**ОРГАНИЗАЦИЯ БОЛЬНИЧНОГО ДЕЛА НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНИЦЫ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**

*Сейдуманов М.Т.*

*Больница скорой неотложной помощи г. Алматы*

В статье приводится последовательная политика реализации стратегических направлений развития в организации многопрофильной больницы и объемы оказываемой специализированной и квалификационной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** многопрофильная больница, стратегия развития здравоохранения, высокоспециализированная помощь.

**АУРУХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАСТЫРУ ІСІН ЖЕДЕЛ ШҰҒЫЛ КӨМЕК КӨРСЕТУ АУРУХАНАСЫ МЫСАЛЫНДА КӨРСЕТУ**

*Сейдуманов М.Т.*

*Алматы қалалық жедел шұғыл көмек көрсету ауруханасы*

Мақалада көпсалалы аурухананың стратегиялық сатылы даму саясатының бағыты және тұрғындарға мамандандырылған жоғары білікті көмек көрсетудің көлемі көрсетілген.

**Түйінді сөздер:** көпсалалы аурухана, денсаулық сақтаудың стратегиялық бағыты, жоғарымамандандырылған көмек.

**ORGANIZING HOSPITAL BUSINESS THROUGH THE EXAMPLE OF THE EMERGENCY AID HOSPITAL.**

*M.T.Seidumanov.*

*Emergency aid hospital, Almaty.*

The article is consisting from policy of realization of the strategic directions of development in the organizations of versatile hospital and volumes of the providing specialized and qualified medical care to the city population.

**Keywords:** versatile hospital, strategy of development of health care, highly specialized help.

Городская больница скорой неотложной помощи г. Алматы, открытая 14 февраля 2011 года Президентом Республики Казахстан Н.А.Назарбаевым, является многопрофильным специализированным лечебным учреждением, оказывающим высококвалифицированную медицинскую помощь жителям Алматы и всей республики.

Клиника является единственным медицинским учреждением в стране, которая на следующий день после открытия, благодаря предварительной большой работе стала осуществлять прием экстренных больных по всем профилям, представленным в нашей больнице. При этом ГБСНП выполняет функцию научно-образовательной базы семи кафедр, следующих учебных заведений: КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, АГИУВ, Казахстанско-Российского медицинского университета, Республиканского медицинского колледжа.

Многопрофильность больницы определена в соответствии с потребностью в оказании травматологической, гинекологической, хирургической, нейрохирургической, токсикологической, урологической, неврологической, терапевтической, нефрологической и ранней реабилитационной помощи для неврологических и травматологических больных, а так же экстренной помощи в рамках инсультного центра. Токсикологическое отделение является единственной специализированной службой в г. Алматы.

В больнице развернуто 370 многофункциональных комфортабельных коек в одно- и двухместных палатах, из которых 50 являются хозрасчетными. Реанимационное отделение, оснащенное самым современным оборудованием, рассчитано на одновременное пребывание 21 пациента с различными видами патологии.

Лечебно-диагностическое оборудование отделений включает в себя новейшие разработки последних лет и инновационных технологий, что позволяет сократить сроки диагностики и пребывания пациентов в стационаре  и отвечает  современным мировым стандартам.

Медицинский персонал больницы отобран на конкурсной основе составляют высококвалифицированные сотрудники, имеющие большой опыт практической работы.

Все медицинские работники клиники имеют сертификаты специалистов:

- с высшей категорией 39 врачей и 77 средних медицинских работников;

- с первой категорией 20 врачей и 16 средних медицинских работников;

- со второй категорией 2 врача и 12 средних медицинских работников.

В больнице помимо базируемых сотрудников кафедр, работают 1 доктор медицинских наук и 11 кандидатов медицинских наук, 7 Отличников здравоохранения.

В больнице проводится работа по контролю за качеством оказания медицинской помощи больным, которые включают в себя: самоконтроль, взаимоконтроль и административный контроль. Для этого созданы ряд внутрибольничных лечебно-контрольных комиссий: комиссия изучения летальных исходов, комиссия по инфекционному контролю и т.д.

Таблица 1 – Основные медико-экономические показатели за 2011 год

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Выбыло больных  | Пролеч | Из числа выбывших больных | Проведено выбывшими больными к/д | Из общ числа выб. Выбыло в теч суток |
| всего | бюджет | платно | направлены | плановые | экстрен | выписано | умерло |  |  |
|  |  | ПСМП | поиклиник | КДП | Скорая пом | самост | прочие |  |  |
| 13505 | 1807 | 0 | 108 | 1 | 0 | 1511 | 144 | 43 | 99 | 1708 | 1730 | 77 | 5980 | 7 |

Стратегия повышения финансово-экономической самостоятельности предприятия заключается в том, что с 8 августа 2011 года изменена организационно-правовая форма, в связи с переходом в статус государственного предприятия с правом хозяйственного ведения (ПХВ).

ГКП на ПХВ «Городская больница скорой неотложной помощи» г.Алматы оказывает медицинские услуги в рамках ГОБМП на 2012 год по стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи, на общую сумму 843 111 000 тенге.

Таблица 2 – Анализ по выполнению плана оказания услуг

 и финансирования за 2012 год (тыс.тенге)

|  |  |
| --- | --- |
| Госзаказ на СМП за 4 месяца | Госзаказ на ВСМП за 4 месяца |
| План  | Выполнение  | %  | План  | Выполнение  | %  |
| Услиги  | финансы | Услиги  | финансы | Услиги  | финансы | Услиги  | финансы | Услиги  | финансы | Услиги  | финансы |
| 4774  | 251727  | 6845  | 329667  | 143  | 131  | 87  | 14072  | 100  | 32312  | 115  | 230  |

С целью оптимизации коечного фонда, с учетом того, что токсикологическая служба является единственной в городе и 30 коек заложенных в проекте не отвечали востребованности населения, было принято решение увеличить коечный фонд токсикологии до 40 коек, за счет десяти травматологических коек. Наряду с этим, нейрохирургическое отделение было передано в состав травматологического отделения. А также на базе неврологического отделения с 1 февраля 2011 года согласно приказа Управления здравоохранения г. Алматы был открыт инсультный центр.

А также с целью управления структурой госпитализированных пациентов и развития стационарозамещающих технологий, в нашей клинике с 14 марта 2012 года начал функционировать дневной стационар, в условиях которого пациенты получают комплекс медицинских услуг по ряду нозологических форм.

Наряду с этим, в нашей клинике начато внедрение консультативно-диагностического отделения, которое должно стать большим подпорием в вопросах управления структурой госпитализированных больных.

Для анализа структуры госпитализированных пациентов по группам КЗГ с учетом весовых коэффициентов в разрезе каждого отделения и по организации в целом представляем следующие таблицы 3 и 4.

Таблица 3 – Структуры госпитализированных пациентов по группам КЗГ



Исходя из статистических данных, отображенных в таблице 3, в результате ранжирования госпитализированных пациентов по весовым коэффициентам, количество случаев с весовым коэффициентом от 2-х и выше возросло с 20-и до 39-и случаев. Количество случаев с весовым коэффициентом от 1.0 и выше возросло от 213-и до 328-и случаев. Наряду с тем, что количество случаев с весовым коэффициентом до 1.0 занимает большой процент от общего числа госпитализированных больных, по ряду профилей (гинекология, терапия, урология) прослеживается тенденция к снижению количества данной категории пациентов.

Таблица 4 – Структуры госпитализированных пациентов по группам КЗГ



А также по статистическим данным таблицы 4 можно судить, что с увеличением количества пролеченных случаев с весовым коэффициентом от 2-х и выше, увеличивается доля суммы дохода от данных групп пациентов. Мы связываем данное обстоятельство внедрением ВСМП по урологическому профилю и увеличением количества ВСМП по травматологическому и гинекологическому профилям.

БСНП с целью снижения средней длительности пребывания больного осуществляется внедрение малоинвазивных, современных и высокотехнологичных методов лечения и диагностики.

Вместе с тем, с целью снижения средней длительности пребывания больного в нашей клинике активно осуществляются следующие мероприятия:

- проведение оперативных вмешательств в 1-й или 2-й день при плановой госпитализации;

- начало лечебных процедур в 1-й день госпитализации;

- своевременность выписки пациентов из стационара.

Высокоспециализированная медицинская помощь оказывается пациентам при выполнении таких лечебно-диагностических процедур: РХПГ с папиллотомией и литэкстракцией, колоноскопия, фибробронхоскопия, эндоскопический гемостаз при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, лигирование варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии, позволяют нам снизить средний койко-день.

Средняя длительность пребывания пациента за 4 месяца текущего года, по сравнению с прошлым годом, сократилась с 7.8 к\д до 7.3 к\д.

Оценка эффективности использования ресурсов осуществляется по результатам анализа расходов стационара. Структура расходов может оцениваться на основе матрицы «Значение порогового уровня затрат». Данная матрица отражает предельные объемы затрат медицинской организации в зависимости от уровня оказываемой помощи.

Таблица 5 – Матрица «Пороговый уровень затрат»

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование расходов  | Заработная плата  | Приобретение продуктов питания  | Приобретение медикаментов и прочих средств медицинского назначения  | Приобретение прочих товаров  | Оплата коммунальных услуг  | Прочие услуги и работы  | Другие текущие затраты  | Приобретение основных средств  |
| Пороговый уровень затрат в структуре расходов для областных стационаров  | min 50% max 65%  | min 5%  max 15%  | min 15% max 30%  | min 1% max 5%  | min 2% max 5%  | min 1% max 10%  | min 0% max 5%  | min 0% max 0%  |
| За 4 месяца 2012 г  | 61%  | 11%  | 34%  | 4,8%  | 3,6%  | 2,8%  | 0,0%  | 0,0%  |
| Всего за 2011 г  | 59,6%  | 8,1%  | 42,3%  | 2,6%  | 5,3%  | 2,9%  | 0,0%  | 0,0%  |

Примечание:

-красным цветом выделены поля, по которым имеется превышение пороговых показателей;

 -желтым цветом отмечены поля с нормальной структурой затрат, соответствующей пороговым показателям.

Таблица 6 - Сравнительный анализ отдельных показателей

по оказанию стационарной помощи

Таким образом, за небольшую историю больницы, нами достигнуто многое: выбран верный рыночный вектор западной модели больницы (таблица 6), сформирован высокопрофессиональный стабильный коллектив, разработаны алгоритмы приема и лечения больных, приведена в порядок документация, введён мониторинг качества оказания медицинской помощи, что позволило увеличить объемы оказываемой специализированной и квалифицированной медицинской помощи и улучшить качество. Налажены партнерские взаимосвязи не только с местными, но и зарубежными организациями. Однако многое предстоит еще сделать для того, чтобы соответствовать международным стандартам и требованиям больничного дела.