

Т.Т.ЕСДАУЛЕТОВ

КГП на ПХВ Аккайынская центральная районная больница акимата СКО

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ТЕХНОЛОГИЙ (НА ПРИМЕРЕ АККАЙЫНСКОЙ ЦРБ АКИМАТА СКО)

Статья посвящена изучению роли стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи сельскому населению.

Актуальность статьи состоит в том, что одним из основных направлений государственной программы развития здравоохранения является повышения эффективности использования коечного фонда, определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

В статье определены следующие аспекты: изучение развития стационарозамещающих технологий, раскрытие организации работы дневных стационаров, проведение анализа эффективности работы дневных стационаров.

Среди организационных принципов современного общественного здравоохранения одним из важных является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности.

Медицинская помощь сельскому населению строится на основных принципах организации здравоохранения. Однако факторы, определяющие различия между городом и деревней влияют на организационные формы и методы работы сельского здравоохранения.

Основные различия медицинского обслуживания сельского населения:

особенности расселения населения;

особенности сельскохозяйственного труда (сезонность, низкий уровень механизации, высокий удельный вес ручного труда, нередко значительная отдаленность места жительства от места работы и прочее);

отток молодежи и лиц трудоспособного возраста в городскую местность;

постарение населения в сельской местности;

более низкий жизненный уровень в сельской местности;

социально-экономические и бытовые трудности.

Одним из основных направлений государственной программы развития здравоохранения является повышения эффективности использования коечного фонда, определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный. Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан 2011 – 2015 год» предусматривается уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планируется рост доли расходов государства на амбулаторно-поликлиническую помощь.

Целью данной работы явилось изучение роли стационарозамещающих технологий при оказании медицинской помощи сельскому населению.

Для достижения поставленной цели, определены следующие задачи;

изучить развитие стационарозамещающих технологий;

раскрыть организацию работы дневных стационаров;

провести анализ эффективности работы дневных стационаров.

Предпосылки развития стационарозамещающих технологий

Одним из путей повышения экономической эффективности КГП на ПХВ «Аккайынская ЦРБ» и более экономичного использования больничных ресурсов, так же доступность медицинских услуг сельскому населению является развитие стационарозамещающих форм медицинской помощи. Однако отсутствие стратегического анализа и координации в деятельности ПМСП, слабость системы анализа эффективности использования ресурсов, экономических стимулов создают неблагоприятную почву для развития ресурсосберегающих технологий.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), будучи наиболее доступной, экономически и социально ориентированной, является центральным звеном здравоохранения. В настоящее время до 80% ресурсов Аккайынского здравоохранения, используется для финансирования дорогостоящей стационарной медицинской помощи, против 30-50% в экономически развитых странах. Потери от неэффективного использования средств достигают 20% от общей суммы государственного финансирования отрасли. Анализ показал что большой процент больных могут получать медицинскую помощь с использованием стационарозамещающих технологий на уровне амбулаторно-поликлинического звена. Больные находящиеся на круглосуточном стационаре при улучшении состояния могут быть переведены на дневной стационар, что влечет за собой экономию средств.

В связи с высокой значимостью проблемы, одним из приоритетных направлений государственной программы в сфере здравоохранения «Саламатты Қазақстан», было объявлено развитие ПМСП. Среди задач по совершенствованию организации ПМСП, является увеличение интенсивности работы амбулаторно-поликлинических учреждений, перемещение части объемов медицинской помощи из стационара в поликлинику, повышение ее доступности и качества. Использование стационарозамещающих технологий в поликлинике предоставляет возможности для решения поставленных задач; является обоснованным и целесообразным в современных социально-экономических условиях. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной

госпитализации, а также являются резервом экономии ресурсов. При организации в первичном звене здравоохранения, стационарозамещающие технологии позволяют амбулаторно-поликлиническим учреждениям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи.

Организация работы стационарозамещающих технологий

Система работы стационарозамещающих технологий в районе представлена следующим образом:

- Дневной стационар при поликлинике ЦРБ и при ВА;
- Стационары дневного пребывания в стационарных отделениях больницы;
- Стационары на дому.

Всего 65 коек (53 коек 2011г.) из них:

При отделениях стационара:

- хирургическое – 2 к.
- терапевтическое – 8 к.
- педиатрическое – 6 к.
- гинекологическое – 4 к.

При поликлинике – 19 коек

Во врачебных амбулаториях - 26

- Чапаевская ВА – 8 к.
- Киялинская ВА – 6 к.
- Ленинская ВА – 6 к.
- Чаглинская ВА – 6 к.

Стационар на дому – по необходимости. (пролечено 31 больной в 2012 г, затраты составили 61039 тенге, затраты при круглосуточном лечении составили бы 2170000 тенге).

Цель работы дневного стационара:

- 1) проведение диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных;
- 2) применение малозатратных форм, с целью экономии средств.

В функции дневного стационара входят:

проведение комплексного курсового лечения, включающего, курс интенсивной терапии (внутривенные инъекции и капельные инфузии лекарственных препаратов), а также лечебно-диагностических манипуляций;

проведение диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки больных и краткосрочного медицинского наблюдения после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;

послеоперационное медицинское наблюдение за больными, оперированными в условиях стационара или амбулаторно-поликлинического учреждения по поводу несложных хирургических вмешательств;

подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или с хроническими заболеваниями при изменении степени тяжести болезни;

профилактические обследования и оздоровления лиц из групп риска повышенной заболеваемости, в том числе профессиональной, а также длительно и часто болеющих;

проведение реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных, инвалидов, беременных женщин;

долечивание больных, выписанных из стационара в более ранние сроки, для завершения лечения.

Для осуществления функций дневного стационара используются диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения Акжайынской ЦРБ.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в соответствии с ГОМБП.

Кадровый состав.

В дневных стационарах ведение больных осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером - гинекологом, врачом общей практики). При необходимости привлекаются соответствующие врачи - консультанты.

Финансирование дневного стационара осуществляется за счет средств бюджета соответствующего уровня, выделяемых лечебно-профилактическому учреждению.

Анализ эффективности стационарозамещающих технологий. Критерии

При анализе эффективности работы дневного стационара выделяют медицинский, социальный и экономический эффекты. Как известно, понятие эффективность определяется как соотношение полученного полезного результата с затратами, обеспечивающими его достижение. Эффект – это конкретный результат, выраженный качественными или количественными показателями либо измерениями в денежных единицах.

Медицинский эффект деятельности дневного стационара определяется:

достижение конечного результата, согласно протоколу обследования и лечения больных в амбулаторно-поликлинических (стационарных) условиях: выздоровление, улучшение, стабилизация показателей, уменьшение явлений декомпенсации,

снижение числа жалоб и т. д. Основной задачей проводимых исследований является получение достоверного доказательства достижения намеченного эффекта; сокращение сроков пребывания пациентов на лечении; отсутствие или снижение летальности по отдельным заболеваниям; уменьшение количества послеоперационных осложнений. Эффективность лечения можно оценить путем сравнения средних сроков лечения в дневном стационаре и в обычных отделениях круглосуточных стационаров.

Оценка эффективности работы стационарозамещающих технологий в Аккайынской ЦРБ.

Предполагаемый результат, достигнут полностью в 95,86% случаев, частично – в 3,57%, не достигнут – в 0,57% случаев. Полученные данные подтверждают высокую медицинскую эффективность реализации стационарозамещающих технологий.

Социальный эффект подразумевает под собой:

обеспечение возможности получения квалифицированной помощи по месту жительства без госпитализации и улучшение в связи с этим качества жизни пациентов; повышение доступности медицинской помощи и соответственно удовлетворенности пациентов; снижение социальной напряженности за счет создания дополнительных мест лечения; обеспечение прав пациента на своевременную бесплатную помощь; Снижение продолжительности трудопотери у пациентов и более быстрое возвращение к их прежней трудовой деятельности.

По данным проведенного анкетирования «Оценки качества оказания медицинских услуг в условиях дневного стационара» установлено, что 58,28% пациентов предпочитают лечиться в условиях ДС и 47,72% – в стационаре с круглосуточным пребыванием; 77,29% пациентов считают, что ДС увеличивают доступность медицинской помощи; 98,43% – в той или иной степени удовлетворены результатом лечения и только 1,57% пациентов не удовлетворены; 66,00% больных указали на улучшение трудоспособности после лечения в ДС. Работа ДС в целом оценена на «отлично» в 29,14% случаев, «хорошо» – в 59,71%, «удовлетворительно» – в 10,86%, «неудовлетворительно» – в 0,29% случаев. Приведенные данные доказывают высокую социальную эффективность реализованных стационарозамещающих технологий.

Экономический эффект

Экономический эффект является интегральной величиной. Он образуется из сокращения затрат на лечение и прироста внутреннего валового продукта. Экономический эффект — снижение стоимости лечения в дневном стационаре (стоимости одного койко-дня) при достижении заданного медицинского эффекта. Экономический эффект деятельности стационарозамещающих технологий обусловлен не только низкой стоимостью лечения, но и сокращением сроков лечения больных по сравнению с длительностью пребывания пациентов в обычных стационарных отделениях.

Следует отметить, что экономический эффект от организации стационарозамещающих форм может быть достигается только при соблюдении следующих условий:

выполнения соответствующих стандартов лечения больных; достаточного лекарственного обеспечения согласно разработанным лекарственным формулярам; применение методов экономического стимулирования лечебных учреждений за активное развитие ресурсосберегающих технологий; создание механизмов дифференцированной оплаты труда медицинских работников, использование методов их материального поощрения.

Эти меры позволяют повысить производительность труда медицинского персонала ЦРБ и стимулируют развитие стационарозамещающих технологий.

В тоже время развитие экономически более выгодных стационарозамещающих технологий повышает доступность коек круглосуточного стационара для пациентов, требующих круглосуточного наблюдения врача.

Расчеты экономической эффективности основываются при этом на сравнении стоимости койко-дня в обычном круглосуточном стационаре и дневном стационаре и последующем расчете финансовых средств на пролеченных в дневном стационаре и на этих же больных, если бы им была оказана помощь в обычном круглосуточном стационаре. В результате приводятся впечатляющие цифры, как в абсолютном денежном эквиваленте, так и в разнице в стоимости лечения, например в 2 и более раз. Такие сопоставления целесообразно проводить, на наш взгляд, лишь при соблюдении главного условия: строгого отбора пациентов по следующим параметрам:

диагноз, тяжесть течения основного заболевания; наличие осложнений основного заболевания; число и вид сопутствующей патологии; возрастно-половой состав пациентов; технологии лечебно-диагностического процесса; число и вид лабораторных и инструментальных исследований; объем, стоимость медикаментозного лечения, частота их проведения в течение суток; использование вспомогательных методов лечения: физиотерапия, массажи др.; средняя длительность лечения; объем консультативной помощи; исходы лечения, частота последующих обострений хронических заболеваний и т.д.

Лишь только при подборе уравновешенных по указанным признакам групп больных можно проводить адекватные сравнения стоимостных показателей.

Стоимостные оценки в здравоохранении осуществляются на основании затратного подхода к ценообразованию, что обусловлено особенностями медицинских услуг и высокой степенью государственного регулирования цен в здравоохранении.

Себестоимость продукции, работ, услуг, в том числе и медицинских, определяется по следующим основным группам расходов:

I группа - затраты, непосредственно связанные с производством продукции (работ, услуг);

II группа - затраты, связанные с использованием природного сырья, на подготовку и освоение производства, совершенствование технологии, обслуживание, управление производством и т.д.

В первую группу затрат включаются:

материальные затраты;

затраты на оплату труда;

отчисления на социальные нужды;

амортизация основных фондов;

прочие затраты.

При расчетах стоимости в рамках затратного механизма ценообразования используются принципиально разные методические подходы, основанные либо на *фактических*, либо на *нормативных затратах* труда, лекарственного обеспечения, по виду и числу обследований и т.д.

Использование *фактических затрат* учреждения не стимулирует применение новых технологий, новых организационных форм в оказании медицинской помощи, а лишь закрепляет сложившееся положение дел, в частности, недофинансирование ЛПУ, неполную обеспеченность штатами, медикаментами и т.д.

Частое изменение нормативов по труду, по правилам оказания медицинских услуг для больничных учреждений, отсутствие своевременного пересмотра этих документов на фоне изменившейся технологии лечебно-диагностического процесса, состава больных по заболеваниям и тяжести течения весьма затрудняет использование *нормативного метода* ценообразования.

Штатные нормативы устанавливают нормативную численность должностей по профилю отделений, которая складывается как средний показатель трудоемкости обслуживания больных с разными заболеваниями, госпитализированных в отделения того или иного профиля.

Нормативы численности медицинского персонала дневных стационаров определены столь нечетко (приказ МЗ РК №238 от 07.04.10 года) ("ведение больных осуществляется лечащим врачом", "штатная численность и нормы нагрузки медицинского персонала... устанавливаются с учетом наличия... дневного стационара", "... в штаты... в связи с увеличением объема диагностических, лечебных, реабилитационных и других подразделений могут быть дополнительно введены должности врачей и среднего медицинского персонала"...), без указаний на величину нормативного показателя, что их использование вызывает еще большие трудности при применении в практике здравоохранения и, следовательно, в ценообразовании. В этом отношении требуется более подробный подход к определению нормативных объемов в стационарозамещающей помощи.

Кроме того, у работающих в круглосуточном стационаре более высокий уровень дополнительной заработной платы, хотя в последнее время внесены изменения в пользу работников дневных стационаров ПМСП при распределении стимулирующей надбавки к тарифу.

Медикаментозное обеспечение больных с той или иной патологией определяется, как правило, стандартами (протоколами) ведения больных. Однако эти разработки предусматривают лекарства на весь курс лечения, без выделения того или иного этапа лечения.

Лабораторные и инструментальные исследования, их число и вид также определяются стандартами (протоколами) лечения без дифференциации на амбулаторно-поликлинический или стационарный этапы.

Следует отметить, что стандарты (протоколы) лечения разработаны лишь по отношению к основному заболеванию. Специальные научные исследования достаточно четко устанавливают статистически достоверные связи ряда заболеваний и патологических состояний. Впервые проведенная медико-экономическая оценка сопутствующей патологии показала, что, например, на 1 тенге затрат по лабораторному и инструментальному обследованию больных в отделении, проведенных в связи с основным заболеванием, приходится 60 тиин затрат, связанных с обследованием по поводу сопутствующей патологии, которые производятся за счет ЦРБ и не возмещаются в дальнейшем.

Расчет расходов на питание осуществляется по фактическим затратам, т.е. на трех- четырехразовое питание при круглосуточном пребывании больного в стационаре. В дневном стационаре такие расходы отсутствуют.

Таким образом, приведенный анализ нормативной обеспеченности деятельности стационаров с круглосуточным пребыванием больных и дневных стационаров показывает, что по большинству нормативов при расчетах показателей применение нормативного подхода к ценообразованию имеет определенные ограничения.

Так, при таких расчетах приходится делать допущения о том, что нормативная обеспеченность персоналом по профилю отделения, так же как и медикаментозное обеспечение, соответствует таковым по отдельным заболеваниям. Анализируя влияния таких несопоставимых данных на расчеты общего размера стоимости лечения возможно при предположении, что затраты рабочего времени врача, медикаментозное обеспечение, используемое оборудование, виды и число обследований одинаковы при ведении однородных групп больных как в круглосуточном, так и в дневных стационарах. В этом случае разница в стоимостных показателях лечения будет складываться из оплаты труда персонала, предназначенного для круглосуточного обслуживания больных, затратах на питание, на проживание больных.

Видимый экономический эффект на первый взгляд прослеживается исходя из расходов на одного больного:

на 1 койко-день в круглосуточном стационаре - 8657 тенге;

на 1 пациенто-день лечения в условиях дневного стационаров - 1974 тенге.

Расходы на лечение больного в круглосуточном стационаре превышают стоимость лечения этого же больного в условиях дневного стационара в 4 раза при этом медицинский эффект останется на том же уровне.

На современном этапе развития отечественного здравоохранения, уже давно принято говорить о том, что отрасль является производящей. Здесь имеется в виду то, что на современный рынок предлагаются, прежде всего, медицинские услуги. То есть можно сказать, что в отрасли действуют и законы рынка – предложение и спрос. Но вопреки всем устоявшимся в рыночных отношениях правилам и законам, во главу угла ставится медицинский эффект, удовлетворение потребностей пациентов в медицинской помощи.

Оценка эффективности медицинских технологий направлена на рациональное использование ресурсов здравоохранения. Она является обязательным элементом управления ресурсосберегающими технологиями, так как обеспечивает повышение качества медицинской помощи, гарантирует успешное развитие системы здравоохранения при высокой эффективности медицинской помощи за счет применения медицинских технологий, соответствующих критериям доказательной медицины и международным стандартам;

Повышение эффективности системы здравоохранения, достижение соответствия между объемом и качеством медицинских услуг осуществляется на основе интенсификации, использования научно-технических достижений и внедрения инновационных технологий;

При правильной организации работы стационарозамещающих технологий, достигается полноценный медицинский и социальный эффект;

Качество медицинской помощи, не зависит от уровня, на котором она была оказана;

Стоимость оказания медицинской услуги в дневном стационаре составляет 30% от стоимости аналогичной услуги в стационаре круглосуточного пребывания;

Возможность использования сэкономленных средств для приобретения медицинского оборудования, изделий медицинского назначения, проведения текущего ремонта, премирования работников.

Оказание медицинской помощи в дневных стационарах осуществляется на уровне первичного звена, что способствует развитию первичной медико-санитарной помощи и концепции развития здравоохранения соответственно;

Информационный обзор представленного направления развития здравоохранения, позволяет делать весьма положительные выводы. Модернизация здравоохранения, совершенствовании финансирования отрасли, применении новых медицинских технологий в практике, позволили сдвинуть с места устоявшуюся годами систему. Активно проводятся необходимые исследования в области совершенствования здравоохранения. Запускаются пилотные проекты, где отслеживается эффективность той или иной программы. Проводится мониторинг работы учреждений здравоохранения, анализируется финансовая среда здравоохранения. Но, к сожалению, не уделяется должного внимания проблемам, возникающим на уровне первичного звена, в отдаленных от центра районах. На уровне центральных районных больниц, где местный бюджет не может покрыть текущие расходы одним из способов поддержания полноценного финансирования больницы, является работа круглосуточного стационара. Главным врачам просто не выгодно сокращать мощности учреждения, так как это повлечет за собой увеличение объема работы и снижение заработной платы медицинских работников.

Я считаю, что стационарозамещающие технологии это перспектива развития отечественного здравоохранения, но в то же время они должны быть адаптированы для каждого уровня организации ЛПУ. При этом на уровне микроэкономики должны быть сформированы гарантии финансовой поддержки отдаленных от центра медицинских учреждений (больниц).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Волнухин А.В. Стационарозамещающие технологии в работе врача общей практики (семейного врача): организационно-экономические аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / А.В. Волнухин. – М., 2010. – 30 с.
- 2 Мовчан К.А. Методики расчетов эффективности медицинских технологий в здравоохранении: инструкция по применению / К.А. Мовчан, В.С. Глушанко, А.В. Плиш. – Минск, 2003.
- 3 Плиш А.В. Медико-организационные резервы совершенствования стационарозамещающих технологий / А.В. Плиш. – Витебск, 2006.
- 4 Поликлиника и стационар: от противостояния к сотрудничеству // Медицинская газета. – 2000. – № 31. – С. 4.
- 5 Стародубов В.И. Первичная медицинская помощь: состояние и перспективы развития: монография / В.И. Стародубов, А.А. Калининская, С.И. Шляфер. – М.: Медицина, 2007. – 264 с.
- 6 Шипова В.М. Медико-экономическая оценка стационарозамещающих технологий / В.М. Шипова, В.Я. Горбунков // Главный врач. – 2003. – № 3. – С.68.

ТӨЛЕГЕН ТӨЛЕУЛЫ ЕСДӨЛЕТОВ

«СТАЦИОНАРДЫ АЛМАСТЫРАТЫН ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУМЕН АУЫЛДАРДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ» (СҚО ӘЖІМДІГІНІҢАҚҚАЙЫҢАУДАНДЫҚ ОРТАЛЫҚ АУРУХАНАСЫНЫҢҮЛГІСІМЕН)

Мақала ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсеткенде стационарды алмастыратын технологиялардың рөлін меңгеруге арналған. Мақаланың өзектілігі денсаулық сақтаудың мемлекеттік бағдарламасын дамытудың басты бағытының бірі төсек қорын тиімді пайдалануды арттыру болып табылады, аз шығынды технологияларды енгізу анықталды және стационарды алмастыратын нысандарды дамыту, оның көлеміндегі бөлігін стационарлық сектордан амбулаторлыққа қайта үйлестіру.

Мақалада келесі аспектілер анықталған: стационарды алмастыратын технологиялардың дамуын меңгеру, күндізгі стационарлар жұмысының ұйымдастырылуын ашу, күндізгі стационарлар жұмысының тиімділігіне талдау өткізу.

ESDAULETOV T.T.

RURAL HEALTH ORGANIZATION WITH HOSPITAL-REPLACEMENT TECHNOLOGIES

The article is devoted to the role of Hospital-replacement technologies in the provision of hospital care to rural populations. The relevance of the article is that one of the main directions of the state health care is the efficient use of hospital beds, determined implementation of low-cost technologies and the development of hospital forms part of the redistribution of its volume of the hospital sector in the outpatient setting.

The following aspects of this article are: the study of the development of hospital technology, opening the organization of day hospital.