



**Проект анализа политики здравоохранения
«Манас»**

Документ исследования политики No. 33

Проект для обсуждения – не для цитирования

**Анализ Базы Данных ФОМС
по пролеченному случаю:
достоверность данных и уровень необоснованных
госпитализаций**

**Подготовлен Проектом анализа политики здравоохранения
совместно с клиническими экспертами ФОМС, ГУКВ, АБ КР
по итогам исследований, проведенных в 2004 году
в Иссык-Кульской и Ошской областях.**

Содержание

Введение	3
Цели исследования.....	3
Методология исследования	3
Этапы исследования	4
I этап. Анализ Базы Данных по пролеченному случаю ФОМС	4
II этап. Результаты исследований по Иссыккульской и Ошской областям.....	9
Первичный уровень оказания медико-санитарной помощи.....	9
Вторичный уровень оказания медико-санитарной помощи	12
Выводы	16
Рекомендации.....	17

Введение

В советской системе предоставления медицинской помощи существовала строгая система перенаправлений пациента. Врач первичного уровня направлял пациента в районное учреждение здравоохранения (больница или поликлиника), откуда больной в зависимости от диагноза и/или тяжести состояния мог быть перенаправлен в областное или республиканское учреждение.

Однако, в постсоветский период произошли значительные изменения в системе направлений и перенаправлений в связи с изменением структуры предоставления медицинской помощи, полным разделением медико-санитарной помощи на первичный и вторичный уровни без разработки и внедрения реальных механизмов и правил движения пациентов в системе здравоохранения, а также законодательным закреплением «предоставления гражданам права на свободный выбор врача и лечебно-профилактического учреждения». «Если реализация прав граждан на свободный выбор врача явилась прогрессивным шагом, который заложил основы для формирования здоровой конкуренции среди групп семейных врачей, то принцип свободного выбора лечебно-профилактического учреждения вызвал отрицательный эффект на всю систему предоставления медицинской помощи»¹.

Для более глубокого изучения вопросов направления и перенаправления Проектом анализа политики здравоохранения было проанализирована База Данных Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) по пролеченному случаю в стационарах, а также проведено исследование в двух регионах (Ошской и Иссыккульской областях).

Цели исследования

1. Анализ базы данных ФОМС по пролеченному случаю по видам направлений и уровню госпитализации.
2. Сравнение Базы Данных ФОМС по пролеченному случаю с данными в регионах на предмет достоверности.
3. Изучение уровня необоснованных госпитализаций.

Методология исследования

Данное исследование условно было разделено на 2 этапа, при которых: на 1 этапе изучалась и анализировалась информация, имеющаяся на центральном уровне, а на 2 этапе – информация на региональном уровне, которая должна была подтвердить достоверность данных на центральном уровне и показать возможные региональные особенности.

Наиболее полной и регулярно обновляемой на уровне каждой организации здравоохранения информацией является База Данных Фонда обязательного медицинского страхования по пролеченному случаю в стационарах, изучение которой стало основной частью работы на первом этапе.

При этом вся информация анализировалась с учетом уровневой организационной структуры системы здравоохранения (республиканский, г.Бишкек и г.Ош, областной, районный и сельский уровни) и с изучением таких показателей, как

¹ Мейманалиев Т. Кыргызская модель здравоохранения, Бишкек, 2003 г.

количество стационаров, количество больных, тип госпитализации, виды направлений и региональная направленность больных.

Для осуществления второго этапа исследования были разработаны ряд показателей/индикаторов в соответствии с целями и задачами, разработаны матрицы по сбору информации. В процессе работы над исследованием вносились изменения в матрицы в регионах в силу объективных причин (невозможность получения данных по причине их отсутствия или утери, ограниченность времени для сбора информации и др.). Основные индикаторы:

- % соответствия количества КСФ 066/У в стационаре с количеством КСФ 066/У в БД ФОМС по видам направлений;
- % соответствия количества стационарных карт больного (историй болезни) с количеством КСФ 066/У в стационаре;
- % необоснованных направлений из ГСВ, ЦСМ, АДО в стационар.

Этапы исследования

I этап. Анализ Базы Данных по пролеченному случаю ФОМС

На первом этапе настоящего исследования в качестве основного материала использовалась База Данных ФОМС по пролеченному случаю в стационарах за период с 2001 по 2003 годы. В таблице 1 отражена информация по количеству стационаров, работающих в системе обязательного медицинского страхования по каждой области с разделением их на уровни оказания медицинской помощи (республиканские организации, областные объединенные больницы, территориальные больницы районного уровня, сельские участковые больницы).

Таблица 1. Количество стационаров, работающих в системе ОМС, по регионам¹

	Республиканские организации	г. Бишкек	г. Ош	Чуйская область	Иссык-Кульская область	Нарынская область	Таласская область	Ошская область	Жалалабатская область	Баткенская область	Итого
2001											
Республиканский уровень	6										6
Областной уровень ²		5	1	1	1	2	2	2	1	1	16
Районный уровень				10	7	5	4	8	14	4	52
Сельский уровень				2	1	2		3		2	10
Всего:	6	5	1	13	9	9	6	13	15	7	84
2002											
Республиканский уровень	6										6
Областной уровень ²		5	1	1	1	2	2	2	1	1	16
Районный уровень				9	7	5	4	8	14	4	51
Сельский уровень				2	1	2		2		2	9
Всего:	6	5	1	12	9	9	6	12	15	7	82
2003											
Республиканский уровень	10										10
Областной уровень ²		8	1	1	1	1	2	2	1	2	19
Районный уровень				9	7	4	4	10	16	5	55
Сельский уровень				2	1			1	5	2	11
Всего:	10	8	1	12	9	5	6	13	22	9	95

¹ Данные ФОМС (не включены ведомственные и частные стационарные учреждения)

² включены городские стационары Бишкека и Оша

Таким образом, в 2001 году в системе ОМС работало 84 стационара, в 2002 году – 82, в 2003 году – 95, что составляет, соответственно, 41.0 %, 59.4 % и 78.5 % от общего количества стационаров Кыргызской Республики, за исключением туберкулезных, психиатрических, наркологических больниц и диспансеров. При этом увеличение доли стационаров, работающих в системе ОМС, произошло не только за счет их большего вовлечения в систему ОМС, но и за счет процессов реструктуризации стационарной службы. В результате данного процесса сократилось общее количество стационаров с 205 в 2001 году до 121 в 2003 году (без некоторых специализированных стационаров и диспансеров).

За вышеуказанный период в стационарах, работающих в системе ОМС, отмечается снижение количества поступивших больных с 540 855 больных в 2001 году до 529 427 больных в 2003 году. В таблице 2 показаны данные о количестве поступивших в стационары, работающие в системе ОМС по каждой области за период с 2001 по 2003 гг.

Таблица 2. Количество поступивших больных на стационарное лечение в стационары, работающие в системе ОМС¹

	Республиканские организации	г.Бишкек (без родовспомогательных организаций)	г.Ош	Чуйская область	Иссыккульская область	Нарынская область	Таласская область	Ошская область	Жалалабатская область	Баткенская область	ИТОГО:
2001	72586	43707	15841	75655	42520	29352	24479	96408	92811	47496	540855
2002	75522	41847	15713	71789	43093	22239	17857	104796	80640	38985	512481
2003²	73802	40115	16684	76341	39180	24649	19206	117442	78996	43012	529427

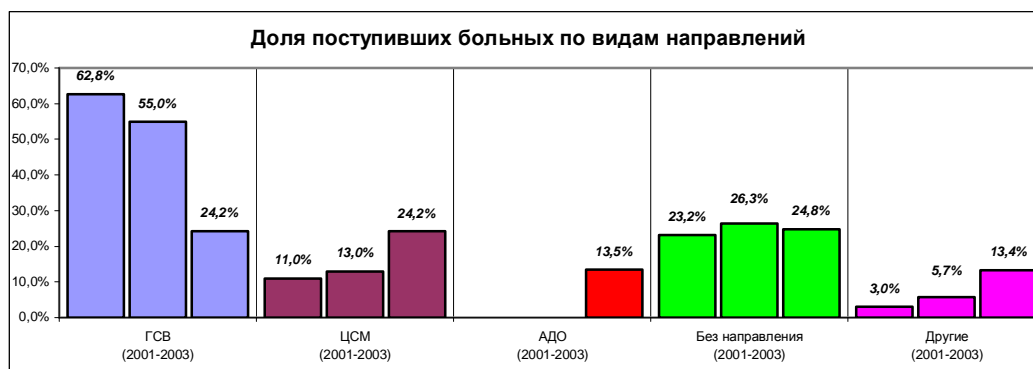
¹ Данные ФОМС

² Приведены абсолютные цифры по количеству поступивших больных без учета новорожденных

Тенденция незначительного снижения как количества поступивших больных в 2003 году по сравнению с 2001 годом имеет место по всей республике, за исключением Ошской области, где отмечается достаточно большое увеличение абсолютного количества поступивших больных (на 21034 больных).

Анализ динамики поступления больных по видам направлений (диаграмма 1) выявил значительные изменения в структуре оказания медицинской помощи, где с 2001 года отмечается уменьшение доли больных, направленных ГСВ за счет появления больных, направленных из АДО и увеличения больных, направленных специалистами узкого профиля из ЦСМ, служб скорой помощи и других организаций здравоохранения.

Диаграмма 1.



При этом следует отметить, что на республиканском уровне, в г.Бишкек и г.Ош уровень направленных на госпитализацию от ГСВ уменьшился более чем в 10 раз, на областном и районном уровнях – менее чем в 3 раза (таблица 3), а доля направленных от ЦСМ и АДО, на каждом из уровней, увеличилась в 2 и более раз.

Таблица 3. Доля больных по видам направлений по уровням оказания медицинской помощи

	Республиканский уровень			Областной уровень		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
ГСВ	72,4%	52,4%	2,7%	60,6%	53,2%	22,2%
ЦСМ	11,9%	27,7%	25,8%	6,3%	6,6%	22,2%
АДО	0,0%	0,0%	41,5%	0,0%	0,0%	9,3%
Без направления	15,6%	15,8%	12,4%	30,1%	35,1%	36,0%
Другие	0,0%	4,1%	17,6%	3,0%	5,2%	10,3%

	г.Бишкек			Районный уровень		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
ГСВ	54,7%	40,9%	3,3%	62,2%	58,5%	34,7%
ЦСМ	23,7%	28,4%	34,0%	10,9%	9,5%	22,7%
АДО	0,0%	0,0%	18,5%	0,0%	0,0%	7,9%
Без направления	21,6%	23,1%	17,4%	22,6%	25,6%	23,4%
Другие	0,0%	7,6%	26,8%	4,4%	6,3%	11,3%

	г.Ош			Сельский уровень		
	2001	2002	2003	2001	2002	2003
ГСВ	62,1%	56,9%	6,0%	71,5%	57,1%	38,1%
ЦСМ	11,1%	11,4%	38,0%	1,0%	0,5%	14,3%
АДО	0,0%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	2,4%
Без направления	26,9%	31,7%	35,4%	22,0%	31,3%	30,9%
Другие	0,0%	0,0%	16,6%	5,5%	11,1%	14,2%

Предположения по снижению доли направленных на госпитализацию больных от ГСВ:

1. Большая часть больных, нуждающихся в госпитализации, не обращается в ГСВ, а напрямую идут к специалистам узкого профиля в ЦСМ или АДО стационара (либо в стационар, который госпитализирует через АДО);

2. Специалистам узкого профиля АДО разрешили направлять больных на госпитализацию;
3. Недостоверная регистрация больных по виду направления, т.е. до появления приказа о разрешении госпитализации через АДО, они регистрировались как направленные от ГСВ (с предоставлением направления после госпитализации);
4. Специалисты стационаров республиканского уровня, г.Бишкек и Ош пользуются большим доверием у населения, чем специалисты первичного уровня, чему свидетельствует более чем десятикратное уменьшение количества направленных больных от ГСВ и увеличение уровня направленных от ЦСМ и АДО на этих уровнях оказания медицинской помощи.
5. Увеличением доли направленных от других организаций здравоохранения (в большей степени от службы скорой медицинской помощи).

Интересная картина наблюдается при анализе госпитализированных больных без направления. На республиканском уровне и в г.Бишкек отмечается снижения доли пролеченных случаев без направления, тогда как на других уровнях предоставления медицинских услуг мы видим увеличение уровня больных, поступивших без направления. Однако данную категорию больных следует рассматривать в зависимости от типа госпитализации – экстренная или плановая. Очевидно, будет правильным, если предположить, что экстренная госпитализация может быть не только через организацию здравоохранения (например, службу скорой помощи), но через самостоятельное обращение больного в стационар. В связи с этим, для определения реального количества госпитализированных больных без направления (т.е. минуя первичный уровень оказания медицинской помощи), мы учитывали долю самонаправленных от общего количества плановых госпитализаций.

Доля госпитализированных больных без направления от общего количества плановых поступлений составила:

	2001	2002	2003
Республиканский уровень		0,4	0,9
Областной уровень	13,7	12,9	15,6
Районный уровень	7,5	9,2	3,9

При анализе Базы Данных ФОМС по пролеченному случаю была также рассмотрена региональная направленность больных по отношению к вышестоящему уровню оказания медицинской помощи. Это показало, что практически все стационары во всех регионах республики оказывают медицинскую помощь населению, проживающему, в основном, в своих регионах (более 80 % поступивших больных).

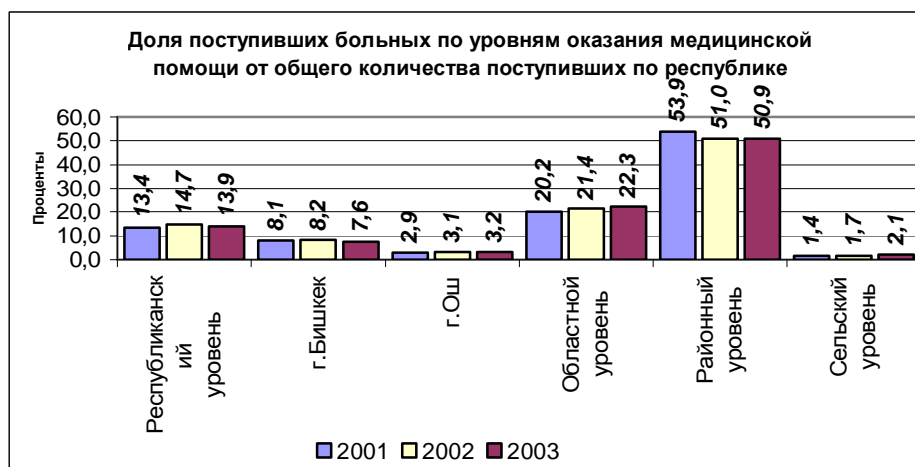
Отдельно следует отметить республиканские организации здравоохранения и городские стационары г.Бишкек, работающие в системе ОМС, где в основном обслуживаются жители г.Бишкек и Чуйской области (диаграмма 2).

Диаграмма 2.



В целом по республике, доля поступивших больных по уровням оказания медицинской помощи от общего количества поступивших по республике, представлена на диаграмме 3. Она показывает, что большая часть населения Кыргызской Республики получала стационарную медицинскую помощь на районном уровне (53,9 % от общего количества больных, получивших стационарную помощь в 2001 году; 51,0 % в 2002 году и 50,9 % в 2003 году).

Диаграмма 3.



Основные выводы первого этапа исследования:

1. Увеличилось количество стационаров, работающих в системе ОМС с 84 в 2001 году до 95 в 2003 году (с параллельным сокращением общего количества стационаров КР с 205 в 2001 до 121 в 2003 годах, за исключением специализированных стационаров и диспансеров).
2. Отмечается снижение количества поступивших больных с 540 855 больных в 2001 году до 529 427 больных в 2003 году, что составило 11,0 % и 10,6 % от среднегодовой численности постоянного населения Кыргызской Республики соответственно.
3. Отмечается уменьшение доли больных, направленных ГСВ за счет появления больных, направленных из АДО и увеличения уровня поступлений из ЦСМ, служб скорой помощи и других организаций здравоохранения.
4. Доля больных без направления во всех стационарах, работающих в системе ОМС за период с 2001 по 2003 годы, составила 23,2 % - 26,3 %. Из них доля самонаправленных от общего количества плановых

госпитализаций составила на республиканском уровне – от 0,4 – 0,9 %, на областном уровне – 12,9 – 15,6 %, на районном уровне – 3,9 – 9,2 %.

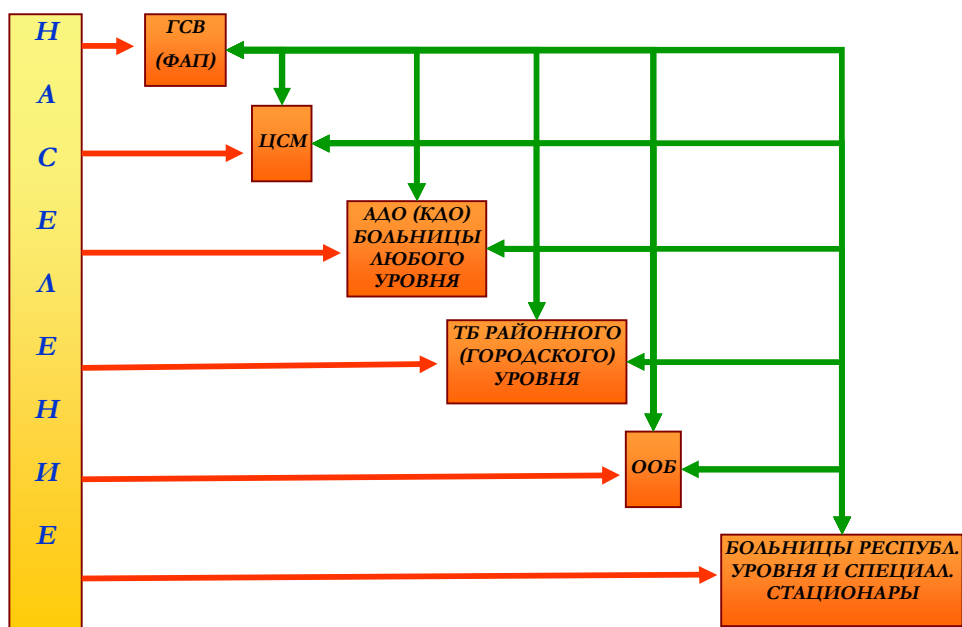
5. Все стационары во всех регионах республики оказывают медицинскую помощь населению, проживающему, в основном, в своих регионах.
6. Большая часть населения Кыргызской Республики получала стационарную медицинскую помощь на районном уровне (53,9 % от общего количества больных, получивших стационарную помощь в 2001 году; 51,0 % в 2002 году и 50,9 % в 2003 году).

II этап. Результаты исследований по Иссыкульской и Ошской областям.

Для достижения целей и решения задач второго этапа исследования была проанализирована информация в организациях здравоохранения первичного и вторичного уровней оказания медицинской помощи в Иссыкульской (г.Каракол, Жетиогузский и Аксуйский районы) и Ошской областях (г.Ош, Ноокатский и Каракульджинский районы).

Общая схема движения больных, характерная для исследуемых регионов, а также для всей республики представлена ниже:

Схема 1.



Согласно схеме, население в настоящее время, вправе обращаться за медицинской помощью на все уровни оказания медицинской помощи начиная с ГСВ (ФАП) и заканчивая больницами республиканского уровня и специализированными стационарами (стрелки красного цвета). При этом с каждого уровня предоставления медицинских услуг есть возможность перенаправления больного на вышестоящий уровни и обратно (стрелки зеленого цвета).

Первичный уровень оказания медико-санитарной помощи

Первичный уровень оказания медико-санитарной помощи на уровне области представлен областными Центрами семейной медицины, которые состоят из аппарата управления, медико-информационных отделов, лечебно-

консультационного отделения (специалисты узкого профиля), диагностических отделений и сети ГСВ.

Областной уровень

В г.Каракол (Иссыккульская область), по данным на конец 2004 года, существует 7 ГСВ, из которых 4 – при ЦСМ и 3 юридически самостоятельных ГСВ, к которым было приписано в 2003 году - 68 691 человек, в 2004 году - 69 796 человек.

В г.Ош (Ошская область) первичную медико-санитарную помощь населению оказывали 7 ЦСМ, которые имели сеть из 40 ГСВ и обслуживали приписанное население в количестве 250 112 человек – в 2003 году, 277 129 человек – в 2004 году.

Таблица 4.

Деятельность ГСВ г.Каракол	Посещений			Количество направленных на госпитализацию		Количество направленных на консультацию к специалистам узкого профиля	
	Всего	В т.ч. по болезн и	%	абс.	%	абс.	%
I квартал 2003 года	44 903	14293	31,8%	382	2,7%	1373	9,6%
I квартал 2004 года	38437	14523	37,8%	296	2,0%	841	5,8%
Деятельность ГСВ в г.Ош	Посещений			Количество направленных на госпитализацию		Количество направленных на консультацию к специалистам узкого профиля	
	Всего	В т.ч. по болезн и	%	абс.	%	абс.	%
I квартал 2003 года	119237	44178	37,1%	1093	2,5%	3865	8,7%
I квартал 2004 года	131016	46872	35,8%	2495	5,3%	2950	6,3%

Как в г.Каракол (Иссыккульская область), так и в г.Ош (Ошская область) количество посещений по болезни в I квартале 2004 года, по сравнению с I кварталом 2003 года, осталось на одинаковом уровне, хотя доля по отношению к общему количеству посещений варьирует. Так в г.Каракол доля посещений по болезни имеет тенденцию к увеличению (с 31,8 % в I квартале 2003 года до 37,8 % в I квартале 2004 года) за счет значительного снижения общего количества посещений, а в г.Ош отмечается снижение количества посещений по болезни (с 37,1 % в I квартале 2003 года до 35,8 % в I квартале 2004 года) за счет увеличения общего количества посещений.

При этом имеет место различие в тенденциях по доле больных, направленных на госпитализацию. В г.Каракол – снижение с 2,7 % до 2,0 %, тогда как в г.Ош – увеличение с 2,5 % до 5,3 %.

По количеству больных, направленных на консультацию к специалистам узкого профиля как в г.Каракол, так и в г.Ош отмечается снижение показателей.

Районный уровень

В исследуемых нами Аксуйском и Жетыюгузском районах Иссыккульской области работает, соответственно, 6 и 10 ГСВ, которые обслуживают 55731 и 72 968 человек.

В Ноокатском и Каракульджинском районах Ошской области функционирует 3 ЦСМ. ЦСМ «Барын» и «Медигос» (Ноокатский район) имели в своем составе, соответственно, 10 и 11 ГСВ и обслуживали население в количестве 205 206 человек, а ЦСМ Каракульджинского района при помощи 17 ГСВ оказывали медицинскую помощь в 2003 году – 84 150 человек и в 2004 году – 84264 человек.

Таблица 5.

Иссыккульская область	Посещений			Количество направленных на госпитализацию		Количество направленных на консультацию к специалистам узкого профиля	
	Всего	В т.ч. по болезни	%	абс.	%	абс.	%
Жетыюгузский район							
I квартал 2003 года	61568	33371	54,2%	782	2,3%	249	0,7%
I квартал 2004 года	63880	31195	48,8%	608	1,9%	271	0,9%
Аксуйский район							
I квартал 2003 года	28905	-		292		159	
I квартал 2004 года	24511	-		266		204	
Ошская область	Посещений			Количество направленных на госпитализацию		Количество направленных на консультацию к специалистам узкого профиля	
	Всего	В т.ч. по болезни	%	абс.	%	абс.	%
Каракульджинский район							
I квартал 2003 года	21016	10956	52,1%	534	4,9%	260	2,4%
I квартал 2004 года	19525	7428	38,0%	502	6,8%	302	4,1%
Ноокатский район, ЦСМ «Медигос»							
I квартал 2003 года	60470	15623	25,8%	1526	9,8%	1021	6,5%
I квартал 2004 года	35354	9431	26,7%	915	9,7%	1027	10,9%
Ноокатский район, ЦСМ «Барын»							
I квартал 2003 года	38599	15098	39,1%	546	3,6%	409	2,7%
I квартал 2004 года	36163	11489	31,8%	421	3,7%	570	5,0%

На районном уровне отмечается снижение уровня посещений по заболеваемости, практически во всех исследованных ГСВ, при этом абсолютное количество больных, направленных на госпитализацию уменьшилось, хотя в процентном отношении к числу посещений по болезни изменения незначительны.

Во всех исследованных ГСВ отмечается некоторое увеличение числа направленных на консультацию к специалистам узкого профиля.

В ходе проведения исследования, со слов врачей ГСВ, было выявлено, что идет неполная регистрация больных по видам направлений (на госпитализацию или консультация к специалистам узкого профиля), имеют место случаи направления больных в вышестоящие организации здравоохранения без регистрации в ГСВ, выдача направлений во время нахождения больного в стационаре, отсутствует единая форма регистрации больных по видам направлений, отсутствие/нехватка официальных бланков направлений на консультацию/госпитализацию.

Вторичный уровень оказания медико-санитарной помощи

Стационарная служба в исследуемых регионах представлена Областными объединенными больницами – на уровне области, территориальными районными и территориальными городскими больницами на уровне районов и городов. Структура всех стационарных организаций на областном и районном уровне, в принципе, одинаковая и состоит из административно-хозяйственного отдела (управление, отдел кадров, планово-экономический отдел.бухгалтерия и т.д.), амбулаторно-диагностического отделения (АДО) и лечебных отделений.

Для более глубокого изучения данных на областном и районном уровнях в выбранных областях были отобраны 4 территориальные больницы районного уровня, 1 территориальная больница городского уровня и 2 областные объединенные больницы.

С целью определения соответствия количества и информации (а) в стационарных картах больного и КСФ 066/У, (б) КСФ 066/У в стационаре и КСФ 066/У в БД ФОМС и (в) определения доли необоснованных госпитализаций было изучено 11 212 стационарных карт больного в 2-х ООБ, 1 626 стационарных карт больного в 1 ГТБ и 9 030 стационарных карт больного в 4-х ТБ, а также просмотрено 11 313 КСФ 066/У в 2-х ООБ, 1 543 КСФ 066/У в 1 ГТБ, 9 276 КСФ 066/У в 4-х ТБ.

При этом для определения уровня достоверности информации, имеющейся в БД ФОМС по пролеченному случаю изучались все КСФ 066/У по всем клиническим отделениям выбранных стационаров, стационарные карты больного (истории болезни) по основным клиническим отделениям, к которым мы относили:

а) на областном уровне

- терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение;
- инфекционное отделение;
- кардиологическое отделение;
- неврологическое отделение;
- хирургическое отделение;
- урологическое отделение;
- травматологическое отделение.

б) на районном уровне

- терапевтическое (гастроэнтерологическое) отделение;
- инфекционное отделение;
- детское отделение;
- хирургическое отделение;
- акушерское отделение;
- гинекологическое отделение;
- неврологическое отделение;
- травматологическое отделение.

Анализ соответствия количества КСФ 066/У в стационарах с количеством КСФ 066/У в БД ФОМС (таблица 6) показал о достаточно высокой доле количественной достоверности информации в БД.

Таблица 6.

Областные объединенные больницы + Ошская ГТБ			
	КСФ 066/У в стационаре	КСФ 066/У в БД ФОМС	% не соответствия
I квартал 2003 года	10722	10812	0,8 %
I квартал 2004 года	12330	12270	0,5 %
Областные объединенные больницы			
	КСФ 066/У в стационаре	КСФ 066/У в БД ФОМС	% не соответствия
I квартал 2003 года	9168	9141	0,3 %
I квартал 2004 года	9584	8874	8,0 %
Районные территориальные больницы			
	КСФ 066/У в стационаре	КСФ 066/У в БД ФОМС	% не соответствия
I квартал 2003 года	5753	5843	2,5 %
I квартал 2004 года	6832	6570	4,0 %

Процент не соответствия КСФ 066/У в стационаре и в БД ФОМС на уровне ООБ равен в I кварталах 2003 и 2004 годов, соответственно, 0.3 % и 8.0 %, а на районном уровне, за тот же период равен 2.5 % и 4.0 %. Однако такой небольшой процент вполне возможен, вследствие каких-либо технических ошибок при заполнении КСФ 066/У в стационарах, либо не соответствия стандартам экспертизы качества, нахождением стационарных карт больного (историй болезни) вместе с КСФ 066/У у руководства больниц, отделений, научных работников и, в редких случаях, утерей.

Ниже представлена таблица с информацией о проценте количественного не соответствия стационарных карт больного (историй болезни) с КСФ 066/У в стационарах (таблица 7).

Таблица 7.

Областные объединенные больницы + Ошская ГТБ			
	Истории болезни в стационаре	КСФ 066/У в стационаре	% не соответствия
I квартал 2003 года	5948	5962	0,2 %
I квартал 2004 года	6889	6894	0,1 %
Областные объединенные больницы			
	Истории болезни в стационаре	КСФ 066/У в стационаре	% не соответствия
I квартал 2003 года	5461	5511	0,9 %
I квартал 2004 года	5750	5802	0,9 %
Районные территориальные больницы			
	Истории болезни в стационаре	КСФ 066/У в стационаре	% не соответствия
I квартал 2003 года	4478	4600	2,7 %
I квартал 2004 года	4535	4620	1,8 %

Но, несмотря, на высокий процент количественной достоверности общей информации предоставляемой стационарами и регистрируемой в БД ФОМС, имеются различия в достоверности данных по видам направлений.

Это, во-первых, связано с ошибками при заполнении титульных страниц стационарных карт больного (историй болезни) в приемных отделениях больниц.

Примерами таких ошибок могут быть:

- отсутствие отметки о направленности больного;
- отметка о направленности ГСВ, при отсутствии направления ГСВ;
- указание фамилии врача в графе о направленности, что затрудняет определение вида направления;
- отметка о направленности АДО или ЦСМ при наличии направления ГСВ и наоборот;

Во-вторых, имеют место ошибки при заполнении КСФ 066/У в стационарах, вследствие недостаточной ответственности врачебного персонала. Так, в графе о виде направленности указывается сразу несколько позиций (АДО, ЦСМ, ГСВ и др.), либо не указывается вообще.

Анализ данных по видам направления от ГСВ, ЦСМ и АДО показывает, что как на областном, так и на районном уровнях отмечается рост направлений на госпитализацию в I квартале 2004 года по сравнению с I кварталом 2003 года (таблица 8).

Таблица 8.

Областные объединенные больницы + Ошская ГТБ			
	Количество пролеченных случаев	Направлено ГСВ, ЦСМ и АДО	%
I квартал 2003 года	6496	3219	49,6%
II квартал 2003 года	7098	4297	60,5%
Областные объединенные больницы			
	Количество пролеченных случаев	Направлено ГСВ, ЦСМ и АДО	%
I квартал 2003 года	5462	2835	51,9%
II квартал 2003 года	5750	3522	61,3%
Районные территориальные больницы			
	Количество пролеченных случаев	Направлено ГСВ, ЦСМ и АДО	%
I квартал 2003 года	4741	3384	71,4%
II квартал 2003 года	4498	3465	77,0%

Если рассматривать количество поступивших больных по каждому виду направления, то можно наблюдать следующую картину (таблица 9):

Таблица 9.

Областные объединенные больницы + Ошская ГТБ							
	Количество пролеченных случаев	Направлено ГСВ	%	Направлено ЦСМ	%	Направлено АДО	%
I квартал 2003 года	6496	2173	33,5%	147	2,3%	899	13,8%
I квартал 2004 года	7098	3393	47,8%	159	2,2%	745	10,5%
Областные объединенные больницы							
	Количество пролеченных случаев	Направлено ГСВ	%	Направлено ЦСМ	%	Направлено АДО	%
I квартал 2003 года	5462	1984	36,3%	14	0,3%	837	15,3%
I квартал 2004 года	5750	2814	48,9%	27	0,5%	681	11,8%
Районные территориальные больницы							
	Количество пролеченных случаев	Направлено ГСВ	%	Направлено ЦСМ	%	Направлено АДО	%
I квартал 2003 года	4741	2560	54,0%	261	5,5%	563	11,9%
I квартал 2004 года	4498	2453	54,5%	180	4,0%	832	18,5%

Из таблиц видно, что доля поступивших больных, направленных от ГСВ как на областном, так и на районном уровне увеличивается и составляет около или более 50 %, доля поступивших по направлениям ЦСМ остается, приблизительно на том же уровне, а доля больных, направленных АДО на областном уровне уменьшается, на районном уровне – увеличивается.

Процент необоснованных случаев от общего количества направленных ГСВ, ЦСМ и АДО составляет более 30 % (таблица 10).

Таблица 10.

Областные объединенные больницы + Ошская ГТБ			
	Направлено ГСВ, ЦСМ и АДО	Необоснованных случаев	%
I квартал 2003 года	3219	1382	42,9%
I квартал 2004 года	4297	1410	32,8%
Областные объединенные больницы			
	Направлено ГСВ, ЦСМ и АДО	Необоснованных случаев	%
I квартал 2003 года	2835	1193	42,1%
I квартал 2004 года	3522	1100	31,2%
Районные территориальные больницы			
	Направлено ГСВ, ЦСМ и АДО	Необоснованных случаев	%
I квартал 2003 года	2004	691	34,5%
I квартал 2004 года	1958	593	30,3%

При этом наблюдается тенденция к снижению уровня необоснованных госпитализаций как на областном, так и на районном уровне.

Среди необоснованных случаев преобладают заболевания терапевтического профиля, которые госпитализированы в неврологические, кардиологические, гастроэнтерологические отделения.

Основными причинами необоснованных случаев госпитализации являются:

- предпочтение населением получать медицинскую помощь в стационарных условиях;
- наличие стимула в стационарах для увеличения количества госпитализаций в связи с финансированием за пролеченный случай;
- недостаточная заинтересованность специалистов службы ПМСП в расширении предоставляемых услуг;
- отсутствие четких критериев госпитализации больных.

Выводы второго этапа исследования:

1. По службе ПМСП на областном уровне отмечается уменьшение доли направленных на госпитализацию в г.Каракол и увеличение данного показателя в г.Ош, а на районном уровне – изменения показателя незначительны. При этом доля больных направленных на консультацию узкого профиля на областном уровне – снижается, на районном уровне – увеличивается.
2. На уровне ПМСП имеет место недостаточный учет и регистрация больных по видам направлений на госпитализацию/консультации.
3. БД ФОМС предоставляет достоверную количественную информацию. Процент несоответствия количества стационарных карт больного (историй болезни) и КСФ 086/У в стационаре в среднем равен 1.5 % в I квартале 2003 года и 1.0 % в I квартале 2004 года, а КСФ 086/У в стационаре и КСФ 086/Ув БД ФОМС – 1.2 % в I квартале 2003 года и 2.2 % в I квартале 2004 года. Но требуется обеспечить достоверность информации по видам направлений.
4. Согласно данным, полученным при исследовании областного и районного уровня, доля поступивших больных, направленных от ГСВ как на областном, так и на районном уровне увеличивается и составляет около или более 50 %, доля больных, направленных АДО на областном уровне уменьшается, а на районном уровне – увеличивается.
5. Анализ количества случаев, направленных из ГСВ в ЦСМ, АДО и из ЦСМ в АДО не представляется возможным вследствие отсутствия полного учета данной информации либо вследствие потери КИФ на амбулаторном уровне.
6. Доля необоснованных случаев от общего количества направленных ГСВ, ЦСМ и АДО на госпитализацию составляет более 30 %. Среди необоснованных случаев преобладают заболевания терапевтического профиля.

Выводы

1. БД ФОМС предоставляет достоверную количественную информацию. Процент несоответствия количества стационарных карт больного (историй болезни) и КСФ 086/У в стационаре в среднем равен 1.5 % в I квартале 2003 года и 1.0 % в I квартале 2004 года, а КСФ 086/У в стационаре и КСФ 086/Ув БД ФОМС – 1.2 % в I квартале 2003 года и 2.2 % в I квартале 2004 года. Но требуется обеспечить достоверность информации по видам направлений.
2. На уровне ПМСП имеет место недостаточный учет и регистрация больных по видам направлений на госпитализацию/консультации. Анализ количества случаев, направленных из ГСВ в ЦСМ, АДО и из ЦСМ в АДО не

- представляется возможным вследствие отсутствия полного учета данной информации либо вследствие потери КИФ на амбулаторном уровне.
3. Недостаточный учет и регистрация данных не позволяют однозначно интерпретировать данные по направлениям на госпитализацию и консультацию к специалистам узкого профиля.
 4. Доля необоснованных случаев от общего количества направленных ГСВ, ЦСМ и АДО на госпитализацию является значительной и составляет более 30 %. Среди необоснованных случаев преобладают заболевания терапевтического профиля.

Рекомендации

1. Усилить контроль за своевременностью и достоверностью заполнения статистической информации в стационарных картах больного в приемных отделениях и повысить ответственность врачебного персонала при заполнении КСФ 066/У по видам направлений.
2. Повысить значимость регистрации больных по видам направлений и региональной направленности посредством приведения в соответствие учетно-отчетной документации на первичном уровне, что повысит достоверность информации о потоках больных.
3. Разработать механизмы по внедрению финансовых стимулов для населения с целью получения ими медицинской помощи на первичном уровне.
4. Разработать четкие критерии направлений на вышестоящие уровни оказания медицинской помощи и показания к госпитализации по уровням стационарной помощи.
5. Повышение заинтересованности специалистов первичного звена в улучшении качества услуг путем внедрения финансовых стимулов, дальнейшей разработки клинических протоколов и совершенствования программ переобучения.
6. Совершенствование системы финансирования стационарной службы путем введения контрактов с финансирующей организацией на оказание установленных объемов (количество пролеченных случаев) медицинской помощи за определенный период времени, с параллельным совершенствованием внутриорганизационной системы контроля качества.