ЛИТЕРАТУРА
ДЛЯ ОРГАНИЗАТОРОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

И.В. Трифонов

ЭФФЕКТИВНЫЙ НАЧМЕД

Практическое руководство по управлению лечебным процессом в многопрофильном стационаре

3-е издание

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений 4
Введение 5
Работа по контролю качества лечения 6
Текущий контроль 8
В начале рабочего дня 8
Утренняя врачебная конференция 9
Обсуждение предстоящих операций 12
Сбор информации, утреннее подписывание документов 14
Обход отделений 16
Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима 19
Ретроспективный контроль 23
Работа с врачом — экспертом страховой медицинской организации 23
Оформление медицинских документов при направлении трупа на патологоанатомическое исследование 30
Направление трупа на судебно-медицинскую экспертизу 34
Комиссия по изучению летальных исходов 37
Лечебно-контрольная комиссия 39
Статистика и отчетность 45
Подведение ежемесячных итогов 50
Специальные знания и методы в работе начмеда 52
Взаимоотношения в коллективе 55
Главный врач 55
Аппарат управления больницей, кадры, планово-экономический отдел, бухгалтерия 56
Врачебная тайна 59
Жалобы, работа с обращениями 61
Заключение 63
Список литературы 65

СТАТИСТИКА И ОТЧЕТНОСТЬ

Конфиденциально и внушительно американец сообщил мне, что кончина в авиакатастрофе статистически маловероятна.

— Что ж, недурственная новость, — хихикнул я.

Кирил Бонфильоли.
«Эндшпиль Маккабрея»

Периодически требуется четко подводить итоги работы на уровне лечебного звена здравоохранения (от врача-ординатора до заместителя главного врача по медицинской части) с целью оптимизации выполнения плановых заданий по освоению объемов в койко-днях и реальных деньгах.

Практически это делается следующим образом. В начале месяца, следующего за отчетным, в ***статистическом отделе*** формируют таблицу, в которой сводятся данные, необходимые для контроля количественных показателей работы стационара. Мы пользуемся таблицей, где в строках — лечебные отделения, а в столбцах — статистические показатели, абсолютные и относительные: общее количество коек, среднемесячное количество коек, число поступивших пациентов, выбывших пациентов, проведенных койко-дней, функция койки, оборот койки, процент загруженности койки, процент выполнения плана по профилю, средняя длительность пребывания больного на койке, количество выполненных операций (плановых, экстренных), количество умерших (из них — до суток), госпитальная летальность, послеоперационная летальность (после плановых и экстренных операций). В нижней строке подводят итог по всему стационару или корпусу.

В ***планово-экономическом отделе*** создают таблицу со следующими показателями: среднемесячное количество коек, количество поступивших, выбывших, число проведенных койко-дней, функция койки, оборот койки, процент загруженности койки, процент выполнения плана по профилю, средняя длительность пребывания больного на койке, но только в зависимости от источника финансирования — ОМС, бюджет, хозяйственный расчет (добровольное медицинское страхование).

Мне представляется, что начмед должен свободно ориентироваться в показателях статистической отчетности. Причем четкое знание формулировок некоторых статистических показателей иногда здорово помогает выправить отчетную документацию. Нужно иметь справочник по статистической отчетности в системе здравоохранения и знать нормативные показатели по Российской Федерации, своему региону, а также — для более широких территорий или географических единиц (если таковые имеются).

Основные показатели, с которыми приходится работать начмеду: количество выбывших, количество проведенных койко-дней, функция койки, оборот койки, процент загруженности койки, процент выполнения плана по профилю, средняя длительность пребывания больного на койке, число выполненных операций (плановых, экстренных), количество умерших, из них — до суток, госпитальная летальность, послеоперационная летальность.

Показатели количества выбывших, проведенных койко-дней и средней длительности пребывания пациента на койке необходимы для оценки эффективности работы стационара с точки зрения освоения выделенных средств на лечение больных, поскольку именно по этим показателям формируют финансовые планы и выделяют средства в системе ОМС и по бюджету муниципального образования. Если оценивать важность названных показателей с финансовой точки зрения, то получается, что ежемесячное финансирование проводят именно по количеству проведенных пациентами койко-дней, а планы на следующий год формируют с учетом количества выбывших за год и средней длительности пребывания пациента на койке. По каждому профилю оказания медицинской помощи эти цифры немного различаются. Однако общая идея такова: имеется нормативный показатель среднего пребывания больного на койке по какому-нибудь профилю (например, по «общей хирургии» — 10 койко-дней), произведение данного показателя на число пациентов, пролеченных в прошлом году в вашей больнице, даст вам план финансирования в койко-днях и рублях на будущий год. И если в прошлом году вы пролечили мало пациентов (пусть даже с большими сроками госпитализации), то на год будущий у вас будут резко сокращены объемы в койко-днях. А стало быть, и денег будет меньше. Произойдет следующее: будут выбраны согласованные объемы, в конце квартала или года не на что будет лечить, и денег на зарплату не хватит. Отсюда следует, что, работая в этой системе, необходимо стараться не отклоняться сильно от нормативных показателей. Есть смысл лишь слегка перевыполнять план по количе-

ству койко-дней (на 0,5–1%) за счет увеличения средней длительности пребывания больного на койке при увеличении количества пролеченных пациентов. Это не даст плановикам из территориального фонда ОМС и территориального органа здравоохранения повода постоянно ужесточать нормативные показатели.

Бывает так, что в стационаре процесс лечения по основным нозологическим формам налажен: пациентов выписывают быстро (уменьшается средняя длительность пребывания на койке) и общее количество пациентов выше, а на выходе — недобор по койко-дням. Значит, и заработанных денег меньше (и это — при более интенсивной работе и более высоких расходах на медикаменты). В планирующих органах создается впечатление: раз средняя длительность пребывания снизилась, значит, так и надо. Вот и поставят в норматив среднего пребывания не 10 койко-дней, а 9, число пациентов оставят прежнее — соответственно, общее количество койко-дней на год уменьшится, а стало быть, и денег больница недополучит.

Очень значим показатель функции (работы) койки. Он показывает, сколько дней в отчетном периоде (месяц, квартал, год) работает каждая койка (занята больными). Рассчитывают это число путем деления общего количества проведенных больными койко-дней на среднемесячное (среднеквартальное, среднегодовое) количество коек. В идеале койка должна быть занята пациентами 365 дней в году. Но если исходить из нормативов текущих и генеральных уборок (их проводят в отсутствие пациентов) в палатах, то реальный показатель колеблется от 280 дней/год (инфекционные койки) до 340 дней/год (кардиология). В среднем 330–335 дней в году. Если ниже 280 койко-дней, то вопрос о целесообразности содержания соответствующих коек встает очень остро. В регионах, где денег нет, лишние койки сокращают. А с учетом того, что все штатные нормативы рассчитывают исходя из развернутых коек, следующий шаг за сокращением коек — сокращение персонала. Если показатель функции койки выше 365 дней в году, это говорит о том, что коек явно не хватает и интенсивно используются приставные койки, которые не входят в число нормативных или сметных.

Иногда бывает так, что в отделении имеются койки одного профиля, финансируемые из разных источников (бюджетные и страховые). И поскольку финансовая отчетность ведется по всем койкам раздельно, может получиться, что бюджетная койка работает 40–50 дней в месяц (480–600 дней в году), а койка, финансируемая из системы ОМС, — 26 дней в месяц (312 в году). Объясняется это просто. Бюджетных коек всегда очень мало (3–5 на 60-коечное отделение). Они предназначены

для лечения бомжей, иностранцев с острыми, угрожающими жизни заболеваниями и травмами и т.п. Пациентов указанных категорий в крупных городах России всегда хватает. И получается, что койко-дней они проводят много, а в качестве делителя при расчете показателя функции койки приходится использовать те самые 3–5 бюджетных коек. Отказать упомянутым пациентам в лечении нельзя, и приходится их размещать на большем количестве коек. В расчет же по бюджетной деятельности большее количество коек не берут. И это очень беспокоит муниципалитет, которому трудно признать существование бомжей, а также незарегистрированных и не обеспеченных полисами ОМС гастарбайтеров. Больные бомжи и иностранцы — это, конечно, проблема, но решать ее надо не путем сокращения финансирования учреждений здравоохранения, а путем проведения социальных и полицейских мероприятий. В среднем же показатель функции койки по отделению в приведенном примере колеблется в допустимых пределах, что свидетельствует об оправданности существования данного отделения с медико-статистической точки зрения.

Опасность может возникнуть, когда вводят систему оплаты деятельности МО по «законченному случаю» и отделения начинают ради повышения финансовой эффективности сильно сокращать сроки пребывания больных с наиболее распространенными заболеваниями, не заботясь о том, чтобы койки были заполнены пациентами с какими-либо другими заболеваниями. Нужно действовать так, чтобы показатели, о которых было сказано выше, не «провисли» и итогом слишком эффективной деятельности не стало сокращение коек и персонала. Мне известен случай, когда в одном высокотехнологичном отделении длительность пребывания больного на койке довели до 11 койко-дней вместо нормативных 28, и некие умельцы из руководства сократили койки в отделении, уволив ведущего специалиста. Теперь это отделение высокотехнологичным назвать очень трудно.

Задача начмеда, повторюсь, — хорошо разбираться во всех подобных вопросах, быстро экстраполировать изменения статотчетности на реальную медицинскую ситуацию и не допустить финансовой, кадровой и организационной нестабильности.

К сожалению, врачи и даже заведующие отделениями часто ленятся или упорно не желают работать так, чтобы статистическая отчетность через количественные показатели отражала высокое качество медицинской помощи. Задача начмеда — заставить заведующих отделениями изучить и понять хотя бы основы формирования статистической отчетности и связанной с ней системы финансирования медицинско-

го учреждения. Ежемесячно (если не чаще) следует доводить до них результаты работы вверенных им отделений и добиваться исправления слабых показателей.

На мой взгляд, неспособность заведующего отделением улучшить такие показатели, как функция койки, средняя длительность пребывания на койке, общее количество пациентов (в условиях, когда нет административных препятствий для наращивания количества применяемых технологий, расширения спектра заболеваний, по поводу которых пациенты могут лечиться в его отделении) — это повод серьезно задуматься о профессиональной пригодности такого заведующего. Расскажите ему, что от него требуется, создайте нормальные условия для работы, а если и после этого нет эффекта — начинайте искать замену!

Заместителю главного врача нужно знать о том, что МО, оказывающая круглосуточную стационарную помощь, ежегодно отчитывается по формам статистического наблюдения. Минимальный набор — это Ф30 (годовая) «Сведения о медицинской организации»; Ф14 (годовая) — «Сведения о деятельности подразделений медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях»; Ф16-вн «Сведения о причинах временной нетрудоспособности».

Ф30 — весьма объемная таблица, состоящая из многих разделов. Она включает информацию по всем отделениям, подразделениям, кабинетам. В ней перечислены все медицинское оборудование, компьютерная техника, здания и сооружения. Огромный раздел — «Штаты медицинской организации» — камень преткновения для кадровой и экономической службы. Этот раздел сдается вместе с актуальным на конец отчетного года штатным расписанием и должен совпадать с данными, которые размещены в федеральном регистре медицинских работников.

Ф14 отражает количество поступивших, выписанных, умерших пациентов и проведенные ими койко-дни по диагнозам, закодированным в системе Международной классификации болезней 10-го пересмотра, в разбивке по возрастам. В Ф14 имеется таблица, в которой отражена хирургическая работа стационара. Ф14 — также весьма объемный документ.

Ф16-вн содержит сведения о причинах и сроках законченных случаев временной нетрудоспособности в разбивке по возрастам и полу.

Кроме перечисленных форм, существует еще множество таблиц и отчетов.

От региона к региону система сдачи ежегодных и текущих отчетных форм различается не очень сильно. Вкратце технология выглядит

следующим образом. В аппарате заместителя главного врача по организационно-методической работе имеется некий программный продукт, в котором происходит заполнение всех столбцов и граф в виде электронного документа. Это заполнение производится на основе данных текущей статистики и оперативных отчетов, которые предоставляют подразделения и службы МО. В этой программе («Медстат» или аналоги) нужно не только заполнить все требуемые формы федерального или отраслевого статистического наблюдения, но и уравнять все итоги внутри таблиц, между таблицами и между разными формами. Для этого существуют различные виды математических контролей и система выявления логических ошибок. Это сложно. Особенно с учетом того, что для большинства итогов существуют свои нормативные показатели и отступать от которых весьма нежелательно. В некоторых регионах, в городе Москве, например, заполненные в электронном виде формы статнаблюдения, дистанционно предварительно проверяются в бюро медицинской статистики и после одобрения представляются в виде бумажных заверенных документов. Процесс защиты и сдачи-приемки статотчета в МИАЦ или бюро медстатистики — довольно утомительная процедура, связанная с длительными ожиданиями и необходимостью объяснять некоторые показатели, защищать их правомерность или вносить исправления. Если предварительная работа по заполнению таблиц в электронном виде сделана некачественно, то вполне вероятно, что процесс сдачи годового отчета затянется на несколько дней.

Начмеду важно иметь представление об этой стороне деятельности медорганизации, чтобы отражение лечебной работы в отчетных документах выглядело удовлетворительно.

ПОДВЕДЕНИЕ ЕЖЕМЕСЯЧНЫХ ИТОГОВ

В системе ОМС существует такая форма подведения результатов за отчетный период по контролируемым показателям работы между МО и страховой МО, как сверка счетов. Смысл заседания — обсудить информацию о том, как обстоят дела с выполнением планов, качеством планирования и, следовательно, финансированием деятельности МО с точки зрения страховых компаний.

Мой опыт показывает, что начмеду нужно для этой работы иметь акт сверки страховой компании с показателями деятельности стационара, где отражено выполнение плана по таким показателям, как длительность пребывания больного на койке, число выписанных пациентов, общее число койко-дней, выполнение плана финансирования. Изуче-

ние этой таблицы поможет понять, вследствие каких причин могло произойти уменьшение финансирования, существенно ли оно и что требуется для исправления ситуации. Есть смысл интересоваться правилами применения регрессных санкций за отклонение от плановых показателей, выяснять, какие виды услуг могут быть оплачены «по факту», как добиться более полного учета проделанной работы и т.п. Иногда может промелькнуть интересная информация о правилах регистрации застрахованных, взаимоотношениях между подразделениями фонда ОМС различных территорий, изменениях в трактовке программы государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи, количестве жалоб на МО, поступающих в страховую компанию, и их спектре.

До сведения заведующих отделениями нужно доводить окончательные согласованные результаты работы больницы в целом и отдельно по подразделениям в финансовом и статистическом выражении с обсуждением этих результатов. В данном случае источником информации является главный врач, и, следовательно, ваша роль сводится к тому, чтобы до начала такого обсуждения у него была информация о работе стационара в сжатой форме и с объективным комментарием. О доведении финансовых результатов заботится главный бухгалтер или заместитель главного врача по экономическим вопросам.

С целью укрепления структуры управления в МО очень полезно, чтобы основные аспекты работы руководителей подразделений и ординаторов получали периодически оценку главного врача. Такая форма работы служит и вам хорошим подспорьем для правильной ориентировки в стремительно меняющейся ситуации (уровень требований, новые задачи и т.п.).

Следует быть готовым к тому, что кто-нибудь из заведующих или группа захочет обсудить на таком заседании вопрос, к которому сразу трудно приготовиться. Поэтому ради создания рабочей обстановки весьма желательно, чтобы «сюрпризов» не было. В крайнем случае нужно спокойно изложить свою точку зрения, уточнить, чего на самом деле хотят заявители, и помочь главному врачу принять решение о применении некоторой паузы для размышления о значимости возникшей проблемы и путях ее устранения. Строго говоря, появление таких «вопросов» свидетельствует об элементах недоговоренности в коллективе и о не совсем здоровой моральной обстановке. Нужно строить свою работу таким образом, чтобы вы не были источником возникновения конфликтов. И уж во всяком случае следует делать все необходимое, чтобы на уровень главного врача выносили максимально цивилизованный вариант нерешенной проблемы.