

Преобразования ресурсной базы специализированных дерматовенерологических учреждений в период модернизации системы здравоохранения Российской Федерации

М.М. Бутарева, Л.Е. Мелехина, М.А. Каспирович

Transformation of the resource basis of specialized dermatovenerologic establishments during the upgrading of the healthcare system in Russian Federation

M.M. BUTAREVA, L.E. MELEKHINA, M.A. KASPIROVICH

об авторах:

М.М. Бутарева — к.м.н., зав. дневным стационаром ФГБУ «ГНЦДК»

Минздравсоцразвития России

Л.Е. Мелехина — ст.н.с. научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК»

Минздравсоцразвития России

М.А. Каспирович — м.н.с. научно-организационного отдела ФГБУ «ГНЦДК»

Минздравсоцразвития России

Представлен анализ реструктуризации ресурсной базы специализированных медицинских организаций дерматовенерологического профиля и обеспеченности населения данным видом медицинской помощи.

Ключевые слова: **дневной стационар, круглосуточный стационар, стационарозамещающие технологии, койко-место, место, койка круглосуточного стационара, здравоохранение, кожно-венерологический диспансер, амбулаторно-поликлиническое учреждение, лечебно-профилактическое учреждение, полномочия в сфере здравоохранения, модернизация здравоохранения.**

Representation of the analysis of the restructuring of the resource base for specialized medical organizations with dermatovenerologic profile and procurement of the population with such kind of medical assistance.

Key words: **day hospital, round the clock hospital, hospital replacement technologies, bed, place, round the clock hospital bed, healthcare, dermatovenerologic dispensary, dispensary health unit, prevention and treatment facility, authorities in the field of healthcare, healthcare upgrading.**

■ **Амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь** в структуре национального здравоохранения в настоящее время занимает лидирующие позиции, ввиду того что более 70% населения, обращающегося за медицинской помощью, получают услуги в условиях амбулаторно-поликлинических учреждений. Несмотря на это в 2010 г. из бюджета Российской Федерации было выделено более 60% средств (от общего объема финансирования здравоохранения) на долю наиболее ресурсоемкой стационарной медицинской помощи [1].

Превосходящее в два раза значение интегрально-го показателя объемов госпитализации (число койко-дней в расчете на человека) в Российской Федера-

ции по сравнению с аналогичным средним показателем по Европейскому союзу указывает на высокую «затратность» бюджета отечественного здравоохранения на данный вид помощи. Вместе с тем в Российской Федерации отмечается избыточный уровень госпитализации, при которой каждый третий случай с медико-экономической точки зрения является необоснованным [2, 3].

Во многих зарубежных странах, таких как Канада, Италия, Великобритания, лечебная сеть функционирует в условиях жестких финансовых ограничений. Развитие сети отделений краткосрочного пребывания и стационаров на дому сократило часть расходов

на стационарное обслуживание [4]. В странах Европейского союза разработан и действует «Протокол оценки обоснованности использования стационарной помощи», в котором отражены основные критерии, оценивающие необходимость использования стационарных или поликлинических ресурсов при выборе терапии индивидуально для каждого пациента, что позволяет более рационально использовать финансовые ресурсы [5].

Происходящее реформирование национального здравоохранения существенно не повлияло на переориентацию деятельности медицинских организаций. Одним из основных направлений в совершенствовании оказания медицинской помощи по-прежнему остается развитие первичной медико-санитарной помощи на базе муниципального здравоохранения и перераспределение части объектов медицинской помощи из стационарного звена в амбулаторный сектор — перемещение с госпитального звена контингента больных, медицинская помощь которым может быть оказана на амбулаторном уровне [6].

Согласно данным официальной государственной статистики, последние годы характеризуются высоким показателем заболеваемости хроническими дерматозами среди трудоспособного населения, а также увеличением частоты встречаемости тяжелых форм дерматозов, резистентных к различным видам терапии. Хроническое рецидивирующее течение заболеваний требует поиска новых, экономически более целесообразных форм организации лечебного процесса, тем самым обеспечивается внедрение принципов экономически обоснованного менеджмента в процесс оказания медицинской помощи.

Проведенный нами анализ данных форм официальной государственной статистики ресурсов здравоохранения показал, что в ресурсном обеспечении

специализированной службы по профилю «Дерматовенерология» за период 2000—2010 гг. произошли следующие значимые структурные преобразования. Сокращение числа кожно-венерологических диспансеров в целом по Российской Федерации более чем на 30% (2000 г. — 341; 2010 г. — 219) привело, соответственно, к снижению обеспеченности населения диспансерами данного типа с 0,23 до 0,16 на 10 000 населения (рис. 1).

Значительное сокращение числа медицинских учреждений было отчасти обусловлено вступлением в силу Федерального закона 122-ФЗ от 22.08.2004 г. «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»», в соответствии с которым оказание специализированной медицинской помощи стало обязательством субъектов Российской Федерации и было возложено на территориальные органы его исполнительной власти [8].

Однако, несмотря на реорганизацию специализированной дерматовенерологической службы, обеспеченность населения кадровым потенциалом медицинских работников не изменилась и осталась на уровне 0,7 на 10 000 населения [9]. Число физических лиц врачей дерматовенерологов на занятых должностях в конце 2000 г. составило 9973, а в конце 2010 г. — 10142 (рис. 2).

Реструктуризацию коечного фонда медицинских организаций наглядно можно продемонстрировать на



Рис. 1. Динамика ресурсов дерматовенерологической службы Российской Федерации — число КВД (2000—2010 гг.)

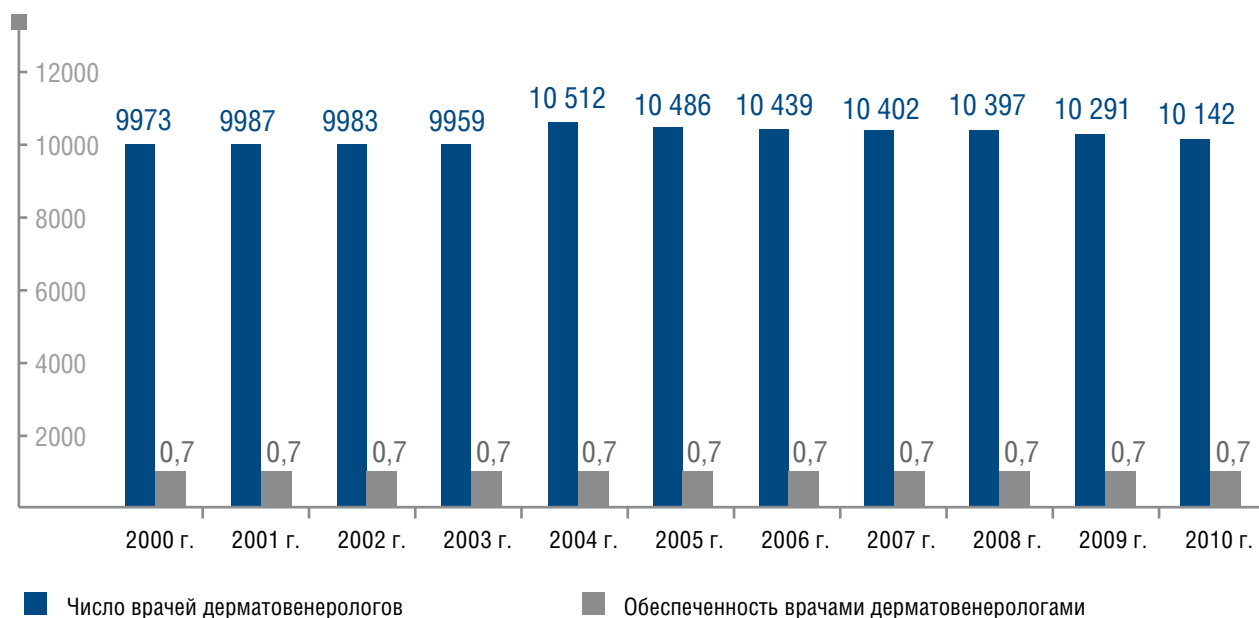


Рис. 2. Структурные изменения кадровых ресурсов дерматовенерологической службы Российской Федерации (2005—2010 гг.)

изменениях, произошедших в учреждениях дерматовенерологического профиля.

За последние восемь лет коечный фонд дерматовенерологических учреждений снизился более чем на 40% (с 23 594 в 2002 г. до 15 713 в 2010 г.) и, соответственно, обеспеченность населения круглосуточными дерматовенерологическими койками в расчете на 10 000 населения также снизилась с 1,96 в 2000 г. до 1,1 в 2010 г. (рис. 3).

Это обстоятельство было обусловлено реорганизацией части круглосуточных дерматовенерологических коек в койко-места дневных стационаров [9, 10].

Оценить мощность коечного фонда дневных стационаров возможно лишь начиная с 2002 г., поскольку информация стала собираться только с этого года. В 2002 г. для больных дерматовенерологического профиля было развернуто всего 2899 койко-мест в дневных стационарах при больничных учреждениях, в том



Рис. 3. Динамика ресурсов дерматовенерологической службы РФ — коечный фонд КВД, обеспеченность населения койками (2000—2010 гг.)

числе 2800 койко-мест для взрослых, 99 — для детей. Количество койко-мест дневных стационаров дерматовенерологического профиля при больничных учреждениях составило 3,6% от общего коечного фонда дневных стационаров, организованных при больничных учреждениях в целом по Российской Федерации.

За период с 2002 по 2008 г. коечный фонд дневных стационаров при больничных учреждениях для взрослых практически не изменился и составил в 2010 г. 2833 среднегодовых койко-места против 2800 в 2002 г.

При этом следует отметить, что коечный фонд дневных стационаров при больничных учреждениях для детей увеличился по сравнению с 2002 г. в 2,5 раза и составил 253 среднегодовых койко-места в 2010 г. против 99 среднегодовых койко-мест в 2002 г. (рис. 4).

Несмотря на то что коечный фонд дневных стационаров при больничных учреждениях для взрослых не изменился, а для детей увеличился в 2,5 раза, интенсивность использования койко-мест увеличилась в дневных стационарах как для взрослого населения, так и для детей. Число пролечившихся больных к 2010 г. увеличилось на 20% и в том, и в другом случае; в 2002 г. в дневных стационарах при больничных учреждениях лечение получил 47 941 взрослый больной, а в 2010 г. — 57 814; в дневных стационарах для детей — в 2002 г. — 1430, в 2010 г. — 4796 детей (рис. 5).

Важно отметить, что из числа больных, получивших лечение в дневных стационарах при больничных учреждениях, среди взрослых и детей нуждались в продолжении дальнейшего лечения в условиях круглосуточного стационара только 1 и 2% соответственно.

Несколько иная ситуация прослеживается с коечным фондом дневных стационаров дерматовенерологического профиля, развернутых при амбулаторно-поликлинических учреждениях (при АПУ). Наблюдается интенсивное наращивание коечного фонда дневных стационаров при АПУ для взрослых. Так, если в 2002 г. общее число среднегодовых мест составляло 755, то к концу 2008 г. число мест увеличилось до 1945, соответственно увеличивается и число больных, получивших в них лечение; в 2002 г. было пролечено — 17 227, а в 2010 г. — 45 998 (рис. 6).

К 2008 г. число мест в дневных стационарах при АПУ для детей снизилось почти на 20% (81 место в 2002 г. против 66 в 2008 г.), однако число пролеченных больных за этот период увеличилось почти в 2,5 раза (с 487 в 2002 г. до 1324 в 2008 г.) (рис. 7).

Если количество среднегодовых мест дневных стационаров при АПУ для взрослых на протяжении изучаемого периода ежегодно увеличивалось — в среднем на 300 мест, то число мест в дневных стационарах при АПУ для детей колебалось, то снижаясь, то увеличиваясь (рис. 8).

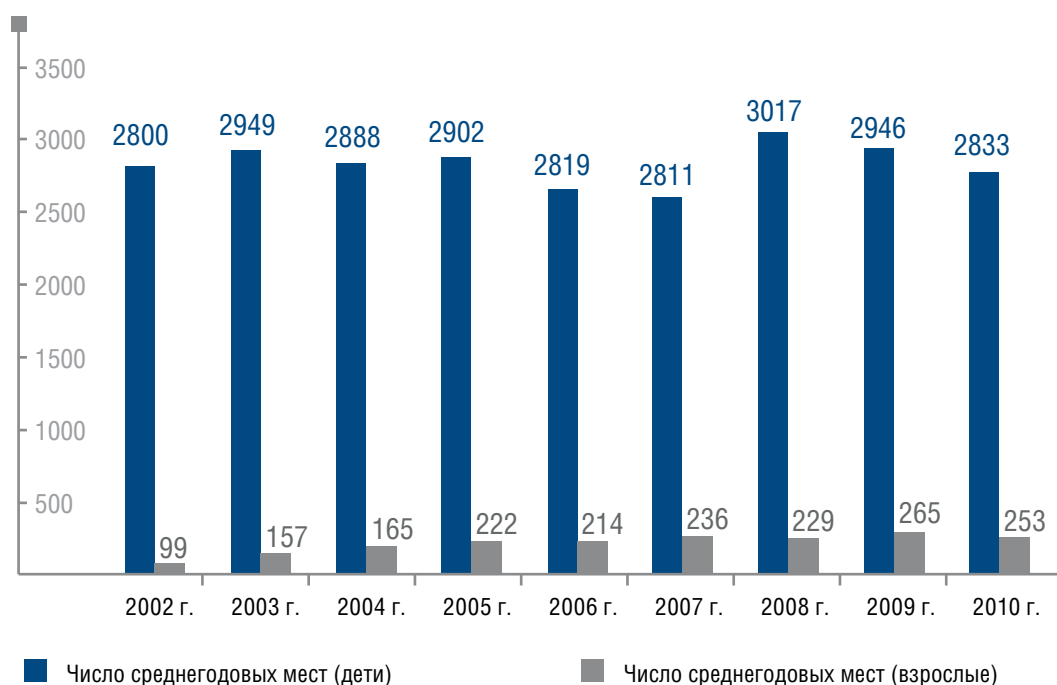


Рис. 4. Динамика ресурсов дерматовенерологической службы РФ — коечный фонд дневных стационаров при больничных учреждениях (2002—2010 гг.)

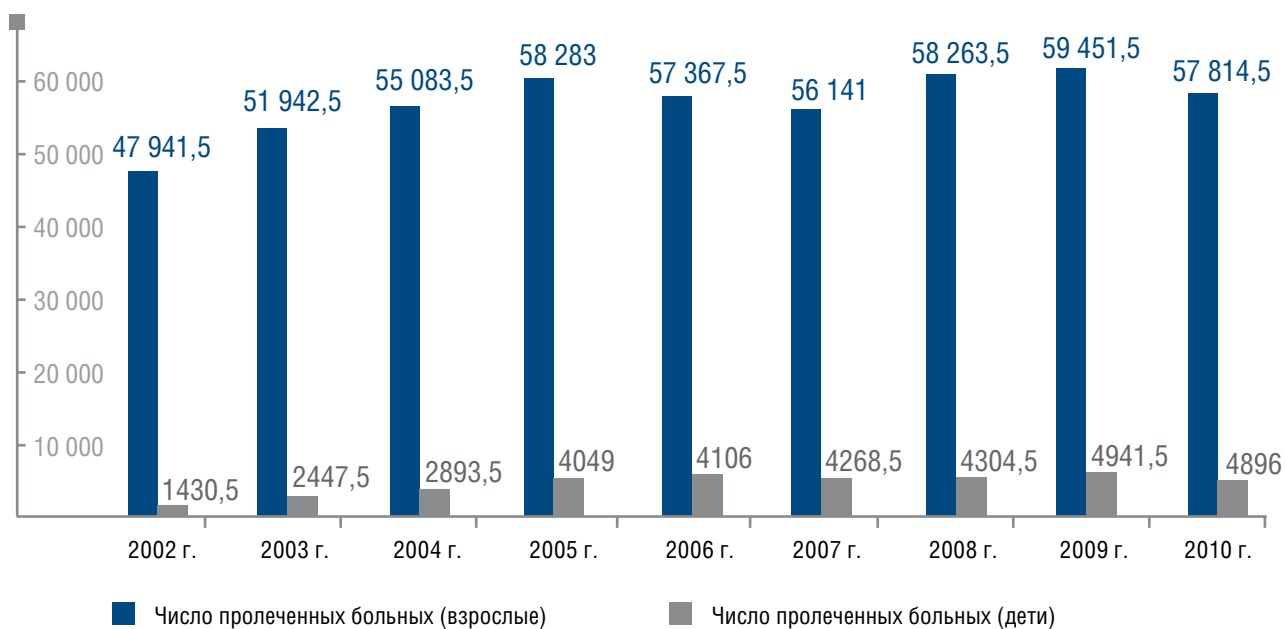


Рис. 5. Число больных, пролеченных в дневных стационарах при больничных учреждениях дерматовенерологического профиля в РФ (2002—2010 гг.)

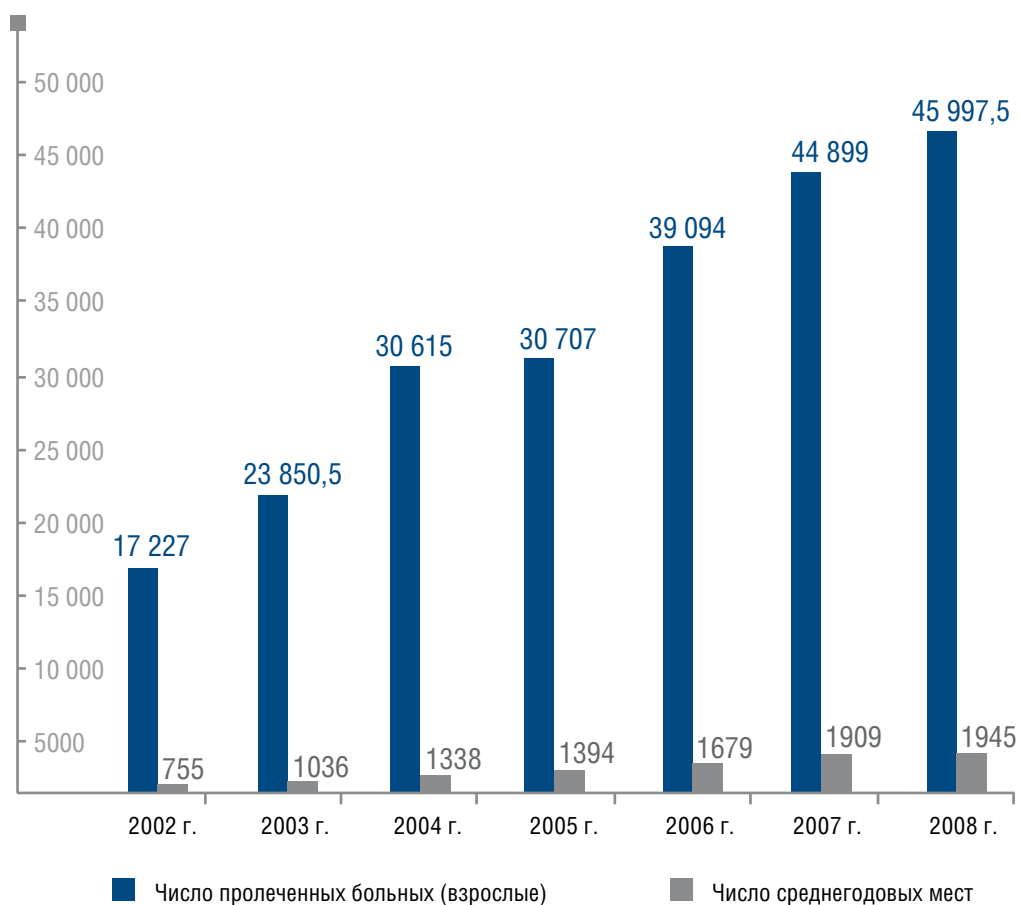


Рис. 6. Динамика ресурсов дерматовенерологической службы РФ — коечный фонд дневных стационаров при АПУ для взрослых, число пролеченных в них больных (2002—2008 гг.)

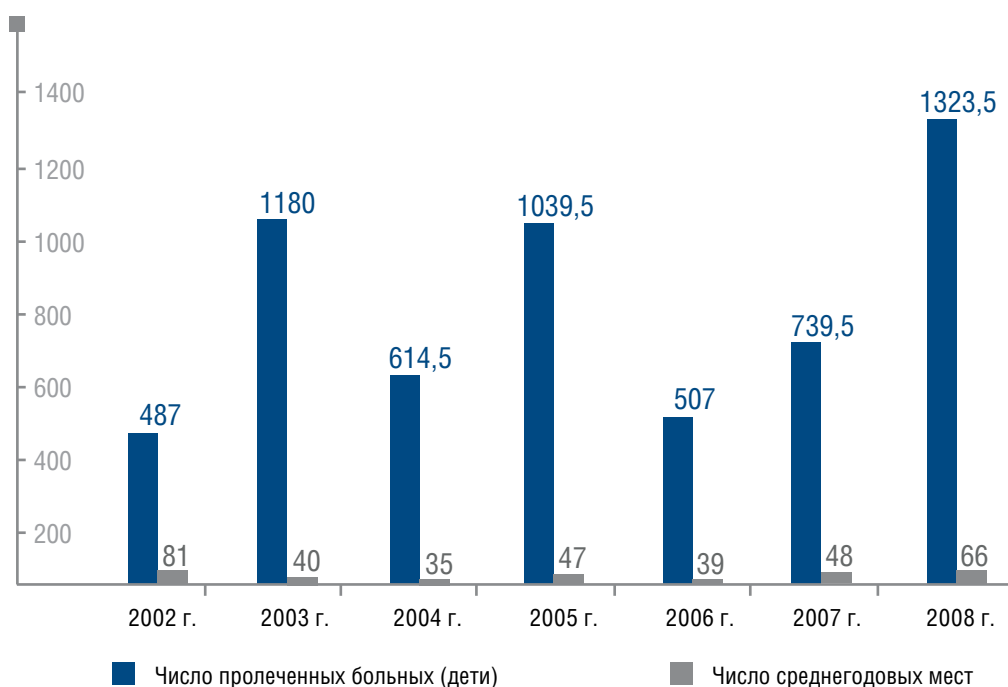


Рис. 7. Динамика ресурсов дерматовенерологической службы РФ — коечный фонд дневных стационаров при АПУ для детей, число пролеченных в них больных (2002—2008 гг.)

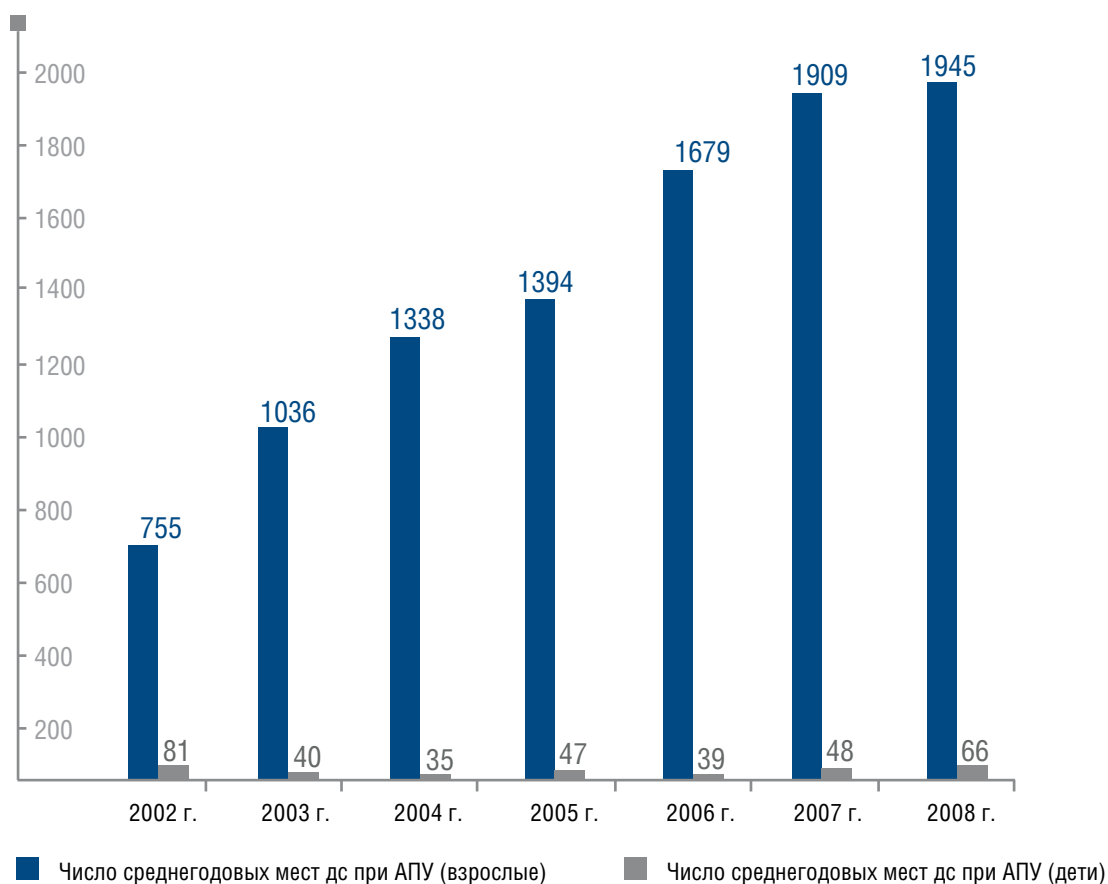


Рис. 8. Динамика числа среднегодовых мест в дневных стационарах при АПУ для взрослых и детей (2002—2008 гг.)

Анализ данных официальной статистической отчетности Российской Федерации за период 2002—2010 гг. показал более эффективную работу круглосуточной койки дерматовенерологического профиля и койко-места дневного стационара при больничном учреждении.

Среднее число дней работы круглосуточной дерматовенерологической койки в 2010 г. составило 310 дней против 300 дней в 2002 г. Несколько увеличилось среднее число дней работы койко-места дневного стационара при больничном учреждении, достигнув 296 дней в 2010 г., против 290 — в 2002 г. Вместе с тем

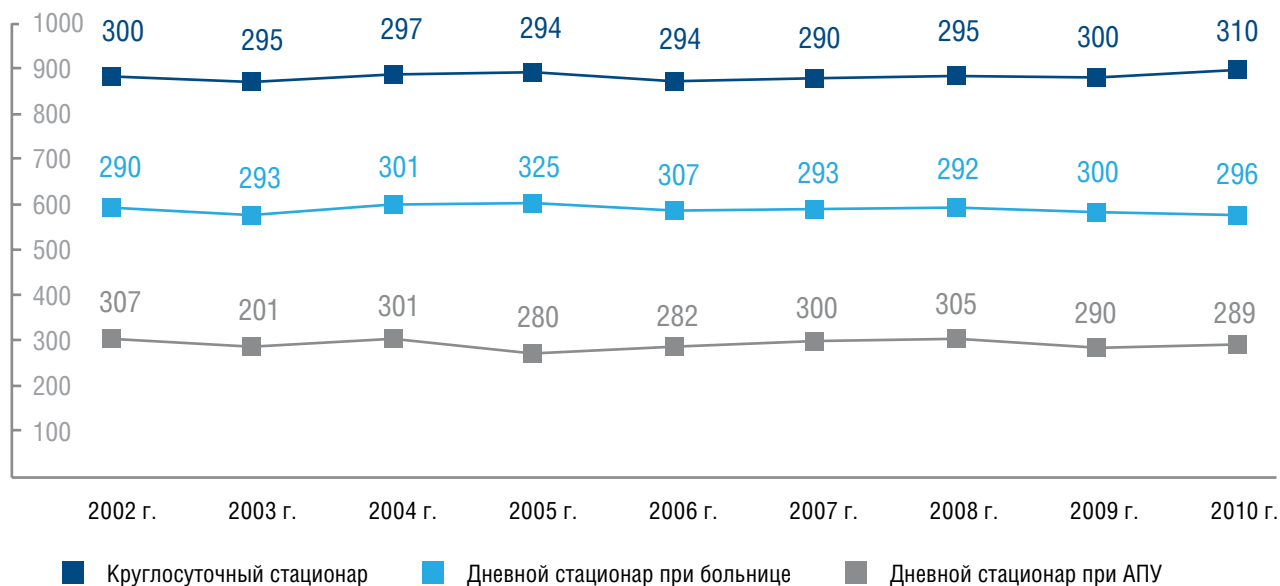


Рис. 9. Число дней работы койки (койко-места) в стационарах дерматовенерологического профиля (2002—2010 гг.)

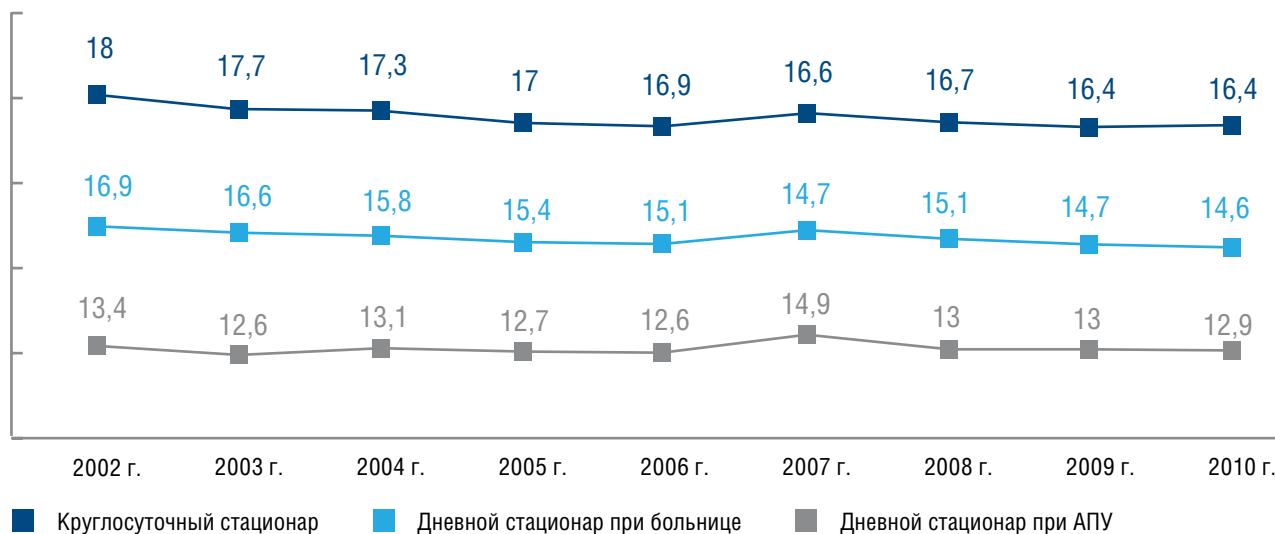


Рис. 10. Число дней пребывания больного в стационарах дерматовенерологического профиля (2002—2010 гг.)

среднее число работы места дневного стационара при АПУ снизилось с 307 дней в 2002 г. до 289 дней в 2010 г. (рис. 9).

Средняя длительность пребывания больного как на койке в круглосуточном стационаре дерматовенерологического профиля, так и на койко-месте (месте) в дневных стационарах при больничном учреждении и при АПУ за изучаемый период снизилась. В круглосуточном стационаре длительность пребывания больного на койке снизилась на 3% — с 18,0 дней в 2001 г. до 16,4 дня лечения в 2010 г. Если в 2002 г. аналогичный показатель в дневном стационаре при больничном учреждении составлял 16,9 дня, то к 2010 г. — 14,6 дня лечения (на 2,5%). В дневном стационаре при АПУ изучаемый показатель снизился до 12,9 дня лечения в 2010 г. по сравнению с 13,4 дня в 2002 г. (на 1,7%) (рис. 10).

Таким образом, реструктуризация ресурсного обеспечения медицинских организаций данного профиля, а именно, сокращение количества кожно-венерологических диспансеров в целом по Российской Федерации и перераспределение коечного фонда между круглосуточными и дневными стационарами, не отразилась на обеспеченности населения врачами дерматовенерологами и объемах оказания медицинской помощи данного вида.

Интенсификация и рациональное использование коечного фонда привели к уменьшению объемов стационарной помощи при одновременном увеличении объемов стационарозамещающих ресурсоемких технологий, что соответствует одному из основных условий успешной реализации стратегии совершенствования системы современного здравоохранения [5]. ■

Литература

1. Денисов И.Н. Актуальные аспекты формирования первичной медико-санитарной помощи. Главврач. 2010; 7: 29—31.
2. Анопченко Т.Ю., Максимов Д.А. Организация стационарной медицинской помощи населению крупного города в современных условиях. Экономические аспекты стратегии модернизации России. Сборник научных трудов / Под ред. проф. В.А. Алешина, проф. М.А. Чернышева, проф. Т.Ю. Анопченко. Ростов н/Д.: Изд-во «Ака-демЛит», 2011; 208.
3. Шабунова А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика. Монография. Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010: 408.
4. Мартынич С.А., Тимчинский Д.Л. Совершенствование механизмов оплаты стационарной помощи в системе добровольного медицинского страхования. Здравоохранение 2008; (5): 67—74.
5. Комаров Ю.М. Медицинское страхование: опыт зарубежного здравоохранения. Вестн. гос. соц. страх. 2009; (1): 65—75.
6. Доклад о результатах экспертной работы по актуальным проблемам социально-экономической стратегии России на период до 2020 г. Стратегия-2020: Новая модель роста — новая социальная политика.
7. Бутарева М.М., Знаменская Л.Ф., Мартынов А.А. Лечение больных псориазом в случае резистентности к инфликсимабу. Вестн. дермат. и венер. — 2011. [6]: 69—72.
8. Федеральный закон 122-ФЗ от 22.08.2004 г. «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием Федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации».
9. Сборник «Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения» Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Департамент организации медицинской профилактики, медицинской помощи и развития здравоохранения. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения за 2000—2010 гг. Москва.
10. Сводная отчетная форма № 14-ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров лечебно-профилактического учреждения» по Российской Федерации за 2002—2010 гг.