

М.П. Рябов, Л.А. Сергеева, А.Д. Быков, Л.Ф. Чагдунова, Е.А. Кузнецова

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ им. Н.А. СЕМАШКО

*Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал ГУ НЦРВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)*

В работе Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко применяются ресурсосберегающие медицинские технологии, обеспечивающие сокращение сроков лечения, реструктуризацию коечного фонда и улучшение материально-технической базы.

Ключевые слова: организация, экономика в медицине

MANAGERIAL-ECONOMIC ASPECTS OF N.A. SEMASHKO REPUBLICAN CLINICAL HOSPITAL WORK

M.P. Ryabov, L.A. Sergeeva, A.D. Bykov, L.F. Chagdurova, E.A. Kuznetsova

*N.A. Semashko Republican clinical hospital, Ulan-Ude
Buryat branch of SC RRS ESSC SB RAMS, Ulan-Ude*

Resource-saving medical technologies that provide reduction of treatment terms, restructuring of bed resources and developing of material and technical base are used in the work of N.A. Semashko Republican clinical hospital.

Key words: organization, economics in medicine

Одной из главных проблем современного здравоохранения является повышение уровня финансирования лечебно-профилактических учреждений. В этой связи актуальным и своевременным является применение в практическом здравоохранении ресурсосберегающих медицинских технологий, обеспечивающих сокращение сроков лечения, реструктуризацию коечного фонда и улучшение материально-технической базы лечебно-профилактических учреждений (Александров С.А., 1995; Байбаков Ю.В., Бергман А.В., 2001).

Серьезной проблемой развития отечественной медицины является то, что в условиях недостаточного финансирования техническое переоснащение ЛПУ практически сведено до минимума, однако с появлением дополнительного источника финансирования появилась возможность технического переоснащения и внедрения новых технологий.

Основным источником финансирования учреждений здравоохранения является государственный бюджет. Однако финансовые средства не отражают реальные потребности отрасли, а определяются экономическими возможностями Республики. Расходы бюджета на здравоохранение в 2003 г. составили 639,5 млн. руб., в 2005 г. — 1762,8 млн. руб. (закон РБ № 584-111 от 6.01.2004 г.).

Бюджетные ассигнования на здравоохранение составили 51 — 55 % от суммы поступлений в учреждения здравоохранения, внебюджетных — 44 — 49 % от общего финансирования.

Второй источник финансирования здравоохранения — средства системы обязательного медицинского страхования.

Взносы работодателей на ОМС в 2003 г. — 512,1 млн. руб., в 2005 г. — 892,2 млн. руб.

Анализ обеспеченности средствами ОМС по Республике показал, что в целом наблюдается увеличение доходов на 1 жителя. Страховые взносы работодателей на 1 работающего составили: в 2002 г. — 1299,6, в 2003 г. — 1549,8, в 2005 г. — 2883 руб.; базовые взносы органов исполнительной власти на 1 неработающего в 2002 г. — 960,1, в 2003 г. — 1028,1, в 2005 г. — 1446,3 руб.

Хотя в течение трех лет наблюдался рост расходов на здравоохранение, тем не менее, доля расходов в бюджете республики за период 2001 — 2005 гг. изменилась незначительно — с 5,8 до 6,2 % соответственно.

Построенная в 60-х годах (1953 — 1958 гг.) по типовому проекту 40-х годов Республиканская больница (РБ, г. Улан-Удэ) является единственным Государственным учреждением, оказывающим квалифицированную и специализированную медицинскую помощь населению. В процессе эксплуатации число коек увеличилось с 500 до 900, площадь на 1 койку составляла 3,5 — 4,5 м², при нормативе 7,5 — 12,0 м², что, естественно, не соответствует СанПиНу на сегодняшний день. Перспективный план развития РКБ им. Н.А. Семашко на 2002 — 2010 гг. предусматривает строительство новых корпусов и реконструкцию старых, увеличение полезной площади с 28,8 до 69,2 тыс. м², количество площадей доводится до 7 — 12 м² на 1 койку, что будет соответствовать нормативам, согласно СанПиНу. Сметная стоимость реконструкции составляет 1 млрд 620 млн. руб., в т.ч. первая очередь — 888,2 млн. руб.

В 1997 году сдан в эксплуатацию операционно-реанимационный блок на 16 операционных залов и 12 реанимационных коек со сметной стоимостью 165 млн. руб., выделенных из средств республиканского бюджета.

За 10 лет в больнице проведено 24195 плановых операций, в т.ч. по программе высоких технологий — 2612, на сумму 610,2 и 286,5 млн. руб. соответственно.

В 2001 году начато строительство хирургического корпуса № 2 на 90 коек со сметной стоимостью 292 млн. руб., который сдан в эксплуатацию в 2002 г. В результате пуска в эксплуатацию нового хирургического корпуса № 2 улучшилась и материально-техническая база клиники (новейшая аппаратура — КТ, МРТ, ангиографический комплекс, дистанционная ударно-волновая литотрипсия, рентгеновский аппарат, УЗС, эндоскопическая аппаратура и др.).

Так, рентгенхирургические методы диагностики и лечения (за 4 года) составили 3386 исследований на сумму 50,5 млн. руб., операции по программе высоких технологий — 1235 на сумму 29,1 млн. руб. Компьютерная томография и дистанционная ударно-волновая литотрипсия, соответственно, 40447 на сумму 121,3 млн. руб. и 519 на сумму 10,2 млн. руб.

Среднее пребывание больного на койке сократилось до 12 дней. Обеспеченность специализированными хирургическими койками составляет 13,1 (по РФ — 19,3). Получила дальнейшее развитие кардиохирургия — увеличился объем оперативных вмешательств при врожденных и приобретенных пороках сердца, ИБС, на работающем сердце и с применением АИКа, открыто кардиореанимационное отделение на 6 коек (2004 г.). Клиника несет два экстренных дежурства по городу Улан-Удэ.

РКБ им. Н.А. Семашко — это клиническая база медицинского факультета БГУ, факультета последипломного обучения по терапии, хирургии, травматологии и ортопедии, филиала НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН.

В настоящее время РКБ им. Н.А. Семашко является самым крупным лечебным объединением РБ, имеющим стационар на 800 коек, из них коек хирургического профиля — 500, и поликлинику на 600 посещений.

В 2003 году начато строительство хирургического корпуса № 3 на 180 коек сметной стоимостью 393,2 млн. руб. Выполнено строительных работ на 117 млн. руб. Для завершения строительства требуется 331 млн. руб.

Объем стационарной помощи в 2005 г., по сравнению с 2003 г., увеличился на 6,1 %. Необходимо отметить, что такой важный показатель, как оборот койки, возрос на 12 %, по сравнению с 2003 годом.

Качество оказания хирургической помощи отражено на рисунках 1, 2.

Одним из основных направлений реформирования здравоохранения является совершенствование управления здравоохранением на научной основе с использованием информационных технологий и экономических методов управления: экономическое стимулирование производственного и контроль качественного труда (приказ МЗ РФ и Федерального фонда ОМС № 363/77 от 24.10.1996 г.).

Таким образом, качество медицинской помощи гарантируется своевременным выполнением технологии лечебно-диагностического процесса, оптимальным использованием ресурсов и минимальным риском для пациента.

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (РКБ) в числе первых среди учреждений здравоохранения РБ начала работать в условиях обязательного медицинского страхования (ОМС). Это был важный фактор, позволивший улучшить систему финансирования, сделать ее зависящей от количества и качества пролеченных больных и застрахованного населения.

Средства из бюджета поступают в учреждение, согласно утвержденной смете расходов, составляемой по фактическим показателям деятельности предыдущего года (количество койко-

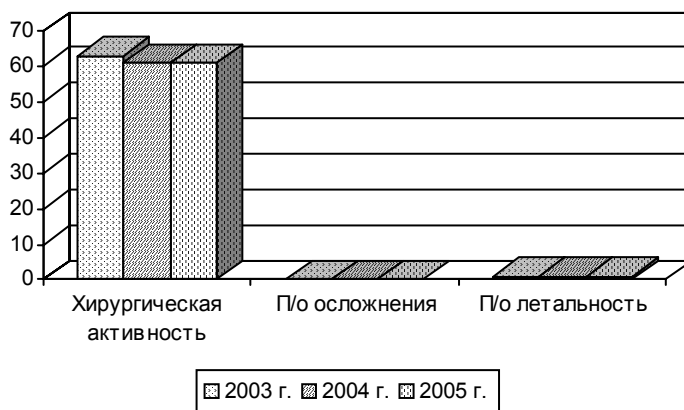


Рис. 1. Показатели качества хирургической помощи.

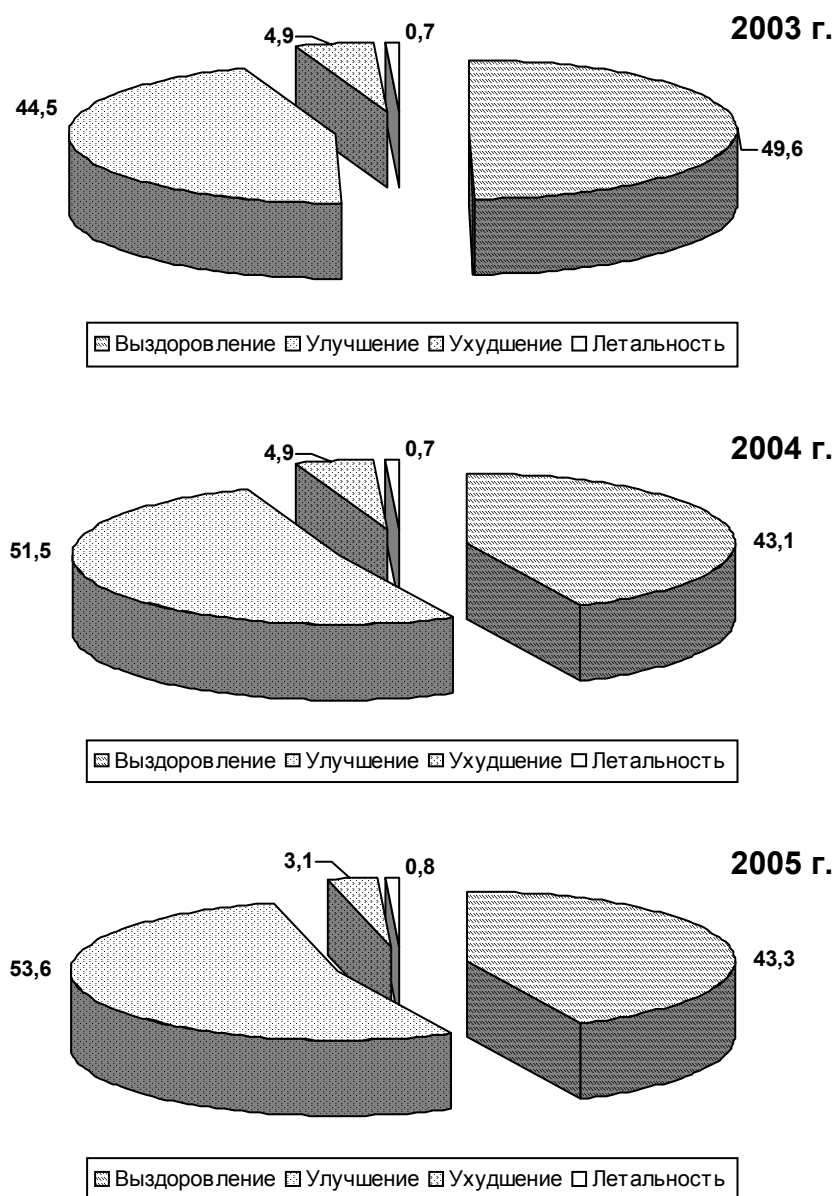


Рис. 2. Показатели качества хирургической помощи.

дней, посещений, тарификационных списков и штатного расписания). Средства ОМС поступают на основании договоров, заключенных со страховыми медицинскими организациями на текущий год, за фактически пролеченных в стационаре больных по тарифам с учетом нозологической формы заболевания или в поликлинике — по количеству застрахованных жителей. Качество лечебно-диагностического процесса и правильность оформления медицинской документации ежемесячно контролируется экспертами СМО, и при нарушениях накладываются штрафные санкции. Таким образом, количество поступивших в учреждение денежных средств ежемесячно напрямую зависит от объема и качества медицинской помощи.

Мы согласны с Н.Б. Месянченко (2001), который предлагает как одно из направлений совер-

шенствования системы финансирования здравоохранения переход на схему планирования сводных консолидированных бюджетов ЛПУ с учетом прогноза бюджетных и страховых поступлений, а также доходов от собственной коммерческой деятельности. Так, считаем эффективным финансирование поликлинической деятельности по душевым нормативам, паракоспитальных служб — по стоимости условного нормо-часа, стационара — по нормативам стоимости койко-дня, дифференцированным по нозологическим профилям, интенсивности лечения, с расчетом планового объема условных койко-дней на 1000 обслуживаемого населения.

Анализируя уровень финансирования РКБ за период 2000 — 2005 гг. следует подчеркнуть, что в целом финансирование больницы в 2005 г. было выше на 11,7 % по сравнению с 2004 г.

В настоящее время сложилась устойчивая практика участия населения в оплате медицинской помощи в той или иной степени. В этой связи личные средства граждан в существующих социально-экономических условиях как источник финансирования здравоохранения, приобретают существенное значение. В процессе исследования (Гайдаров Г.М. и соавт., 2001) были использованы работы ряда авторов (Гончаренко В.Л., 1998; Корчагин В.П., 1998; Линденбратен А.Л. и соавт., 1999; Меркулов С.Н., 1999; Кицул И.С., Баженов А.М., 2001), концепция развития здравоохранения и медицинской науки в РФ, института социологических исследований (ИСИ) и другие данные.

Нарушение функционирования бесплатной государственной системы здравоохранения в стране компенсируется расширением медицинских услуг, оказываемых населению на платной основе.

Таким образом, население принимает активное участие в финансировании здравоохранения.

С переходом больницы на работу в условиях обязательного медицинского страхования стали широко использовать локальные сети персональных электронно-вычислительных машин и программные средства для учета и анализа деятельности ЛПУ.

Компьютерный пакет данных успешно используется в больнице для расчета стоимости услуг:

- взаиморасчеты со страховыми организациями;
- оперативный контроль за деятельностью больницы в целом, конкретного отделения, врача по всем разделам работы;
- автоматизация бухгалтерского учета и кадровой деятельности.

Разработаны и внедрены программные методики: «Медицинская статистика» в объеме больницы, отделения, конкретного врача, в т.ч. контроль за выполнением медицинских стандартов лечения, диагностики, оформления медицинской документации; расчет стоимости платных услуг; аптека с учетом медикаментозных средств по видам финансирования; расчеты по диетпитанию; бухгалтерский учет; экономическая деятельность, взаиморасчеты со страховыми медицинскими организациями); деятельность отдела кадров. Данные программы взаимосвязаны, функционируют и дают возможность получать оперативную ин-

формацию о деятельности объединения для принятия управленческих решений.

Однако в новых социально-экономических условиях данного программного комплекса стало недостаточно, так как непосредственно лечебно-диагностический процесс (оформление документации, срочность и своевременность получения информации по обследованию и лечению больного) автоматизация не затрагивала, и были разработаны специальные типовые формы: медицинская карта стационарного больного (дневники, листы назначений, выписки, эпикризы, описание историй жизни, перенесенных заболеваний, операций и т.п.); заключение результатов исследований в параклинических отделениях. Программные комплексы готовы к практическому применению, постоянно перерабатываются с учетом новых требований к техническому обеспечению локальных сетей.

В больнице внедрены новые технологии, в том числе лечебно-диагностические и организационные, подготовлены публикации и методические пособия.

Таким образом, с переходом здравоохранения на бюджетно-страховую систему финансирования в условиях децентрализации управления возрастает ответственность за разработку перспективных форм развития как отдельных учреждений, так и территории в целом. Формирование современной отвечающей требованиям научно-технического прогресса сети учреждений обеспечивает оптимальную медицинскую, социальную и экономическую эффективность использования ресурсов.

Создание современной системы медицинского обслуживания предполагает реализацию концепций регионализации сети учреждений здравоохранения, дифференцированного обслуживания и ступенчатого распределения средств интеграции служб здравоохранения и социального обеспечения, развития форм медицинского обслуживания, альтернативных стационарному.

При этом требования к качеству стационарной помощи будут, несомненно, возрастать. Следует особо отметить, что современный стандарт обслуживания может быть обеспечен только крупными многопрофильными больницами, располагающими необходимым оснащением и квалифицированными кадрами.