

# ИНДИВИДУАЛЬНОЕ И ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ

УДК 614.2.338.652

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКИХ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ УЛЬЯНОВСКОЙ ОБЛАСТИ (НА ПРИМЕРЕ ГУЗ «РАДИЩЕВСКАЯ ЦЕНТРАЛЬНАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА»)

**Б.Р. Хабибулин, В.И. Горбунов**

*Ульяновский государственный университет*

В работе на основе современных нормативных методик произведена оценка эффективности деятельности стационарной медицинской помощи. Проанализировано ее соответствие экономическим стандартам, предъявляемым Территориальной программой государственных гарантий (ТПГГ) оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

**Ключевые слова:** эффективность стационарной помощи, ТПГГ.

**Введение.** В настоящее время в здравоохранении сельских муниципальных образований накопилось большое количество проблем, оказывающих негативное влияние как на организацию медицинской помощи, так и на доступность ее в целом. Вопросы несостоятельности ряда организационных моментов в российском здравоохранении изучены достаточно детально. Так, В.О. Флек и Д.А. Зинланд определили следующие основные проблемы российского здравоохранения [7]:

- несоответствие существующей структуры учреждений здравоохранения, их материально-технического оснащения реальной потребности населения в объемах и качестве медицинской помощи;
- дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;
- дефицит медицинского персонала и диспропорции в кадровом обеспечении системы здравоохранения;

- недостаточный уровень заработной платы работников здравоохранения;
- несовершенство правового регулирования оказания медицинской помощи.

Несмотря на достаточно большой объем мероприятий, проводимых в рамках реализации ряда постановлений Правительства РФ (национальный проект «Здоровье», мероприятия по модернизации здравоохранения РФ), в развитии здравоохранения страны, на наш взгляд, сохраняется общая отрицательная тенденция, связанная с несовершенством механизма его организации.

Разрушение механизма организации деятельности учреждений здравоохранения, работающего по принципу централизации управленческих функций, привело к созданию изолированных в плане преемственности, функциональности лечебно-профилактических учреждений. Централизация элементов государственного регулирования организации медицинской помощи позволяла планировать, управлять ресурсами на всех эта-

пах функционирования системы здравоохранения. Планирование деятельности медицинских учреждений основывалось на глубоком анализе численности, состава населения, уровня его заболеваемости, особенностей экономического развития региона, транспортной доступности и т.п. В настоящий момент данные статистического анализа основных показателей деятельности здравоохранения, к сожалению, носят информационный характер, без последующего принятия плановых организационных решений. Разрушена созданная в годы СССР вертикаль преемственности медицинской помощи на селе, построенная в виде ряда последовательно организованных ступеней: фельдшерско-акушерский пункт – сельская участковая больница (врачебная амбулатория) – центральная районная больница (ЦРБ). В настоящий момент преемственность между подразделениями носит формальный характер. Главная задача фельдшерско-акушерских пунктов – ведение назначенного специалистами ЦРБ амбулаторного наблюдения и лечения, выполнение профилактических мероприятий – в связи с низким материально-техническим обеспечением по большей части не реализуется. Социологический опрос жителей сел Радищевского района Ульяновской области, организованный администрацией ГУЗ «Радищевская ЦРБ» и проведенный в сентябре 2011 г., показал: 88 % жителей Радищевского района недовольны организацией здравоохранения на селе, 72 % отмечают отсутствие необходимого медицинского оборудования, 76 % – его ветхость, изношенность зданий, 89 % – невозможность исполнения назначенных амбулаторных процедур.

**Цель исследования.** Проведение экспертной оценки качества и эффективности оказания стационарной медицинской помощи, характеристик финансовых затрат, связанных с функционированием стационарного, амбулаторно-поликлинического отделений, на примере ГУЗ «Радищевская центральная районная больница».

**Материалы и методы.** Анализ деятельности как учреждения в целом, так и отдельно взятого стационарного отделения чаще всего проводится на основе использования

количественных показателей, что не отражает реальной картины как по качеству оказания медицинской помощи, так и по ее экономической эффективности.

Впервые исследование эффективности деятельности учреждения проводится в соответствии с требованиями федеральной нормативной базы, в т.ч. с учетом современных экономических требований обоснованности оказанной медицинской помощи, с оценкой непосредственно затраченных финансовых средств.

Актуальностью исследования является оценка статистической информации учреждения, оценка экономической эффективности в соответствии с основными требованиями, определяемыми постановлением Правительства РФ от 04.10.2010 г. № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 г.».

Материалами исследования являлись данные статистической отчетности терапевтического, хирургического отделений ГУЗ «Радищевская центральная районная больница» за период 1985–2011 гг., статистические данные отчетной формы № 62 «Сведения о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» ГУЗ «Радищевская ЦРБ» за период 2010–2011 гг.

Методологическую основу исследования составили «Методика оценки эффективности деятельности поликлиники и стационара больницы», разработанная Департаментом медицинского обеспечения ОАО «РЖД», кафедрой железнодорожной медицины РАПС (2005 г.), и «Методические рекомендации по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений», утвержденные Письмом МЗ СССР от 08.04.1974 г. № 02-14/19.

В соответствии с «Методикой оценки эффективности деятельности поликлиники и стационара больницы» использованы следующие статистические показатели и формулы расчета:

- а) уровень госпитализации;

б) средняя длительность пребывания одного больного в стационаре;

в) число койко-дней круглосуточного пребывания;

г) оборот койки стационара;

д) занятость койки;

е) средняя нормативная занятость койки:

$$U_n = N_i (365 - O_i \times P_i) : N,$$

где  $N_i$  – нормативное количество дней простоя койки для санитарной обработки;  $O_i$  – оборот коек  $i$  профиля;  $P_i$  – количество профильных коек в стационаре;  $N$  – общее количество коек в стационаре;

ж) нормативный показатель длительности лечения:

$$B_n = N_i \times V_i N,$$

где  $N_i$  – количество коек профиля;  $V_i$  – норматив длительности лечения на койке профиля;  $N$  – количество коек в стационаре;

з) коэффициент рационального использования койки:

$$K_r = O_f : O_n,$$

где  $O_f$  – фактический оборот койки, определяемый как отношение фактической занятости койки к фактическим срокам лечения;  $O_n$  – нормативный оборот койки, определяемый как отношение нормативной занятости койки к нормативному сроку лечения.

Итогом расчета является показатель рационального использования коечного фонда, а также коэффициент экономической эффективности, являющийся интегральным показателем, отражающим степень как рационального, так и целевого использования коечного фонда.

**Результаты и обсуждение.** Показатель рационального использования, равный единице, характеризует оптимальное соотношение между имеющимся коечным фондом и фактической работой койки. Как видно из расчетных данных (табл. 1), в период до 1990 г. объем коечных мощностей превышал фактические потребности в них. Однако недостаточный объем финансового наполнения оказания стационарной помощи, общее уменьшение коечных мощностей привели к изменению показателя рационального использования коечного фонда в сторону увеличения.

Деятельность стационара в период 2009–2011 гг. с точки зрения экономической эффективности характеризовалась высоким уровнем финансовых потерь (табл. 2) вследствие превышения фактической работы койки по отношению к финансово-экономическим стандартам ТППГ. В связи с недостаточностью развития стационарзамещающих технологий оказания медицинской помощи, сложной социально-экономической обстановкой в селах коечные мощности используются как вариант социальной помощи, когда, со слов пожилых пациентов, госпитализация рассматривается как возможность снизить затраты на питание и коммунальные услуги. В связи с чем претерпевают изменения показатели целевого использования стационара (табл. 3). Создаются дополнительные отягчающие факторы для стационарной помощи населению.

Таблица 1

Показатель рационального использования коечного фонда

Исследуемые годы	1985	1987	1989	2009	2010	2011
Коэффициент рационального использования	0,692	0,751	0,764	1,198	1,2015	1,183

Таблица 2

Экономическая эффективность деятельности стационара (%)

Исследуемые годы	2009	2010	2011
Экономическая эффективность	–14,95	–6,93	–08,56

Таблица 3

**Данные промежуточных расчетов,  
характеризующие целевое использование коечного фонда**

Исследуемые годы	2009	2010	2011
Коэффициент целевого использования	0,71	0,89	0,92

Аналогичные выводы о низкой эффективности деятельности стационарных отделений сделаны в исследовании [3], где автором вынесена «высокая» оценка медицинской эффективности стационарной помощи только одному из четырнадцати отделений медицинского учреждения, пяти вынесена оценка «низкая», отмечено превышение расходов над доходами.

Преследуя цель более детального анализа финансово-экономической составляющей деятельности стационара, амбулаторно-поликлинических подразделений лечебного учреждения, произведена оценка финансовой эффективности с учетом прямых расходов, а также запланированных и освоенных финансовых средств по итогам 2010–2011 гг.

Общие затраты средств обязательного медицинского страхования (ОМС) на оказание медицинской помощи в объеме исполнения ТПГГ в 2010 г. составили 27 336 594,24 руб., в 2011 г. – 26 986 933,45 руб. Таким образом, расходы снизились на 349 660,79 руб., или на 1,28 %. При этом затраты, связанные с финансовым обеспечением стационарной, стационарзамещающей помощи (суммирование расходов связано с общим коечным фондом, располагающимся на общей площади; оказание стационарзамещающей помощи осуществляется силами и средствами стационарных отделений), выросли с 18 769 592,20 руб. в 2010 г. до 19 557 402,68 руб. в 2011 г. Увеличение расходов на оказание стационарной помощи составило 787 810,48 руб., или 4,19 %. Одновременно отмечено снижение показателя рациональности используемого коечного фонда с 1,2015 в 2010 г. до 1,183 в 2011 г. Таким образом, налицо прямой экономический ущерб вследствие несбалансированности организации деятельности стационарных отделений.

Между тем в работах, посвященных экономическому анализу деятельности лечебных

учреждений [4], рекомендовано максимально возможное соответствие реально произведенных затрат нормативным, что, на наш взгляд, возможно лишь при условии полного финансового наполнения страхового случая ТПГГ. Существующий в течение ряда лет дефицит финансирования ТПГГ усугубляет ситуацию. Низкий уровень контроля за эффективностью деятельности стационарных и амбулаторно-поликлинических отделений, выражающийся в необоснованном превышении объемов оказанной помощи, приводит к существенным отличиям фактических затрат на оказанную в рамках ТПГГ медицинскую помощь от нормативов, рекомендуемых Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Ульяновской области. В 2011 г. данные отличия выражались в следующем:

- превышение затрат на оказание стационарной медицинской помощи составило 1 374 169,10 руб.;
- недофинансирование амбулаторно-поликлинической медицинской помощи – 3 597 053,29 руб.;
- недофинансирование затрат, связанных с приобретением медикаментов, перевязочных средств для деятельности стационарных отделений, – 3 457 851,04 руб.;
- превышение затрат, связанных с оплатой труда персонала стационарных отделений, – 3 564 350,84 руб.

Увеличение расходов на оказание стационарной, стационарзамещающей помощи связано в первую очередь с ростом расходов на заработную плату: в 2010 г. – 12 802 355,14 руб., в 2011 г. – 15 790 340,41 руб. Таким образом, увеличение расходов составило 2 987 985,27 руб., или 23,33 %. При этом имеющийся дефицит финансирования вызвал вынужденное снижение затрат на приобретение медикаментов, перевязочных средств для

стационарных отделений с 3 084 810,56 руб. в 2010 г. до 1 710 239,32 руб. в 2011 г. (т.е. на 1 374 571,24 руб., или 44,56 %). Затраты, связанные с деятельностью амбулаторно-поликлинического отделения, имеют несколько иные структуру и направленность. Налицо как снижение общего уровня финансирования данного подразделения: в 2010 г. – 8 567 001,19 руб., в 2011 г. – 7 429 530,77 руб. (т.е. на 1 137 470,42 руб., или 13,28 %), так и снижение затрат на заработную плату: в 2010 г. – 7 771 782,53 руб., в 2011 г. – 6 905 807,48 руб. (т.е. на 865 975,05 руб., или 11,14 %).

Финансовая диспропорция, или скорее несостоятельность, лечебного учреждения требует переосмысления самого принципа финансирования здравоохранения. Наше мнение по данному вопросу не единично, ряд авторов [1, 8] заявляют о необходимости пересмотра модели финансовой составляющей медицинской помощи. Существующая проблема недофинансирования здравоохранения влечет за собой неэффективную структуру затрат на оплату медицинской помощи. Так, расходы на оплату труда работников здравоохранения в структуре затрат медицинских организаций составили в 2010 г. уже более 63 %, а в системе ОМС приближаются к 80 % [1]. Одновременно с этим значительно сокращается доля расходов на медикаменты и перевязочные средства, расходные материалы, капитальные вложения в основные фонды медицинского учреждения. Возможное решение руководителя о необходимости сокращения расходов на оплату труда будет являться в корне ошибочным: напротив, заработную плату работников здравоохранения нужно существенно увеличить, хотя бы до среднего уровня по экономике.

Именно полноценный тариф, учитывающий весь спектр расходов лечебного учреждения, может устранить большую часть проблемных вопросов. Но первым, на наш взгляд, и основным условием эффективной деятельности учреждения является интеллектуальная, профессиональная адекватность руководителя, не номинально, а фактически владеющего основами экономического мониторинга, заинтересованного в оптимизации

качества лечебного процесса. Вторым по актуальности, на наш взгляд, является вопрос софинансирования населением медицинской услуги, которое позволит в т.ч. частично исключить случаи необоснованной госпитализации, повысить уровень ответственности населения за собственное здоровье, снизить уровень «паразитического» отношения к государству. Как вариант, возможно введение в структуру платных услуг мероприятий, не связанных непосредственно с оказанием медицинской помощи, но входящих в структуру расходов лечебного учреждения:

- оплата труда дворников, сторожей, лифтеров, поваров, сантехников;
- расходы учреждения, связанные с деятельностью прачечной;
- расходы на питание, за исключением лечебного питания как составляющей лечебного процесса.

#### **Выводы:**

1. Дисбаланс между потребностью медицинского учреждения в коечных мощностях и наличием оплачиваемых Территориальной программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи коечных мест приводит к снижению рациональности его использования и, как следствие, созданию искусственного дефицита коечных мощностей.
2. Наличие проблем, связанных с оказанием медицинской помощи на селе, приводит к ее смещению в сторону ЦРБ и, как следствие, снижению целесообразности ряда госпитализаций. По сути, ЦРБ выполняет функции разрушенных ранее этапов (сельской врачебной амбулатории).
3. Напряженная социально-экономическая ситуация в селах способствует смене статуса стационарной медицинской помощи на социальную.
4. Отсутствие организационно-методического контроля за эффективностью деятельности стационарных отделений приводит к необоснованно высоким затратам, не компенсирующимся страховыми компаниями.
5. Вышеуказанные организационные недостатки приводят к прямым и косвенным экономическим потерям, негативно влияю-

щим на деятельность медицинского учреждения, создавая порочный круг: низкая эффективность деятельности учреждения – экономические потери – ухудшение финансового баланса – повышение уровня кредиторской задолженности – низкая эффективность деятельности учреждения.

1. *Горегляд В. П.* Основные проблемы обеспечения доступности и качества медицинской помощи гражданам Российской Федерации и способы их решения // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2011. № 20 (432). С. 7–12.

2. *Жукова М. В.* Оценка эффективности экономической деятельности лечебных учреждений в новых экономических условиях : руководителю ЛПУ // Экономика. 2011. Т. 2.

3. *Карлов А. А., Ползик Е. В., Брыксина Н. В.* Методические подходы к оценке качества работы отделений стационара // Инновационные технологии в организации, экономике и управлении здра-

воохранением в Уральском регионе : сб. науч. тр. Екатеринбург, 2008. С. 128–136.

4. Письмо МЗ СССР от 08.04.1974 г. № 02-14/19 «Методические рекомендации по повышению эффективности и анализу использования коечного фонда стационаров лечебно-профилактических учреждений».

5. Постановление Правительства РФ от 04.10.2010 г. № 782 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 г.».

6. Статистический отчет медицинского учреждения Ф 14-Ф (ОМС), утв. Приказом Росстата от 12.11.2009 г. № 249 (МУЗ «Радищевская центральная районная больница» 2010–2011 гг.).

7. *Флек В. О., Зинланд Д. А.* Модернизация российского здравоохранения – основа обеспечения доступности и качества медицинской помощи населению. СПб. : Изд-во Политехн. ун-та, 2011. 439 с.

8. *Чубарова Т. В.* Финансирование здравоохранения в России: проблемы и решения // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. 2011. № 20 (432). С. 44–54.

## ASSESSMENT OF ORGANIZATION PATIENT MEDICAL CARE IN RURAL MUNICIPALITIES ULYANOVSK REGION (FOR EXAMPLE GUZ “RADISHCHEVSKAYA CENTRAL DISTRICT HOSPITAL”)

**B.R. Khabibulin, V.I. Gorbunov**

*Ulyanovsk State University*

The evaluated the effectiveness of patient care, based on current regulatory practices. The correspondence of economic standards has territorial program of state guarantees (TPGG) providing free medical care to the citizens.

**Keywords:** efficiency of patient care, TPGG.