Организация учетной политики в стационаре

Костенко Ольга Владимировна, БПОУ ВО «ВБМК», заведующая отделением ДПО

Шепелева Наталья Геннадиевна, БПОУ ВО «ВБМК», заместитель директора ОДПО

Соломатина Людмила Алексеевна, БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»,

врач-статистик отдела медицинской статистики

Дейникова Татьяна Ивановна, БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»,

заведующая отделом медицинской статистики

Барышникова Нелли Александровна, БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»,

главная медицинская сестра

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. Медицинская статистика нацелена на решение наиболее выраженных современных проблем в здоровье населения. Основными проблемами являются необходимость снижения заболеваемости, смертности и увеличения продолжительности жизни населения. Соответственно, на данном этапе основная информация должна быть подчинена решению этой задачи.

В современных условиях, в период модернизации российского здравоохранения, все более возрастает роль квалифицированных специалистов в этой отрасли. Врач любой специальности должен стать не только специалистом – профессионалом высокого уровня, но и организатором здравоохранения, уметь правильно рассчитывать и ориентироваться в показателях деятельности медицинских организаций, а также их анализировать. Расчет и анализ показателей статистики здоровья и деятельности медицинских учреждений являются неотъемлемой частью работы любого специалиста.

Под статистикой понимают метод количественного изучения массовых общественных явлений в неразрывной связи с их качественной стороной. В медико-санитарной статистике в качестве массовых общественных явлений изучаются показатели общественного здоровья и организация здравоохранения. С помощью количественных методов исследования и учета влияния конкретных социально-экономических и экологических факторов медицинская статистика выявляет основные тенденции и закономерности формирования общественного здоровья и развития системы здравоохранения. Законодательное регулирование статистического учета в системе здравоохранения в основном осуществляется четырьмя Федеральными законами. Это законы «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в Российской Федерации (РФ)», «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», «О персональных данных», «Об информации, информационных технологиях и о защите информации», а также другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ. Медицинская статистика является составной частью государственной статистики и, естественно, регулируется Федеральным законом «Об официальном статистическом учете и системе государственной статистики в РФ». Указанный закон служит законодательной основой для разработки и принятия ведомственных нормативно-правовых актов, в т.ч. в области здравоохранения. В системе государственной статистики используются следующие виды документированной информации:

1) официальная статистическая информация;

2) первичные статистические данные;

3) административные данные.

### Медицинские работники ежедневно сталкиваются со статистикой, проводя учет, участвуя в отчетности учреждения, при проведении научных исследований.

### Учет – это первичная регистрация индивидуальных факторов и признаков изучаемого явления. Учет поступивших пациентов в приемном отделении – есть пример простейшей статистической операции. Для сбора информации в медицинских учреждениях применяются различные формы первичной медицинской документации, утвержденные в установленном порядке. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" в ст.79 говорит о том, что медицинская организация обязана:

* вести медицинскую документацию в установленном порядке;
* обеспечивать учет и хранение медицинской документации, в том числе бланков строгой отчетности.

Особенности ведения медицинской документации устанавливаются относительно каждой отдельной унифицированной формы в зависимости от вида деятельности медицинской организации. Форма собственности медицинской организации в данном случае значение не имеет. Трудности при учете в медицинской статистике обусловлены наличием большого количества учетных форм, число которых увеличивается с каждым годом, а также отсутствием единой системы отмены действовавших ранее форм при утверждении новых и отсроченным выходом методических рекомендаций по заполнению новых учетных форм.

Отчетность – сводка учетных данных по установленному образцу. Отчетность требует определенную форму и правил при ее составлении. В отечественном здравоохранении выделяют уровни отчетности:

* государственный – отчетные формы, утверждаемые Госкомстатом;
* отраслевой – отчетные формы, утверждаемые Министерством здравоохранения Российской федерации;
* региональный – отчетные формы, утверждаемые территориальным органом управления здравоохранения;
* учрежденческий – формы отчетов утверждает руководитель медицинской организации.

Статистико-аналитическое направление является основным в деятельности отдела медицинской статистики любой медицинской организации. Это направление включает в себя расчет и анализ показателей. Организационно-методическое направление заключается в подготовке отчетов, организации хранения информации, а также осуществления контроля правильности заполнения учетных и отчетных форм, достоверности получаемой информации.

Важнейшим звеном в системе лечебно-профилактических медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь населению, являются стационары. Они обеспечивают население всеми видами лечебно-диагностической помощи, реабилитацию больных и инвалидов. Это наиболее дорогой вид медицинской помощи (в 2–3 раза дороже амбулаторной) и наиболее эффективный. Круглосуточный стационар – медицинская организация с постоянными местами (койками), предназначенная для круглосуточного пребывания пациентов, непрерывного наблюдения и оказания им необходимой помощи. Госпитализация в круглосуточный стационар осуществляется по направлению лечащего врача или врача-специалиста амбулаторно – поликлинического учреждения, а также при самостоятельном обращении пациента для оказания экстренной медицинской помощи при наличии показаний к госпитализации. Дневной стационар – медицинская организация, оборудованная для пребывания пациентов в течение нескольких часов. В дневном стационаре оказывается медицинская помощь больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения в соответствии с утвержденными стандартами медицинской помощи, а также  лечение больных, выписанных из стационара под наблюдение врача медицинской организации после оперативных вмешательств, в случае необходимости проведения лечебных мероприятий, требующих наблюдения медицинским персоналом в течение нескольких часов в условиях медицинской организации.

В соответствии с единой номенклатурой медицинских организаций, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 № 529н, к лечебно-профилактическим организациям, оказывающим медицинскую помощь в стационарных условиях, относятся:

1. больница (в том числе детская);
2. больница скорой медицинской помощи;
3. участковая больница;
4. специализированные больницы (в том числе по профилю медицинской помощи);
5. родильный дом;
6. госпиталь;
7. медико-санитарная часть, в том числе центральная;
8. дом (больница) сестринского ухода;
9. хоспис;
10. лепрозорий;
11. диспансеры, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях и др.

В зависимости от административно-территориального признака больницы делятся на областные (краевые, республиканские), городские, районные, межрайонные, участковые.

Основными нормативно-правовыми актами в области статистического учета в стационарах являются:

* Приказ СССР N1030 от 04.10.1980 г. «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения» редакция от 31.12.2002 г.
* Приказ МЗ РФ N413 от 30.12.2002 г. «Об утверждении учетной и отчетной медицинской документации».
* Приказ МЗРФ N548 от 13.11.2003 г. «Об утверждении инструкций по заполнению отчетной формы по дневным стационарам».

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.

1. Движение больных в отделениях и по стационару в целом:

1) проверка достоверности данных, указанных в форме № 007/у;

2) корректировка данных в сводной таблице движения больных (форма № 16/у);

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

4) внесение данных по движению больных за сутки в сводную таблицу с использованием программного обеспечения статистики.

2. Внесение данных в журнал по онкологическим больным с выдачей соответствующих учетных форм (№ 027-1/у, № 027-2/у).

3. Внесение данных в журнал по умершим пациентам.

4. Статистическая обработка форм № 003/у, 003-1/у, 066/у:

1) регистрация историй болезни, поступающих из отделений в ф. № 007/у, с уточнением профиля и сроков лечения;

2) проверка достоверности и полноценности заполнения форм № 066/у;

3) изъятие из историй талонов к сопроводительному листу ССМП(ф. № 114/у);

4) проверка соответствия шифра истории болезни (потоки финансирования) порядку поступления, наличию направления, тарифному соглашению с ТФ ОМС;

5) кодирование историй болезни с указанием кодов данных (таких как профиль отделения, возраст пациента, сроки поступления (для экстренной хирургии, переводных и умерших), дата выписки, количество койкодней, код заболевания по МКБ-Х, код операции с указанием количества дней до и после операции и ее бессрочность при экстренной хирургии, уровень комфортности палаты, категория сложности операции, уровень анестезии, количество консультаций врачей);

6) сортировка историй болезни по потокам финансирования (обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, платные услуги или прямые договоры, финансируемые из двух источников).

5. Ввод информации в компьютерную сеть: для пациентов ОМС и ДМС и для пациентов, финансируемых из нескольких источников, осуществляется по прямым договорам, гарантийным письмам. После обработки информации производится ее передача в финансовую группу для дальнейшего формирования счетов соответствующим плательщикам.

6. Разбор обработанных историй болезни с изъятием формы № 066/у и сортировка их по профилям отделений и датам выписки. Сдача историй болезни в медицинский архив.

По итогам работы отделений и стационара в целом производится статистическая обработка данных с формированием отчетов. Обрабатываются данные с карты выбывшего из стационара с заполнением листов распределения пациентов по потокам финансирования для каждого профиля. Карты сортируются по диагнозам для каждого профиля. На основании сгруппированной информации формируются отчеты в табличном редакторе:

1) отчет по движению больных и коечного фонда (форма № 16/у);

2) отчет распределения больных по отделениям, профилям и по потокам финансирования;

3) отчет о работе стационара по основным показателям в разрезе отделений или профилей коек;

4) отчет по пролеченным больным по нозологиям;

5) отчет о хирургической работе отделений и стационара в целом;

и другие отчетные формы.

Помимо перечисленных форм учетной медицинской документации и отчетных форм со статистическими показателями в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, используются следующие основные отчетные формы федерального статистического наблюдения:

* Сведения о медицинской организации (ф. № 30);
* Сведения о деятельности подразделений медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях (ф. № 14);
* Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций (ф. № 14-дс);
* Сведения о причинах временной нетрудоспособности (форма № 16-ВН);
* Сведения о медицинских и фармацевтических работниках (ф. № 17);
* Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (ф. № 62) и др.

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

Годовой отчет (ф. 30 «Отчет лечебно-профилактического учреждения») составляется на основе данных текущего учета элементов работы учреждения и форм первичной медицинской документации. Форма отчета утверждена ЦСУ РФ и едина для всех типов учреждений. Каждое из них заполняет ту часть отчета, которая относится к его деятельности. Особенности медицинского обслуживания отдельных контингентов (детей, беременных и рожениц, больных туберкулезом, злокачественными новообразованиями и пр.) даются в приложениях к основному отчету в виде отчетов-вкладышей (их 12).

Отдельные понятия, необходимые для расчета и анализа показателей деятельности стационара:

Лечившиеся (пользованные) больные – полусумма поступивших, выписанных и умерших.

Койко-день – день, проведенный больным в стационаре. Условная единица измерения мощности больницы, использования коечного фонда больницы. При этом, день поступления и выписки считают за один койко-день.

Койка больничная – койка, размещенная в учреждениях здравоохранения для стационарного лечения больных. Включает койку сметную и койку фактически развернутую. Койка сметная – обеспеченная финансированием по смете расходов учреждения здравоохранения. Койка фактически развернутая – обеспеченная персоналом, оборудованием, финансированием для питания и лечения больных и готовая к приему больных для круглосуточного пребывания. Временные приставные койки, развернутые в палатах, коридорах и т. д. в связи с перегрузкой стационара (или одного из его отделений), в число фактически развернутых коек не включаются.

Коечный фонд – совокупность коек стационарных лечебно-профилактических учреждений (больниц, родильных домов, стационаров, специализированных диспансеров и прочих), предназначенных для обслуживания населения данной местности. Места дневного стационара в численность коечного фонда учреждения не включаются. Исчисляют показатель обеспеченности населения всеми койками и койками в разрезе их профиля. Показатели рассчитывают, как правило, на 10 тысяч человек населения.

Среднемесячное число коек является среднеарифметической величиной, получаемой путем деления суммы фактически развернутых коек (включая не функционирующее во время ремонта, но без приставных) за все дни месяца на календарное число дней месяца.

Среднегодовое число коек получается аналогичным образом при делении суммы среднемесячного числа коек на 12. Если отделение работало лишь полгода, сумма также делится на 12.

Число койко-дней, проведенных больными за отчетный месяц, высчитывается путем суммирования числа больных, находящихся в стационаре на утро ежедневно в течение месяца. Сложение данных результатов за 12 месяцев дает сумму числа койко-дней, проведенных больными за год.

Уровень госпитализации – число поступивших пациентов по всем заболеваниям или отдельно по определенным заболеваниям в расчете на 1000 или на 100000 соответствующего населения.

Среднее число дней занятости койки в году – показатель работы коек в больничном учреждении или отделениях и использования коечного фонда в целом по городу, району, области, краю, республике, стране. Исчисляется делением общего числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре за год, на среднегодовое число коек.

Средняя длительность пребывания больного на койке – количество дней, которое в среднем больной проводит в больнице. Показатель высчитывается по больнице в целом, по отделениям и по отдельным заболеваниям. Показатель позволяет оценить организацию и качество стационарного обслуживания больных в зависимости от нозологической формы. На основе этого показателя представляется возможным выявить укороченные или затянувшиеся сроки лечения. При анализе средней длительности лечения больного в стационаре при определенных заболеваниях необходимо обратить внимание на причины, влияющие на этот показатель и условно выделить четыре периода в пребывании больного в стационаре:

I период – от поступления больного до начала обследования. В этом периоде потери обычно составляют 1 – 3 дня (при поступлении больного в пятницу обследование обычно начинают с понедельника. Кроме того, теряется время и по различным другим организационным недостаткам).

II период – клинико-диагностические исследования. На длительность этого периода оказывают влияние следующие причины:

* недостаточная преемственность между поликлиникой и стационаром;
* плохая подготовка поликлиникой больного при плановой госпитализации (неполное обследование);
* дублирование (повторение) в стационаре диагностических исследований, выполненных в поликлинике;
* недостатки в организации работы диагностических служб, укомплектовании кадрами.

III период – лечение больного в стационаре. Длительность этого периода зависит от квалификации врачей, тактики ведения больных с различными заболеваниями, технической оснащенности, применения современных и эффективных методов лечения и др.

IV период – подготовка к выписке и выписка больного. Задержка в стационаре в этом периоде связана в основном с организационными недостатками.

Оборот койки – характеризует количество больных, приходящихся на одну койку в среднем по стационару (отделению) в течение года. Исчисляется делением среднегодового числа всех лечившихся больных на среднегодовое число коек, или среднего числа дней занятости койки в году на среднее время пребывания больного на койке.

Летальность – отношение (в %) общего числа умерших в больнице (в отделении) к общему числу лечившихся больных (по больнице или отделению), прошедших через стационар.

Летальность досуточная – вычисляется в виде показателя частоты числа умерших в первые сутки от числа поступивших больных, а также в виде удельного веса умерших в первые сутки от общего числа умерших в больнице.

Анализ деятельности любого стационара на основе оценки соответствующих показателей позволяет выявить недостатки в организации лечебно-диагностического процесса, определить эффективность использования и резервы коечного фонда и разработать конкретные мероприятия по повышению качества медицинского обслуживания населения. Основными направлениями развития стационарной помощи являются:

* Повышение техноемкости медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях;
* Развитие узкоспециализированной и уникальных видов стационарной помощи;
* Приближение стационарной помощи к населению за счет организации дневных и домашних стационаров;
* Развитие интенсивных технологий лечения и выхаживания тяжелых больных;
* Перевод лечебных процессов на стандарты качества;
* Развитие стационарной помощи в сельской местности.

С каждым годом перед медицинской статистикой встают все более оперативные и весомые задачи - это и экономическое обоснование затрат на оказание медицинской помощи населению, 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 МО, 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:

* 1. Ю.Н. Филиппов, Л.Н. Коптева, В.В. Тарычев, О.П. Абаева, Е.А. Галова, Н.Н. Карякин. Показатели здоровья детского и взрослого населения и деятельности медицинских организаций – учебное пособие/ СПб. СпецЛит, 2016.
	2. Жидкова О.И. Медицинская статистика. Конспект лекций. - М.: 2012.
	3. Н.И. Вишняков, В.А. Миняев. Общественное здоровье и здравоохранение – М. МЕДпресс-информ, 2009.
	4. В.А. Медик, В.К. Юрьев. Общественное здоровье и здравоохранение – учебник/ М. ГЭОТАР-Медиа, 2010.
	5. Приказ Росстата от 30.12.2015 №672 «Об утверждении статистического инструментария для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения».
	6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 06.08.2013 № 529н «Об утверждении номенклатуры медицинских организаций».
	7. Н.Я. Несветайло, и.о. заведующего кафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья СибГМУ, А.А. Латышова, ассистент кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья СибГМУ. Организация учетной политики медицинской организации – лекция/ курс повышения квалификации «Организация статистического учета и отчетность в медицинской организации», СибГМУ, 2022.
	8. Методическое пособие Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Статистический учет и отчетность учреждений здравоохранения»-М.:2006