

На правах рукописи

Шахбанов Олег Расулович

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ФОРМИРОВАНИИ
МЕЖМУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург - 2007

Работа выполнена в государственном образовательном учреждении дополнительного профессионального образования НПЦ «Уралмедсоцэкономпроблем» Министерства здравоохранения Свердловской области

Научные руководители:

доктор медицинских наук, профессор

А.Б.Блохин

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, доцент

Т.В.Чернова

доктор медицинских наук, профессор

В.А.Дюльдин

Ведущая организация – ГОУ. ВПО Челябинская ГМА Росздрава.

Защита состоится «___» ноября 2007г. в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 004.027.01 при Институте иммунологии и физиологии УрО РАН (620049, г.Екатеринбург, ул. Первомайская 91).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке УрО РАН (620219, г.Екатеринбург, ул. Софьи Ковалевской – Академическая д. 22/20), с авторефератом – на официальном сайте института ИИФ УрО РАН – [http:// www.iip.uran.ru](http://www.iip.uran.ru)

Автореферат разослан «___» _____ 2007г.

Ученый секретарь диссертационного совета,

д.м.н., проф.

И.А. Тузанкина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Особенности экстенсивного развития системы здравоохранения в предшествующий период, ослабление управления отраслью снижают эффективность использования ограниченных ресурсов, что усиливает диспропорции в развитии и предоставлении населению медико-санитарной и специализированной помощи, приводит к увеличению объемов и удельного веса платных медицинских услуг. Эти проблемы, негативно отразившиеся на деятельности медицинских учреждений и состоянии здоровья населения, обуславливают необходимость определения реальной потребности территории в медицинских учреждениях и медицинском персонале, в стратегическом планировании и научно-методических подходах к организации и управлению системой здравоохранения через сбалансированность потребностей и финансовых возможностей.

В условиях снижения материального благополучия сельского населения, отдаленность территории от областного центра, очереди на оказание специализированной медицинской помощи в государственных учреждениях здравоохранения, особую актуальность приобретает переориентация системы здравоохранения на интенсивный путь развития и создание новой организационной парадигмы муниципального здравоохранения с элементами межмуниципальной специализированной медицинской помощи населению.

Разрабатываемая и внедряемая в юго-западных территориях Свердловской области организационно-экономическая система функционирования межмуниципальной консультативно-диагностической и специализированной медицинской помощи населению, ее анализ и оценка результатов являются исследовательским материалом, позволяющим научно обосновать планирование отрасли путем определения реальных потребностей территорий в медицинской помощи и необходимых ресурсах.

Цель исследования – Научное обоснование парадигмы консультативно-диагностической и стационарной межмуниципальной специализированной медицинской помощи населению.

Задачи исследования:

1. Провести анализ медико-демографической ситуации в юго-западных тер-

риториях Свердловской области.

2. Обосновать потребности в первичной медико-санитарной и специализированной помощи населению в исследуемых территориях.
3. Разработать и апробировать информационную систему анализа и оценки деятельности стационара в целом и работы специализированных отделений.
4. Разработать интегрированную организационно-технологическую модель консультативно-диагностической и стационарной специализированной помощи населению на базе многопрофильной больницы муниципального уровня.

Научная новизна. Предлагается новая парадигма межмуниципальной специализированной медицинской помощи, основанная на разработке нового подхода и научного обоснования объемов первичной медико-санитарной помощи в лечебно-профилактических учреждениях муниципального уровня. Впервые разработана и апробирована в эксперименте информационно-аналитическая система, позволяющая осуществлять расчет коечного фонда, как в целом по лечебному учреждению, так и по отдельным подразделениям, оценивать работу стационарной службы, ее отдельных структурных подразделений, осуществлять автоматизированные расчеты.

Предложены новые методические подходы к формированию уровневой, технологической межтерриториальной системы оказания догоспитальной и госпитальной помощи. Обоснована необходимость интеграции взаимоотношений между органами управления здравоохранением, финансирующими органами и медицинскими учреждениями.

Практическая значимость. Разработаны методические подходы по организации модели функционирования межмуниципальной специализированной медицинской помощи, что позволит приблизить специализированную помощь к населению, проживающему отдаленно от областного центра.

Разработана авторская модель расчета потребности госпитализации экстренных и плановых больных, коечного фонда для больниц, что приведет к снижению

ресурсоемкости стационаров больниц общего профиля, рациональному использованию коечного фонда, кадрового и финансового потенциала лечебно-профилактических учреждений, реструктуризации коечного фонда. Разработана и внедрена информационно-аналитическая система, позволяющая проводить анализ деятельности стационарных учреждений и качества работы структурных подразделений.

Апробация исследовательской работы. Основные положения докладывались на межрегиональных научно- практических конференциях (Екатеринбург 2001 – 2005 г.г.), территориальном фонде обязательного медицинского страхования (Екатеринбург 2003 – 2005 г.г.), на научно – практических конференциях в г. Красноуфимске – (2001; 2003; 2005 г.г.).

Результаты исследований апробированы на базе Красноуфимской центральной городской больницы, где организованы специализированные отделения выполняющие функции межтерриториального уровня.

Материалы диссертации опубликованы в 4 печатных работах, в том числе 2 - в изданиях, рекомендованных ВАК РФ.

Положения, выносимые на защиту:

1.Состояние здоровья и организация медицинской помощи населению в юго-западных территориях Свердловской области в настоящее время неудовлетворительно.

2. Функционирование многопрофильной больницы муниципального уровня в качестве субъекта организации межмуниципального центра консультативно-диагностической и стационарной специализированной помощи населению является наиболее эффективно.

3. Разработанные нами технологии организации межмуниципального центра консультативно-диагностической и стационарной специализированной помощи населению исследуемых территорий способствуют ее оптимизации.

Структура и объем работы. Диссертационная работа состоит из введения, указателя литературы, включающего 121 отечественных и 73 зарубежных источни-

ка, 5-ти глав, заключения, выводов и предложений. Работа иллюстрирована 43 таблицами и 9 рисунками. Общий объем работы – 170 страниц.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы, определены цели, задачи, изложена новизна, научно-практическая значимость работы, а также основные положения выносимые на защиту.

Первая глава посвящена обзору литературы по тенденциям развития и совершенствования медицинской помощи населению. Дан анализ литературных источников, касающихся организации медико-санитарной, консультативно-диагностической и специализированной медицинской помощи в России и зарубежных странах, рассмотрены их позитивные и негативные стороны, а также представлены материалы исследовательских работ по проблемам планирования медицинской службы, оценены их различные методические подходы. Анализ литературных источников показал, что исследований, касающихся организации межмуниципальной консультативно-диагностической и специализированной медицинской помощи населению крайне ограничено. В связи с чем, сформулировано направление и программа исследовательской работы по организационно-экономическим аспектам формирования межмуниципальной специализированной медицинской помощи населению.

Во второй главе изложена методика и организация исследования (рис.1). Исследование проведено в г. Красноуфимске, Артинском, Ачитском и Красноуфимском муниципалитетах – преимущественно сельскохозяйственных территориях, занимающих площадь 8,3тыс.км² с численностью населения 125,0 тыс.чел. Медицинскую помощь населению территорий (без учета ведомственного учреждения) оказывают 10 больничных учреждений на 1073 коек, 103 фельдшерско-акушерских пункта, 20 амбулаторно-поликлинических учреждений мощностью на 2,4 тыс. посещений в смену.

Объектами исследования приняты: лечебно-профилактические учреждения юго-западных территорий Свердловской области.

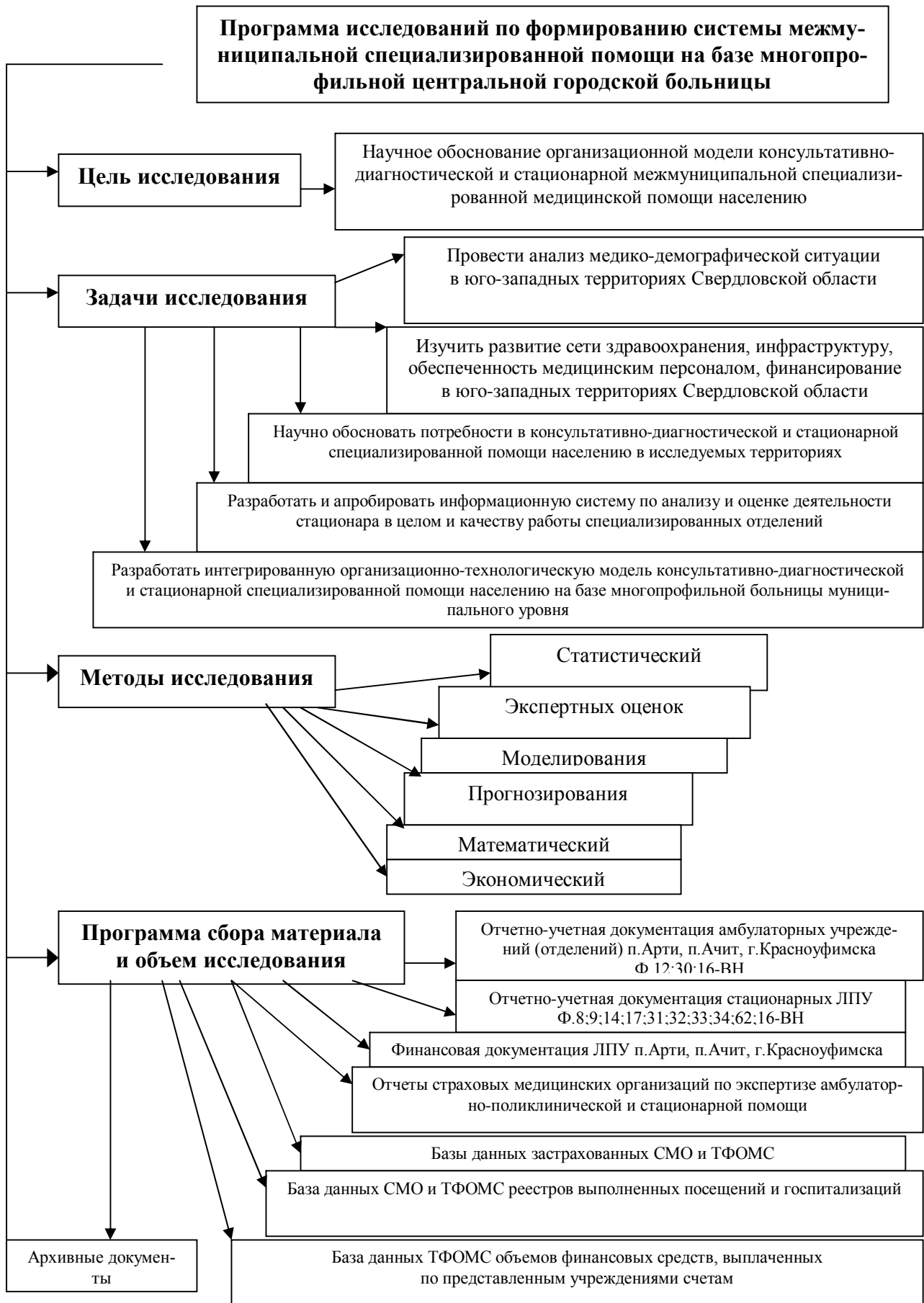


Рис.1. Материалы и методы исследования

Объем исследования: медико-демографические данные за 2000 - 2005гг., статистические - за 1996-2005гг., сеть лечебно-профилактических учреждений за 2000-2005гг., отчеты 10 лечебно-профилактических учреждений за 1996-2005гг., 4-х отделов медико-страховой экспертизы медицинских учреждений за 2000-2005гг., отчеты страховой медицинской организации (СМО) за 2000-2005 годы, Красноуфимского филиала ТФОМС за 2000-2005 годы, рекламации на необоснованно выплаченные суммы.

Для расчета потребности в амбулаторно-поликлинической помощи использовались: автоматизированная система, основанная на анализе статистических данных объемов медицинской помощи в предыдущий период, нормативных документов, методах математического моделирования и прогнозирования, а также, стандарты объемов оказания медицинской помощи.

Для расчета коечного фонда первичной медико-санитарной помощи использована авторская методика основанная на расчетах потребности госпитализации и конечном фонде плановых и экстренных больных отдельно.

$$\text{Для экстренных: } P_3 = \frac{(P_1 + P_2 - P_3) \times 100}{N} \quad (1),$$

где:

P_1 – число больных госпитализированные по экстренным показаниям;

P_2 – число больных нуждавшиеся, но не госпитализированные;

P_3 – число больных госпитализированные с необоснованной экстренностью;

N – количество обслуживаемого населения.

$$\text{Для плановых: } P_n = \frac{(P_2 + P_{нг} + P_3 - P_4) \times 100}{N} \quad (2)$$

где: $P_{нг}$ – число плановых больных нуждавшихся в госпитализации, но не госпитализированных;

P_4 – число больных госпитализированных в отчетном году в плановом порядке;

P_4 – число больных госпитализированные не обоснованно (по данным экспертизы);

Расчет коечного фонда для экстренных больных проводится по формуле (3):

$$K_{\text{э}} = \frac{P_{\text{э}} \times H \times \Pi}{D \times 100} \quad (3),$$

где:

$P_{\text{э}}$ – величина отбора экстренных больных на госпитализацию (1).

H – прикрепленное население.

Π – среднее число дней пребывания больного на койке.

D – число дней работы койки в году.

Для плановых больных расчет коечного фонда проводится по формуле:

$$K_{\text{п}} = \frac{P_{\text{п}} \times H \times \Pi}{D \times 100} \times K_{\text{о}} \quad (4),$$

$K_{\text{о}}$ – коэффициент «ожидания».

$P_{\text{п}}$ – величина отбора плановых больных на госпитализацию (2).

Используя математический аппарат теории массового обслуживания, описанный в диссертации, формула средней длительности ожидания выглядит следующим образом:

$$\alpha = \frac{\pi}{\mu(t - \rho)}. \quad (5)$$

Формула (5) дает среднюю длительность ожидания одного больного.

Используемые стандарты амбулаторной и стационарной помощи значительно упростили процедуру расчета потребности.

При расчетах необходимого объема финансирования были использованы рассчитанные и введенные на период эксперимента в Свердловской области тарифы на оказание стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи. Исходя из численности прикрепленного населения, категории сертификата данного лечебного подразделения и дифференцированного подушевого норматива определялась финансовая емкость лечебно-профилактического учреждения.

Применение вышеперечисленных подходов (рис.1) позволило провести эконо-

номическую оценку деятельности лечебно-профилактических учреждений на уровне муниципалитетов, дать научно-обоснованный прогноз эффективности использования мощностей и кадрового потенциала.

Значительное место в анализе деятельности ЛПУ уделено системе экспертной оценки амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

Учитывая значительные объемы медицинской помощи населению, экспертный контроль проводился в виде: постоянного автоматизированного мониторинга (реестровый контроль); заочной, ретроспективной медико-страховой экспертизы медицинской документации по индикаторным показателям (экспертный случай); экспертной случайной выборки; очных экспертных проверок (с выходом экспертов в поликлинику, стационар, на дом к пациенту).

В основе настоящего исследования находится «Концепция расчета потребности в стационарной помощи в ЛПУ муниципального уровня с использованием резервов в организации на базе одного из ЛПУ межмуниципальной специализированной помощи населению юго-западных территорий Свердловской области». Концепция содержит ряд блоков:

- оценка результатов работы ЛПУ, в условиях стандартного планирования потребности населения региона в медицинской помощи;
- разработка методов расчета потребности населения территорий в медико-санитарной помощи;
- разработка программы внедрения новой системы межмуниципальной специализированной помощи на базе центральной городской больницы;
- система экспертной оценки качества оказания медицинской помощи;
- рекомендации по организации медицинского обслуживания и модель прикрепления городского и сельского населения;

Третья глава посвящена анализу медико-демографической ситуации и организации медицинской помощи населению.

Медико-демографические показатели, характеризующие состояние здоровья населения, свидетельствует о негативных тенденциях: так за последние 11 лет чис-

ленность населения региона уменьшилась на 13,4% (с 144,2 тыс. человек в 1994 году до 125,004 тыс. человек) в 2005 году (по данным Госкомстата Р.Ф.).

По данным отчетов с 1995 по 1998 гг. отмечалось снижение уровня смертности по Юго-западу Свердловской области, однако ее значения оставались существенно выше, чем по другим областям Уральского региона. С 1999 года уровень смертности населения в Юго-западных территориях Свердловской области вновь стал расти и до 2002 отмечался дальнейший рост этого показателя, который достиг уровня 17,4 случаев, при областном показателе 16,51 на 1000 населения (в абсолютных величинах – на 168 человек больше по сравнению с 2000 годом или на 4 %).

Более выраженная тенденция характерна для показателей смертности трудоспособного населения, который за десятилетний период времени увеличился на 70,8% с 4,8 до 10,1 случаев смерти на 1000 трудоспособного населения.

Средняя продолжительность жизни как мужского, так и женского населения в Юго-западных территориях Свердловской области снижается: так, среди мужского населения в 2005 году она составила 59,2 лет в городах и 57,6 в сельской местности, женского населения - 71,3 и 69,2 лет, соответственно.

Общий уровень рождаемости за 10 лет снизился с 12,2 до 10,1 на 1000 населения. Наблюдается устойчивая тенденция к увеличению общей и первичной заболеваемости населения за период с 1996 по 2005гг.; так в 1996 году общая заболеваемость составила 1077,1 на 1000 населения, в 2005 году - 1523,3, первичная соответственно - 515,3 и 778,1. С 2001 года по 2005 год заболеваемость, как общая, так и первичная стабилизировалась.

Система здравоохранения характеризуется сокращением больничных учреждений (45,4% в 2005 году к уровню 2001 года), абсолютного числа коек (10,9%). Количество больниц сократилось в 1,8 раза при снижении на 1,12 средней мощности.

В результате проводимой реструктуризации сети и объемов медицинской помощи к 2005 году основные показатели, характеризующие деятельность здравоохранения составили:

- объемы стационарной медицинской помощи уменьшились на 3% в сравне-

нии с 2001 годом, уровень госпитализации снизился на 15,5% и составил 186,2 случаев на тысячу населения (в 2001г. этот показатель составлял 220,2);

- в 2005 году на 3,2% снизилась посещаемость в амбулаторно-поликлинические учреждения (включая посещения к фельдшерам на врачебных должностях) и составила 7,3 на 1 жителя в год, против 7,7 на 1 жителя в 2004 году (федеральный норматив 9,2). Уменьшение объемов амбулаторно-поликлинической помощи в 2005 году произошло за счет уменьшения количества посещений к врачам по причине низкой укомплектованности врачами амбулаторно-поликлинического звена (участковые терапевты), а так же в связи с изменением системы учета врачебных посещений;

- снижение численности населения в регионе и увеличение мощностей поликлиник за последние годы привели к уменьшению числа жителей на единицу мощности поликлиники: 2001 г. - 43,2; 2002г. - 43,4; 2003г. - 42,8; 2004г. - 42,4 и в 2005 году - 42,3 (на 2,5%). Произошло уменьшение нагрузки на врача поликлиники, соответственно сократилось число посещений: в 2003г. - 5015,3; 2004г. - 4985,0; в 2005г. - 4728,0.

Децентрализация системы здравоохранения обострила негативные стороны территориального принципа прикрепления населения к лечебно-профилактическим учреждениям, ухудшилась доступность отдельных видов медицинской помощи, усложнилось планирование отрасли в целом. Происходит дублирование видов помощи в соседних территориях, «расслоение» по показателю обеспеченности населения медицинскими услугами.

За последние годы наблюдается тенденция к незначительному увеличению врачей в медицинских учреждениях Юго-западного региона Свердловской области, показатель обеспеченности врачами составил в 2005 году 16,9. Областной показатель –34,9, что наглядно отражает кадровую ситуацию в территориях. Дефицит врачей наблюдается как в небольших населенных пунктах, так и в городах.

Анализ медико-демографической ситуации, показателей деятельности медицинских учреждений свидетельствует о необходимости дальнейшего приведения в

соответствие мощностей, ресурсов медицинских учреждений с реальными потребностями населения.

Четвертая глава посвящена изучению материально-технического, кадрового и финансового обеспечения центральной городской больницы межмуниципального уровня.

Красноуфимская центральная городская больница расположена в г. Красноуфимске и обслуживает население двух муниципальных образований с населением 76052 человека. Из них детей до 14 лет – 12509, подростков - 2969. В сравнении с медицинскими учреждениями Юго-западных территорий Свердловской области Красноуфимская центральная городская больница является наиболее крупной с развитой специализированной помощью, в состав которой входят 3 межтерриториальных центра по лечению социально значимых заболеваний, стационарные отделения на 391 койку, поликлинические отделения с плановой мощностью 1000 посещения в смену.

В центральной городской больнице на 01.01.2006 г. Работают 105 врачей и 690 человек среднего медицинского персонала. Динамика обеспеченности медицинским персоналом на 10000 населения отражена в таблице 1.

Данные исследований свидетельствуют об удовлетворительной обеспеченности врачебными кадрами в стационаре и низкой в участковой службе. Так при наличии 16 терапевтических участка – укомплектованы врачами лишь 5 участков. Общее число врачебных должностей – 146,5, занято – 146,5.

Таблица 1.

Обеспеченность медицинским персоналом на 10000 населения

	2003	2004	2005
Врачи	15,5	15,7	16,8
Средний медицинский персонал	95,2	93,7	90,7

Коэффициент совместительства -1,67. Общее число должностей среднего медицинского персонала – 718,5, занято – 718,5. Коэффициент совместительства – 1,04. В поликлинических отделениях штатных должностей врачебного персонала –

52,25, занято – 52,25, физических лиц врачей - 39. Коэффициент совместительства - 1,34.. Общее число должностей среднего персонала – 137, занято – 137. Физических лиц -179. Коэффициент совместительства – 0,76. По стационарным отделениям штатных должностей врачей – 41,5, занято -41,5. Физических лиц врачей -23, коэффициент совместительства – 1,83. Штатных должностей среднего медицинского персонала – 288,5, занято – 288,5, физических лиц – 415. Коэффициент совместительства – 0,7. Укомплектованность врачами – 55,3 %.

Всего оборудования по центральной городской больнице числится на сумму 43246882 рубля. В целом по балансовой стоимости оборудования износ составляет 42%.

Фактические доходы больницы в 2005 году составили – 95892,3 тыс. рублей, фактические расходы составили – 98225,9 тыс. рублей, кредиторская задолженность больницы на 01.01.2006 года составила – 2333,6 тыс. рублей, в том числе по бюджету – 1886,6 тыс. рублей.

Анализ деятельности центральной городской больницы ее кадрового, материально-технического, финансового потенциала позволяет сделать следующие выводы: многофункциональную больницу г.Красноуфимска возможно рассматривать как субъект формирования межмуниципального центра специализированной медицинской помощи, при условии дальнейшего усиления кадрового потенциала и медико-технической оснащенности.

В **пятой главе** представлены организационно-экономические подходы к организации консультативно-диагностической и стационарной специализированной медицинской помощи населению в центральной городской больнице межмуниципального уровня.

Основными направлениями в совершенствовании организации оказания медицинской помощи на муниципальном уровне, являются усиление ее первичного звена с одновременным проведением реорганизации стационарной помощи и перераспределением части объемов медицинской помощи из общепольничного сектора в специализированный. С развертыванием в амбулаторно-поликлинических учреждениях

дневных стационаров и стационаров на дому, консультативно-диагностического отделения, центров амбулаторной хирургии, медико-социальной помощи, повышением квалификации медицинского персонала и передачи ряда функций врачам общей практики на селе, возможно ожидать существенного расширения объема первичной медико-санитарной помощи.

Исторически и географически так сложилось, что город Красноуфимск находясь отдаленно от областного центра и в центре окружающих его муниципальных образований, является центром юго-западных территорий Свердловской области. Примером тому может служить тот факт, что именно в Красноуфимский уезд входили все территории юго-запада ныне Свердловской области. В Красноуфимске, более четверти века назад были открыты противотуберкулезный и дерматовенерологический межрайонные диспансеры, а затем психоневрологическое межрайонное отделение.

Комплексное использование методов исследования организационной структуры здравоохранения позволило теоретически обосновать и разработать основы построения и функционирования единой территориальной системы амбулаторно-поликлинической, общепольничной и специализированной помощи (рис.2):

- система догоспитальной помощи представляет собой единый технологический цикл, ранжированный по уровням медицинской помощи, что обеспечит необходимый объем и преемственность в оказании медицинской помощи.
- формирование системы договорных отношений и взаиморасчетов между медицинскими учреждениями за оказанные медицинские услуги приведет к экономической целесообразности в использовании финансовых, материальных, кадровых ресурсов системы здравоохранения;

Структурные изменения, проведенные на территориях в амбулаторно-поликлинической службе, внесли изменения в кадровой политике, повышение социального статуса врача, создание заинтересованности и мотивации медицинского персонала:

- в сохранении здоровья прикрепленного населения и снижении частоты и тяжести обострений заболеваний для хронических больных;

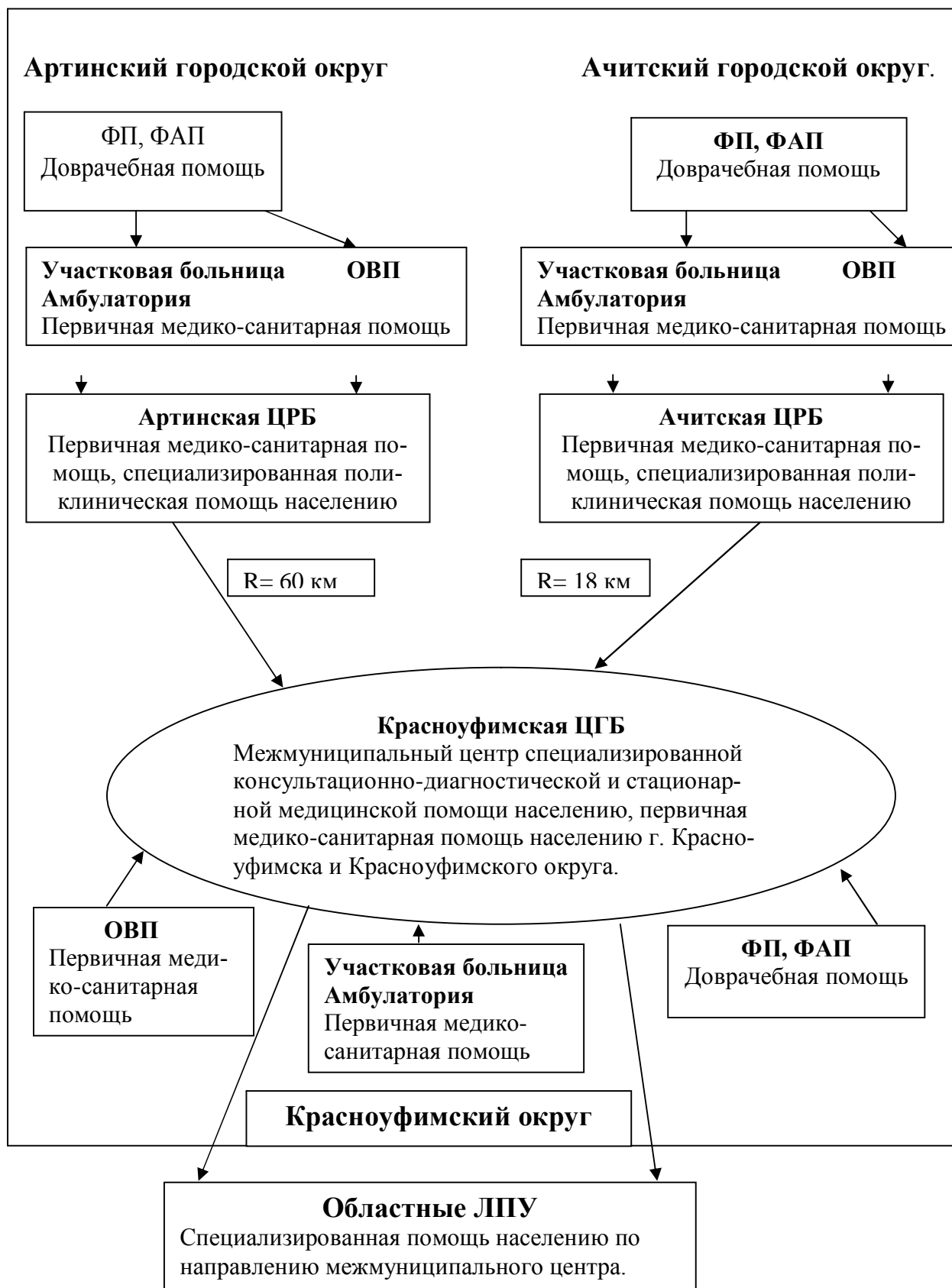


Рис.2. Технологическая схема
Организации специализированной консультативно-диагностической и стационарной
медицинской помощи в межмуниципальном центре Красноуфимской ЦГБ.

- в увеличении объемов собственной деятельности и сокращении необоснованных направлений пациентов к узким специалистам и в стационар.

Для оптимизации работы амбулаторно-поликлинических учреждений в области разработан и внедрен проект уровневой, технологической системы амбулаторно-поликлинической помощи с дифференциацией функций и схема организации движения потоков амбулаторных пациентов.

Новым в предлагаемой нами схеме (рис.3) является появление межтерриториального специализированного центра. В совокупности это позволяет обеспечить контроль над состоянием здоровья прикрепленного населения, увеличить объем профилактических мероприятий, координировать лечебно-диагностический процесс, эффективно использовать имеющиеся ресурсы.

По нашему мнению, организация технологической системы поликлинической помощи позволит скорректировать объемы необходимой помощи, регулировать и контролировать затраты на профилактику и лечение, обеспечить организацию догоспитальной помощи населению юго-западного региона оптимального объема и качества в условиях ограниченных финансовых ресурсов, обеспечить этапность оказания догоспитальной помощи.

Внедрение новых организационных форм работы амбулаторно-поликлинической помощи проводится путем решения проблемы с учетом технологического уровня здравоохранения.

По нашему мнению, построение уровневой, технологической, территориальной системы амбулаторно-поликлинической службы не только повысит эффективность первичной медико-санитарной помощи, но и повлечет за собой реформирование системы здравоохранения в целом.

Одним из важнейших направлений реформирования амбулаторно-поликлинической помощи населению территорий является планомерное внедрение системы нормативного обеспечения оказания первичной медико-социальной помощи путем внедрения стандартов.

Стандартизация медицинской деятельности позволяет обеспечить общедос-

тупность всех видов первичной медико-социальной помощи на всех этапах, регулирование деятельности медицинских учреждений и контроль качества и безопасности оказания медицинской помощи.



Рис. 3 Уровневая, технологическая система амбулаторно-поликлинической помощи населению юго-западных территорий.

Для создания на базе поликлиники Красноуфимской ЦГБ консультативно-диагностического межтерриториального центра необходимо:

- постановления администраций городских округов;
- постановление Правительства Свердловской области;

- приказ МЗ Свердловской области;
- получение лицензии, аккредитация;
- корректировка и выделение дополнительных материально-технических ресурсов и штатов.

Организация стационарной специализированной помощи на базе отделений Красноуфимской ЦГБ является наиболее приемлемым и менее затратным вариантом в связи с наличием хорошей лечебной базы, наличием врачебного персонала практически по всем узким специальностям и высвобождающимся не рационально используемым коечным фондом. В больнице уже функционирует оборудованное кардиологическое отделение на 45 коек, психоневрологическое отделение на 50 коек, оснащенное отделение реанимации на 6 коек, лабораторное, физиотерапевтическое и диагностическое отделения, которые могут оказать большой спектр услуг.

Расчеты специализированных коек мы провели, используя рекомендации Министерства здравоохранения РФ по среднему пребыванию больного на койке, в отделениях специализированного профиля и авторской методике. По нашим расчетам на специализированную помощь необходимо дополнительно 111 коек - 79 терапевтического профиля и 32 хирургического профиля. Для оказания медико-санитарной помощи, прикрепленному населению, при больнице сохранены 50 коек общетерапевтического и 30 коек обще-хирургического профилей, с объемом финансирования - 3419,0 тысяч рублей.

Сложнее было решить вопрос финансирования специализированной помощи, так как на дополнительное финансирование специализированной медицинской помощи необходимо около 15 миллион рублей (заработная плата, начисления на заработную плату, приобретение медикаментов, приобретение продуктов питания, приобретение мягкого инвентаря и др.). Наиболее проблемными останутся вопросы финансирования из бюджета, если не отработать четкий механизм взаимных расчетов. Нами предложено 3 варианта расчетов.

Первый вариант – расчеты между лечебными учреждениями территорий с межмуниципальным специализированным медицинским центром.

Второй вариант – расчеты центра непосредственно с администрациями городских округов.

Третий вариант - получение субсидии на частичное возмещение расходов бюджета городского округа Красноуфимск на оказание специализированной медицинской помощи населению нескольких городских округов из областного бюджета. Размер субвенции определяется по формуле, которая отражена в диссертационной работе.

Каждый из предложенных нами вариантов имеют право на существование, и может быть успешно реализован.

Выводы

1. В Юго-Западных территориях Свердловской области сложилась прогностически неблагоприятная медико-демографическая ситуация, что предполагает увеличение объемов оказания медицинской помощи, в первую очередь на догоспитальном этапе. В то же время, организация медицинской помощи населению характеризуется негативными тенденциями: средним уровнем материально-технического оснащения, уменьшением численности участковых врачей-терапевтов в малых городах и сельской местности (до 35%), высоким удельным весом медицинского персонала пожилого возраста (16%), отсутствием материальных мотиваций к эффективному и качественному труду.

2. Круглосуточные стационарные отделения больниц перенасыщены коечным фондом, на которых не обоснованно госпитализируются до 15-20% больных и до 20% по социальным показаниям. В участковых больницах госпитализируются по социальным показаниям до 80% от количества пролеченных больных.

3. Разработанные организационно-технологические и финансовые модели функционирования межмуниципального центра специализированной помощи является одним из инструментов изменения сложившейся кризисной ситуации в здравоохранении. Направление финансовых потоков вслед за произведенными медицинскими услугами, оплата труда в зависимости от выполненного объема работ, возможность управления качеством медицинской помощи экономическими методами, создает предпосылки

стимулировать медицинские учреждения к радикальным изменениям внутрихозяйственной деятельности.

4. Разработанная методология расчета коечного фонда позволяет с высокой степенью достоверности оценить деятельность структурного подразделения и стационарного учреждения, а в масштабе территорий, в целом систему организации медицинской помощи населению. Программа медико-страховой экспертизы, проводимой финансирующим органом, обеспечивает контроль соблюдения прав граждан на получение качественной медицинской помощи надлежащего объема, эффективность расходования получаемых средств, использования ресурсов здравоохранения.

5. Разработанная и апробированная программа с применением математической теории массового обслуживания с ожиданием, позволяет оценить рациональное использование коечного фонда и позволила рассчитать средний срок ожидания планового больного на госпитализацию.

6. Приведенная парадигма межмуниципальной консультативно-диагностической и стационарной специализированной медицинской помощи содержит в себе модель структурной перестройки здравоохранения, направленной на сокращение непроизводительных затрат, приведение в соответствие мощностей, ресурсов здравоохранения с необходимыми потребностями в объемах и видах медицинской помощи на территории, доступности для населения и предполагает реформирование системы через интеграцию управления и финансирования, уравнивая технологическая территориальная система специализированной помощи позволит обеспечить организацию потоков пациентов, преемственность в оказании медицинской помощи - первичная медико-санитарную помощь - консультативно-диагностическая и специализированная стационарная медицинская помощь.

Предложения

1. Программу внедрения межмуниципальной специализированной медицинской помощи целесообразно проводить поэтапно, реализовывать в виде системы государственного заказа, рассчитанной с приведением в соответствие мощностей, ресурсов медицинской службы с реальными потребностями населения территории. В

государственном заказе следует заложить лимиты на все виды ресурсов для оказания установленного объема догоспитальной и госпитальной медицинской помощи населению с перераспределением части государственного заказа консультативно-диагностической и специализированной помощи из областных медицинских учреждений на территорию где будет оказываться эта помощь, что позволит уменьшить социальную остроту вопроса очередности и платности в здравоохранении.

2. Для обеспечения рационального планирования медицинской помощи населению на уровне территорий области, целесообразно использовать предложенную межтерриториальную модель единой, уровневой, технологической системы с организацией движения потоков пациентов. Применение данной модели представляет единый технологический цикл, ранжированный по уровням медицинской помощи, обеспечивающий гарантии гражданам на получение доступного, качественного медицинского обслуживания, эффективное использования финансовых ресурсов.

3. Внедрение межтерриториальной модели специализированной помощи на уровне территорий области ставит вопрос об изменении организационной формы деятельности лечебно-профилактических учреждений. Организация единой взаимосвязанной системы оказания медицинской помощи всех уровней населению территорий, обеспечит формирование прямых экономических взаимоотношений с финансирующей стороной, обеспечит гарантированную адресность поступления финансовых средств в лечебно-профилактические учреждения.

4. Реализация программы реформирования межмуниципальной медицинской службы невозможна без изменений в кадровой политике, повышения социального статуса врача. Изменение способа финансирования госпитальной помощи создает условия для повышения оплаты труда работников стационарных учреждений и ее дифференциации в соответствии с реальными трудовыми затратами и качеством оказания медицинской помощи. Изменение модели оказания консультативно-диагностической, стационарной квалифицированной и специализированной медицинской помощи, правильный расчет коечного фонда по предложенной нами методике должно сопровождаться внутривозрастными изменениями в медицинских

учреждениях, что позволит обеспечить:

- повышение эффективности использования ресурсов медицинских учреждений;
- преодоление структурных диспропорций в организации медицинской помощи;
- возможность финансирования и развития приоритетных направлений за счет высвобождающихся ресурсов;
- доступность качественной квалифицированной и специализированной помощи вне зависимости от социального статуса и места жительства.

5. Систему экспертизы качества оказания догоспитальной и госпитальной помощи следует развивать на принципах: этапности, сочетания очной и ретроспективной оценки, комплексного подхода (плановых и внеплановых проверок), оценки деятельности лечебно-профилактического учреждения по «модели конечных результатов», экономического регулирования, основанного на результатах вневедомственной экспертизы. Обязательным условием эффективности медико-страховой экспертизы качества медицинской помощи является стандартизация медицинских услуг, технологий, учреждений.

6. Внедрение межтерриториальной медицинской помощи необходимо сочетать с одновременным внедрением информационных технологий в деятельность лечебно-профилактических учреждений.

7. Разработанная нами методология по расчету потребности госпитализации, коечного фонда, электронную таблицу контроля эффективности использования ресурсов здравоохранения (коечный фонд, штаты, нагрузка врача на амбулаторном приеме) возможно использовать и в других регионах России..

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Шахбанов О.Р. Планирование потребности в госпитализации и коечном фонде ЛПУ в современных условиях / О.Р. Шахбанов // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2003. - № 2. – Прил. - С. 33-36.

2. Шахбанов О.Р. Тенденции развития демографической ситуации юго-

западных территорий Свердловской области / О.Р. Шахбанов // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2007. - № 3 (17). - С. 20-23.

3. Шахбанов О.Р. Аспекты применения математической теории «Массового обслуживания с ожиданием» в планировании муниципальной и организации межмуниципальной специализированной помощи населению / О.Р. Шахбанов // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2007. - № 3 (17). - С. 24-27.

4. Шахбанов О.Р. Планирование потребности в госпитализации и коечном фонде ЛПУ в современных условиях / О.Р. Шахбанов // ОМС и реформы здравоохранения: сб. тр. – Ижевск, 2003. - С. 132-137.

Шахбанов Олег Расулович

**ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ФОРМИРОВАНИИ
МЕЖМУНИЦИПАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

14.00.33 – «Общественное здоровье и здравоохранение»

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Подписано в печать _____.2007

Формат 60x84x16. Объем 1,5 усл.-печ.л.

Тираж 100 экз. Заказ №

Размножено с готового оригинал-макета в типографии
АНО «Уральский центр академического обслуживания»
620219, г.Екатеринбург, ул.Первомайская, 91