

ПРЕДПОСЫЛКИ И ПОДХОДЫ К РЕСТРУКТУРИЗАЦИИ КОЕЧНОГО ФОНДА УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

И.И.НОВИК, А.И.РУСЕНЧИК, Н.М.ТРОФИМОВ, Т.В.ЯСЮЛЯ

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск

Проведенный анализ существующих в различных странах мирового сообщества систем здравоохранения послужил основой для выработки стратегии реформы здравоохранения Республики Беларусь. Выполненное исследование показало принципиальную возможность и целесообразность использования системы диагностически связанных групп в качестве единой методики определения стоимости и оплаты лечения стационарных больных и способа сравнительной оценки деятельности больниц для своевременного принятия соответствующих управленческих и организационных решений.

Стационарная медицинская помощь, как известно, является наиболее ресурсоемким и дорогостоящим видом медицинской помощи населению. Доля финансовых ресурсов, направляемых на стационар, достигает 60–70% объема расходов на здравоохранение [1, 2]. Это обусловило поиск способов сокращения расходов и рационального использования имеющихся ресурсов.

Для достижения эффективного использования коечного фонда лечебно-профилактических организаций проводится политика его реструктуризации, которая в целом имеет два направления. С одной стороны, реструктуризация стационарной медицинской помощи преследует цель дальнейшего повышения качества обслуживания пациентов на основе технического оснащения койки и внедрения современных высоких технологий. С другой стороны, реструктуризация коечного фонда предполагает наиболее эффективное использование койки путем повышения интенсивности лечебно-диагностической работы, снижения показателя средней длительности пребывания больного в стационаре и численности неэффективно работающих коек.

За последнее десятилетие в динамике показателей деятельности стационаров республики произошли определенные положительные сдвиги, но коренным образом изменить ситуацию не удалось. Показатель средней занятости койки за 2011 г. составил 326,4 дня, что на 21 день больше, чем в 2005 г. (305,1 дней). Средняя длительность пребывания пациента на койке снизилась с 13,9 дней в 2000 г. до 11,3 в 2011 г. (для сравнения в странах-членах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) средняя длительность госпитализации составляет 8,2 дня, в Канаде – 6–7 дней) [3, 4].оборот койки за этот же период увеличился с 26,1 до 28,8 пациентов на койке за год [5].

В республике удлинению сроков пребывания пациента в стационаре способствуют несколько факторов, одним из которых является многофункциональность койки, другим – достаточно продолжительный период диагностики в стационаре. Многофункциональность коек определяется видами её использования: проводится как интенсивная терапия, так и длительное восстановительное лечение. Часть коек используется в качестве медико-социальных. В большинстве случаев пациент находится в круглосуточном стационаре до окончания предписанного курса лечения.

Достаточно продолжительный период диагностики в стационаре формируется за счет недообследованности пациента при плановой госпитализации или без предварительного догоспитального обследования (более чем в 30% случаев).

Для оптимизации экономической и медицинской составляющих деятельности организаций здравоохранения республики в основу оказания стационарной медицинской помощи (как и в странах ОЭСР) должно лечь клинически и экономически обоснованное разделение лечебного процесса по степени его интенсивности (адекватно чему коечный фонд дифференцируется на койки интенсивного лечения, долечивания, восстановительного лечения, долговременного пребывания, медико-социального ухода) с соответствующим дифференцированным финансовым, кадровым и материальным обеспечением [6].

В отделение (на этап) интенсивного лечения направляются пациенты, нуждающиеся в круглосуточном врачебном наблюдении и интенсивном лечении при возникновении острых заболеваний, отравлений и травм, обострении хронических болезней, после проведения плановых оперативных вмешательств, для осуществления комплекса мероприятий по восстановлению и поддержанию нарушенных функций жизненно-важных органов. Отдельно на этом этапе следует

рассматривать лечение пациентов в реанимационных отделениях, где оказывается помощь только пациентам, требующим аппаратного замещения функций организма.

Лечению в отделении (на этапе) долечивания подлежат пациенты, нуждающиеся в регулярном наблюдении врача и требующие комплекса лечебных мероприятий для полного или частичного восстановления функций организма после завершения курса интенсивной терапии и активного лечения. Долечивание может быть организовано в круглосуточном стационаре, в условиях стационарзамещающих технологий (дневной стационар, стационар на дому), в амбулаторных условиях. Особая форма долечивания пациентов – восстановительное лечение, когда нарушения систем организма требуют применения специальных мер реабилитации.

На этапе (в отделении, стационаре) длительного пребывания оказывается помощь пациентам, как правило, с хроническим течением заболевания, которым требуется длительная терапия для восстановления нарушенных функций организма.

Отделения медико-социального ухода (сестринские койки) обеспечивают длительную помощь, включая регулярную медицинскую сестринского уровня, хроническим пациентам, лицам ослабленным, недееспособным или выздоравливающим. В большинстве случаев такие отделения (койки) предназначены для пожилых людей.

Предлагаемое распределение коечного фонда в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса обеспечит сокращение длительности госпитального этапа в стационарах интенсивного лечения, содержание коечного фонда в которых значительно превышает затраты на содержание коек долечивания и медико-социальной помощи [7].

Экономический эффект также даст перераспределение части объемов помощи из стационарного сектора в амбулаторный за счет организации стационарзамещающих форм медицинской помощи, при этом предполагается усиление последних кадрами медработников из стационаров. Эффективно проводимые восстановительное лечение и долечивание позволят сократить количество пациентов с хроническими болезнями, снизят их инвалидизацию, потери общества, связанные с лечением вялотекущих, затяжных и недолеченных форм заболеваний.

Организация полноценной службы медико-социальной помощи в виде сети больниц (отделений) сестринского ухода и хосписов, кроме очевидного высокогуманного характера этого направления, позволит снизить потери общества, связанные с необходимостью длительного ухода здоровой и трудоспособной части населения за пациентами и престарелыми родственниками. К снижению экономических потерь при-

ведут также закрытие и репрофилирование маломощных и нерентабельных стационаров, централизация диагностических, вспомогательных и инженерно-технических служб.

В целом стратегии сокращения коечного фонда должны включать крупномасштабные меры, направленные на снижение числа случаев необоснованной госпитализации, улучшение эффективности стационарного лечения, ухода и содействие ускоренной выписке. Для осуществления этих мер часто требуется создание альтернативных лечебно-профилактических учреждений и услуг, поэтому, хотя число коек может и сократиться, общие расходы системы здравоохранения могут при этом не уменьшиться.

В конечном результате приведение показателей использования коечного фонда к нормативному уровню (занятости койки 330–340 дней в году) должно быть обязательно сопряжено с обеспечением доступности для населения неотложной и экстренной медицинской помощи по основным видам первичной помощи и снижением количества жалоб от населения.

Ещё одним из направлений повышения эффективности использования коечного фонда определено внедрение малозатратных технологий и развитие стационарзамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

К сожалению, до настоящего времени диспропорции объемов медицинской помощи на разных этапах ее оказания сохраняются, а развитие стационарзамещающих форм организации медицинской помощи осуществляется недостаточными темпами. Приходится также констатировать недостаточную управленческую и финансовую интеграцию медицинских учреждений, отсутствие стратегического анализа и координации в деятельности амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений, слабость системы анализа эффективности использования ресурсов, отсутствие экономических стимулов, что создаёт неблагоприятную почву для развития ресурсосберегающих технологий.

Прослеживается незаинтересованность руководителей органов и учреждений здравоохранения в сокращении мощности возглавляемых ими больниц или поликлиник, так как от этого зависит категория учреждения, а соответственно, и величина заработной платы главного врача и его заместителей, что определено Постановлением Министерства труда Республики Беларусь от 21 января 2000 г. №6 “О мерах по совершенствованию условий оплаты труда работников организаций, финансируемых из бюджета и пользующихся государственными дотациями” [8]. Необходимо отказаться от определения уровня заработной платы руководителей медицинских учреждений в зависимости от

их мощности, а перейти к его установлению в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи, а потом от численности обслуживаемого учреждением населения.

Со всей очевидностью назрела необходимость перехода от экстенсивной модели здравоохранения к прогрессивным медико-организационным формам оказания медицинской помощи с целью повышения эффективности использования ограниченного материального, финансового и кадрового потенциала отрасли. Для построения рациональной системы оплаты медицинской помощи необходимо обеспечить переход от ретроспективных к преимущественно предварительным методам оплаты медицинской помощи.

С учетом особой важности задач по оптимизации больничного сектора здравоохранения необходимо сделать акцент на оплату согласованных объемов стационарной помощи. С этой целью необходим сбалансированный учет клинических и затратных показателей деятельности на основе классификации больных (групповых экономических стандартов). Такая классификационная единица должна объединять больных, сходных по клиническим параметрам и по затратно-лечебным процедурам.

Встает задача разработать классификацию пациентов по группам – увязать клиническую и затратную стороны лечебно-диагностического процесса, что позволит связать каждый пролеченный случай с использованными ресурсами. Система оплаты и тарифы должны обеспечить должное вознаграждение учреждениям здравоохранения, способным показать высокую эффективность в предоставлении медицинской помощи, мотивировать организации здравоохранения к результативной работе, к обеспечению оптимального сочетания мер государственного регулирования и рыночных сил.

Международный опыт содержит большой объем информации о перспективности системы оплаты больничной помощи с использованием классификации больных (клинико-затратные группы). По мнению большинства зарубежных исследователей, система диагностически связанных групп (ДСГ) призвана стимулировать увеличение эффективности деятельности больничных организаций и препятствовать оказанию ненужных услуг [9].

Для успеха проводимой реорганизации стационарного сектора крайне важной является готовность первичного звена медико-санитарной помощи принять на себя дополнительные объемы медицинских услуг. Должны быть введены стимулы для врача общей практики (участкового врача) к снижению уровня госпитализации на участке обслуживания. Повышение заинтересованности врача в улучшении данного показателя будет обеспечено и введением новых оценоч-

ных критериев качества его работы с введением стимулирующего компонента оплаты труда.

Таким образом, наиболее эффективными подходами для сокращения затрат на здравоохранение без ущерба для качества лечения являются реструктуризация коечного фонда больничных учреждений на койки интенсивного лечения, долечивания, восстановительного лечения, долговременного пребывания и медико-социального ухода с дифференцированной стоимостью койки в зависимости от причины госпитализации, а также использование системы классификации стационарных больных по ДСГ в качестве инструмента для мониторингового слежения за деятельностью больниц и единого метода расчета стоимости лечения стационарных пациентов.

Литература

1. Ткачева Е.И. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2011. – №4. – С.7–13.
2. Шейман И.М. // Медицинское страхование. – 1996. – №4. – С.9–12.
3. Бояджян В.А., Вязников В.Е. // Российское предпринимательство. – 2005. – №11 (71). С. 78-83.
4. Макки М., Хили Д. Реформа больниц в новой Европе. – М: Изд-во «Весь мир», 2003. – 320 с.
5. Здравоохранение в Республике Беларусь: офиц. стат. сб. за 2011 г. – Минск: ГУ РНМБ, 2012. – 304 с.
6. Кучеренко В.З. // Проблемы управления здравоохранением. – 2005. – №4. – С.5–9.
7. Жарко В.И. // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2012. – №1. – С.4–17.
8. Постановление Министерства труда Республики Беларусь от 21 января 2000 г. №6 «О мерах по совершенствованию условий оплаты труда работников организаций, финансируемых из бюджета и пользующихся государственными дотациями» // Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь. – 2000. – №29. – 8/2761.
9. Вязников В.Е., Бояджян В.А. // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН. – 2003. – №1. – С.187–190.

PREREQUISITES AND APPROACHES TO BED CAPACITY RESTRUCTURING AT HEALTH CARE INSTITUTIONS OF THE REPUBLIC OF BELARUS

I.I.Novik, A.I.Rusenchik, N.M.Trofimov, T.V.Yasiulia

The analysis of existing health care systems in various countries of the world served as a basis for the development of health reform strategy in the Republic of Belarus. The study demonstrated the feasibility and advisability on the use of the system of diagnostically-related groups as a single method for determining the cost and payment of the inpatients treatment and as a means of comparative evaluation of hospitals activity for timely administrative and organizational decision-making.