необходимость их сопоставления с деятельностью служб здравоохранения, то потребуется дополнительная и немалая работа аналитического характера, причем не всегда способная удовлетворить потребности органов здравоохранения. Связать все это можно тем, что указанные выше и подобные им показатели в качестве усредненных величин характеризуют ограниченный круг явлений и не могут выступать в роли обобщающих критериев управленческой деятельности. Нужна именно система обобщающих показателей, позволяющая относительно просто оценивать не одну какую-то сторону управленческой деятельности, а состояние здоровья людей и деятельность органов здраво-

охранения комплексно и в различных аспектах.

Целью настоящей работы являлось теоретическое обоснование системы анализа управленческих показателей с разработкой методологических подходов к ее созданию, в том числе новых, более информативных, чем существующие, и при необходимости дополняемых ими.

Поступающая на каждый уровень управления информация, безусловно, должна быть сжатой, концентрированной, соответствующей потребностям. Получение такой информации и пользование ею возможны, на наш взгляд, при обеспечении следующих основных ее характеристик:

1) целевое предназначение — информация должна строго соответствовать целям данного уровня управления и обеспечивать их достижение;

2) содержательная характеристика — необходимо точно знать, какие процессы описывает информация;

3) форма представления — информация должна быть удобной для пользования и обеспечивать получение как обобщающей, интегрирующей оценки управленческой деятельности, так и касающейся лишь ее отдельных процессов или сторон.

Каждый показатель должен характеризовать минимальный, но достаточный для реализации определенной цели объем информации.

Разработка и внедрение мероприятий, направленных на борьбу со всеми заболеваниями сразу, представляются нереальными. Целесообразным и возможным следует признать, по нашему мнению, подход, обеспечивающий на единой методологической основе разработку общей схемы анализа и управления борьбой с большинством патологических состояний, а в последующем — наполнение этой схемы конкретным содержанием с учетом особенностей того или иного заболевания. Следует выделить три основных направления: а) лечение заболевания; б) раннюю диагностику; в) профилактику. Это обусловлено, во-первых, спецификой анализа работ по каждому из указанных направлений, а во-вторых, тем, что в жизни развитие этих направле-

ний может идти различными темпами из-за материальных, финансовых, технических ограничений.

Информационное обеспечение управления подразумевает наличие не менее чем двух уровней. Кроме того, разработ-ка единой схемы анализа, используемой в отношении ряда заболеваний, обусловливает (пусть даже в перспективе) относительно широкий фронт деятельности, так как предполагает постоянное или очень длительное наблюдение за большим контингентом людей. Все это вместе взятое предопределяет необходимость оперативной работы с большими массивами различной информации. И даже предварительный анализ складывающейся ситуации показывает, что система дифференцированного информационного обеспечения управления должна быть автоматизированной, то есть позволяющей в автоматическом режиме осуществлять сбор текущей информации, ее обработку, архивирование, различные виды анализа, формулировку выводов, а в идеале — выдачу рекомендаций управленческого характера. Проблему создания автоматизированной системы дифференцированного информационного обеспечения (АС ДИО) в рамках медико-социального мониторинга можно обозначить так: разработка автоматизированной системы, осуществляющей в масштабах района, области, республики, региона дифференцированное обеспечение различных уровней управления информацией о ходе борьбы с определенной патологией вплоть до выработки рекомендаций управленческого характера.

Какие же принципы дифференциации информационного обеспечения управления были использованы? Прежде всего при разработке АС ДИО были выделены следующие уровни управления: республиканский (или областной), региональный, районный (или городской), учрежденческий (или отделенческий) и индивидуальный.

Внедрение АС ДИО в республике реально можно начать с районного уровня с одновременным охватом учрежденческого и индивидуального (табл. 1).

На каждом уровне управления целесообразно проведение двух вариантов анализа: основного, проводимого по обобщающим для данного уровня показателям и детализирующего, характеризующего отдельные составные части оцениваемых процессов. Целевое назначение используемой на различных уровнях управления информации показано

в табл. 2. Одни из использованных при этом показателей общеизвестны, другие — разработаны специально в связи с созданием АС ДИО (их описание и интерпретация составляют содержание отдельной методической разработки).

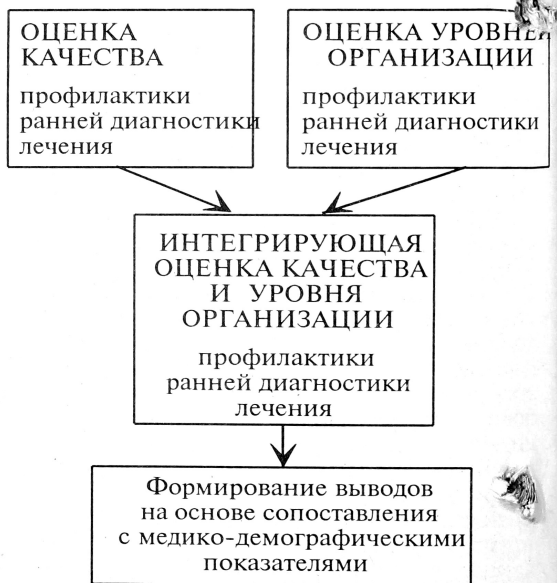
Таблица 1

Этапы внедрения автоматизированной системы дифференцированного информационного обеспечения органов здравоохранения

Этапы	Содержание работы
1-й	Отработка моделей АС ДИО на нескольких типичных районах районном, учрежденческом, индивидуальном уровнях)
2-й	Распространение АС ДИО в других районах республики
3-й	При охвате достаточного числа районов использование АС ДИО на республиканском уровне

Принципы формирования выводов на основе различных сочетаний тех или иных показателей приводим в следующей схеме.

Схема формирования выводов и оценки работ при организации борьбы с определенной патологией



Основных анализируемых показателей — 19, 13 из них специально разработаны для АС ДИО. Кроме того, в системе используется около 50 вспомогательных показателей и обозначений. АС ДИО в части формирования выводов представляет собой фактически экспертную сис-

Разделение информации по уровням управления и целевому назначению
(а — основной анализ, б — детализирующий)

Уровни управления	Целевое назначение информации
Республиканский	а) медико-демографическая оценка наблюдаемых контингентов, оценка уровня жизнедеятельности больных; б) структура заболеваемости, структура контингентов наблюдаемых, характеристика результатов борьбы с данной патологией
Районный	а) все оценки 1-го уровня, но в разрезе района, оценка организации проводившихся работ, оценка качества проводившихся работ
ЛПУ	а) все оценки 2 б уровня в разрезе ЛПУ; б) информация для дальнейшего совершенствования методов борьбы с данной патологией
Индивидуальный	а) информация для проведения лечебно-оздоровительных мероприятий, информация для формирования оценок 1 — 3-го уровней; б) информация для проведения необходимых дополнительных мероприятий

тему, заключения которой формируются из 8 основных выводов, 14 первичных и 13 вторичных дополнений.

В настоящее время проводится адаптация АС ДИО к условиям одного района Республики Татарстан. Параллельно изучается возможность использования АС ДИО в ряде других районов — для ее отработки в различных условиях.

Поступила 25.08.94.

CONCEPTION OF MEDICOSOCIAL
MONITORING IN TATARSTAN REPUBLIC

Sh.M. Vakhitov

S u m m a r y

The theoretical basis of the analysis system of management characteristics with the development of methodological approaches to it's creation including new, more informative than existing ones is given. The possibility of introduction of differentiated provision automated system of management in Tatarstan Republic is shown.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДК 616.28 — 008.14:362.147

РОЛЬ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОЛИКЛИНИКИ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ СУРДОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Л.Г.Сватко, А.Н.Галиуллин, Г.М.Чекаев, О.П.Приходько

Кафедра оториноларингологии (зав. — доц. Р.У. Батыршин) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав. — проф. А.Н.Галиуллин) Казанского государственного медицинского университета,

Республиканская клиническая больница (главрач — канд.мед.наук С.В.Абулдазе) МЗ РТ

Заболевания органов слуха, сопровождающиеся тугоухостью и глухотой, всегда находились в центре внимания органов здравоохранения. Целенаправленное планирование в общегосударственном масштабе лечебно-профилактических мероприятий и внедрение в широкую практику новых эффективных методов предупреждения и лечения нарушений слуха привели к существенному снижению распространенности среди населения хронических воспалительных заболеваний уха. Однако наряду с этим в последние годы стало больше больных с тугоухостью, обусловленной в основном патологией внутреннего уха. Это объясняется широким применением ототоксических препаратов в медицине, повышением

частоты наследственной и врожденной патологии, негативными последствиями научно-технического прогресса, а также увеличением числа лиц пожилого и старческого возраста [1].

Согласно данным Национального центра здравоохранения США (1977), нарушения слуха встречаются у 7640 человек, а полная глухота — у 873 на 100 тыс. человек. В нашей стране была проведена попытка выборочного учета людей с социально значимой потерей слуха [2]. Установлено, что они составляют 27,3 случая на 1000 жителей.

В Российской Федерации создана конкретная система оказания специализированной медицинской помощи населению при нарушениях слуха, состоящая из учреждений Министерства здравоохранения