

**В.Я. Горбунков,**

д.м.н., профессор, заведующий кафедрой поликлинической хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь, postmaster@stgma.ru

К.А. Муравьев,

к.м.н., главный врач городской больницы № 3, г. Ставрополь

В.З. Карданов,

к.м.н., доцент кафедры поликлинической хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь

О.В. Назаренко,

ассистент кафедры поликлинической хирургии Ставропольской государственной медицинской академии, г. Ставрополь

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ В ЦЕНТРЕ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ (ЦАХ) ПРИ КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ Г. СТАВРОПОЛЯ

УДК614.2

Горбунков В.Я., Муравьев К.А., Карданов В.З., Назаренко О.В. Экономические аспекты оказания хирургической помощи на поликлиническом этапе в Центре амбулаторной хирургии (ЦАХ) при консультативно-диагностической поликлинике г. Ставрополя (Ставропольская государственная медицинская академия; Городская больница № 3, г. Ставрополь)

Аннотация: В настоящее время кризис экономики и социальной сферы требует от организаторов здравоохранения повысить значимость амбулаторно-поликлинического звена в системе медицинского обеспечения, эффективно использовать имеющиеся финансовые ресурсы и устранить диспропорции в объемах оказания стационарной и амбулаторно-поликлинической хирургической помощи населению. На долю стационарной приходится 60–70% ресурсов здравоохранения, в то время как в экономически развитых странах она не превышает 35–50%. В приведенном исследовании показана экономическая целесообразность переноса лечения ряда хирургических заболеваний из стационаров в центры амбулаторной хирургии. Необходимо шире использовать стационарозамещающие и ресурсосберегающие технологии в хирургии.

Ключевые слова: хирургическая помощь, поликлинический этап, экономические оценки, ресурсосберегающие технологии

В настоящее время кризис экономики и социальной сферы усугубляется крайне низкой эффективностью использования имеющихся ресурсов, в частности, в здравоохранении: несбалансированность структурных звеньев медицинской помощи населению, усиливающиеся диспропорции в объемах стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи в сторону значительного превалирования наиболее ресурсоемкой больничной помощи, на долю которой приходится 60–70% ресурсов здравоохранения, в то время как в экономически развитых странах она не превышает 35–50%.





Отечественный и зарубежный опыт показывает, что до 40–50% плановых хирургических операций, целый ряд сложных диагностических исследований, а также комплексное консервативное лечение больных хирургического профиля можно выполнить в амбулаторно-поликлинических условиях

Повышение значимости амбулаторно-поликлинического звена в системе медицинского обеспечения сопровождается разработкой и последовательным внедрением в практическую деятельность медицинских учреждений новых перспективных форм и методов работы, в частности, организационных форм оказания хирургической помощи населению — таких как оказание помощи в условиях дневных стационаров (ДС) при поликлиниках и стационаров дневного пребывания (СДП) при хирургических стационарах.

В определенной степени медицинская помощь в ДС и СДП выступает в качестве организационной формы, связывающей между собой оказание больничной помощи с амбулаторно-поликлиническим обслуживанием.

Недостаточно освещенным в научной литературе и внедренным в практику является такой важный раздел стационарозамещающей помощи, как хирургический.

Оценивая опыт работы и перспективы дальнейшего развития хирургической помощи амбулаторно-поликлинического звена в России и за рубежом, необходимо отметить, что основными путями повышения хирургической активности в поликлинических условиях и расширения объема помощи больным хирургического профиля являются следующие:

- создание в амбулаторно-поликлинических учреждениях современных центров амбулаторной хирургии (ЦАХ) с хорошими операционно-перевязочными блоками и палатами кратковременного пребывания больных;
- комплектование штатов таких формирований высококвалифицированными хирургами, анестезиологами и средним медицинским персоналом;

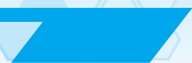
- оснащение центров современным оборудованием, диагностической и контролирующей аппаратурой и инструментарием;

- организация наблюдения за состоянием пациентов в послеоперационном периоде на дому.

В нашем исследовании при анкетировании пациентов круглосуточных стационаров им была предложена для оценки формула «круглосуточный стационар — удобная форма лечения». Из предложенных вариантов ответа наиболее популярными оказались те, в которых выразалось либо совершенное несогласие с предложенной формулой (35,2%), либо мнение «скорее не согласны» (37,0%). Однако существенную долю при этом составили и ответы лиц, в которых они выражали полное согласие с позитивной оценкой круглосуточного стационара как организационной формы лечения (24,1%).

Пациентам ДС была предложена для оценки формула «дневной стационар — удобная форма лечения». Ответы распределились следующим образом, «скорее согласны, чем нет» — 66,7% респондентов и почти каждый третий выразил полное согласие с предложенной формулой (30,8%). Лишь 2,5% выбрали вариант ответа «скорее не согласны». Характерно, что совершенно не согласных среди опрошенных пациентов выявить не удалось. Из представленных данных следует, что тех пациентов, которым импонирует ДС как организационная форма лечения, значительно больше, чем сторонников лечения в условиях круглосуточного хирургического стационара.

Одним из ключевых направлений развития здравоохранения Ставропольского края становится перенос центра тяжести на всемерное расширение деятельности и совершенствование хирургической амбулаторно-поликлинической помощи. В системе здравоохранения Ставропольского края широко получили развитие организационные формы медицинского обеспечения, основанные на принципе стационарозамещающей технологии.





Проблеме активного внедрения прогрессивной формы организации хирургической помощи в практику здравоохранения — Центров амбулаторной хирургии — уделяется большое внимание органами управления здравоохранением края и г. Ставрополя.

В 2001 году в г. Ставрополе при консультативно-диагностической поликлинике был образован первый Центр амбулаторной хирургии, где широко были внедрены малозатратные стационарозамещающие технологии.

Перечень оперативных вмешательств в условиях ЦАХ был пополнен такими операциями, как флебэктомия, операции по поводу наружных грыж живота, при кистозно-фиброзных мастопатиях и другими операциями, традиционно проводимыми в хирургических стационарах круглосуточного пребывания.

Организация дневных стационаров при ЦАХ для данной категории пациентов является весьма актуальной задачей. Содержание дневного стационара в поликлинике выгодно отличается от круглосуточного своей экономичностью: пациенты питаются дома, значительно меньше стоят гостиничные услуги, ниже расходы на медикаменты, экономятся средства за счет сокращения круглосуточно работающего медицинского персонала. С другой стороны, дневные стационары очень удобны для больных: пациенты находятся здесь в психологически комфортном состоянии, им обеспечен постоянный врачебный контроль, они получают все необходимые лечебно-диагностические процедуры и, главное, большую часть суток они проводят в кругу семьи.

Расширение объема хирургической помощи в амбулаторных условиях, в центрах амбулаторной хирургии способствует сокращению сроков проведения больным плановых операций, высвобождению числа хирургических коек в стационарах для проведения более сложных оперативных вмешательств, уменьшению возможных (внутрибольничных) осложнений, снижению материальных и финансовых затрат на лечение больных,

позволяет более эффективно организовать реабилитацию оперированных больных, а также диспансеризацию пациентов с хронической хирургической патологией.

В доступной литературе за последние годы освещается опыт организации в России целого ряда центров амбулаторной хирургии с дневными стационарами, стационарами дневного пребывания, стационарами на дому, при больницах, поликлиниках, диагностических центрах в крупных городах (Москва, Санкт-Петербург, Самара, Саратов, Новосибирск, Тула и др.).

В ЦАХ г. Ставрополя при консультативно-диагностической поликлинике нами проанализирована экономическая эффективность лечения пациентов с хирургической патологией по сравнению со стационаром хирургического профиля. Были просчитаны финансовые затраты в ЦАХ и хирургическом стационаре на лечение 1 пациента с аналогичными заболеваниями: атеросклероз сосудов нижних конечностей, лечение диабетической стопы, лечение хронического панкреатита, флебэктомия — по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей, грыжесечение — при наружных грыжах живота и секторальная резекция молочной железы по поводу кистозно-фиброзных форм мастопатий.

Фонд обязательного медицинского страхования (ОМС) финансирует лечебно-профилактическое учреждение за пролеченных пациентов согласно стандартам лечения. Количество койко-дней на 1 случай взято из стандартов лечения.

Консервативное лечение больных с атеросклерозом нижних конечностей в ЦАХ обходится фонду ОМС в 8830,0 рублей, а в круглосуточном хирургическом стационаре — 11 697, 0 рублей. Разница на лечение 1 больного — 2867,0 рублей. На лечение больного с диабетической стопой в ЦАХ фонд ОМС расходует 8830 рублей, а в хирургическом стационаре — 19 944,0 рублей. Разница на лечение 1 больного составляет 11 114,0 рублей. На лечение 1 больного с обострением хрони-





ческого панкреатита в ЦАХ расходуется также 8830,0 рублей, а в стационаре 11 697,0 — разница 2867,0 рублей. Таким образом, только на экономии в консервативном лечении 1 пациента с наиболее распространенными формами хирургических заболеваний в ЦАХ фонд ОМС перерасходует, а органы здравоохранения не получают финансы в размере 16 848,0 рублей. Учитывая, что таких больных через хирургические стационары проходит за год не одна тысяча, то экономические потери здравоохранения вырастают более чем на 17 млн. рублей.

На лечение 1 больного с варикозной болезнью нижних конечностей — флебэктомия в ЦАХ, согласно стандартам лечения, фонд ОМС выделяет 4769,0 рублей, а в хирургическом стационаре — 11 697,0 рублей, разница — 6928,0 рублей. Аналогичные экономические расчеты проведены по лечению больных с различными формами

мастопатий. Секторальная резекция в ЦАХ стоит 2332,0 рубля, а в хирургическом стационаре 11 697,0 рублей — на 9365,0 рублей дороже. Грыжесечение по поводу наружных грыж живота в хирургическом стационаре обходится фонду ОМС на 8553,0 рубля дороже, чем в ЦАХ. Таким образом, оперативное лечение распространенных хирургических заболеваний для фонда ОМС обходится еще дороже и составляет 24 846,0 рублей. Подобных операций за год проводится так же не одна тысяча, а, следовательно, экономические потери здравоохранения составляют более 25 млн. рублей.

Согласно проведенным экономическим исследованиям, программа расширения стационарозамещающих, ресурсосберегающих подразделений хирургического профиля еще требует дальнейшего изучения и решения целого ряда медицинских, организационных и экономических проблем.

UDK 614.2

Gorbunkov V.Y., Muravyov K.A., Kardanov V.Z., Nazarenko O.V. Economic aspects of surgical assistance at polyclinic stage at the Center of Out-Patient Surgery on the basis of Consultation Diagnostic Polyclinic of Stavropol (Stavropol State Medical Academy; The Head Doctor of the Third Hospital of Stavropol)

Abstract: Nowadays, the crisis of economic and social fields demand from health organizers to increase the importance of out-patient unit in the system of medical provision, effectively use financial resources and eliminate the disproportion in providing in-patient and out-patient surgical aid to population. In-patient care takes 60–70% of health resources while in economy-developed countries it doesn't exceed 35–50%.

The given research shows economic efficacy of treatment transference of surgical diseases from in-patient departments to out-patient surgical centers. It is necessary to use more wider in-patient-replacing and resource-saving technologies in surgery.

Keywords: *surgical care, polyclinic stage, economic evaluation, saving technologies.*

Актуальные нормативные документы



ПЕРЕХОД РОСЗДРАВНАДЗОРА НА БЕЗБУМАЖНЫЙ ДОКУМЕНТООБОРОТ: ПЛАН

Утвержден план мероприятий Росздравнадзора по поэтапному переходу на безбумажный документооборот. В частности, необходимо разработать перечень документов, которые создаются, хранятся и используются в электронной форме, и согласовать его с Росархивом. Запланирована подготовка доклада в Росархив и Минкомсвязь России об обеспечении должностных лиц Росздравнадзора средствами ЭЦП в целях использования в электронном документообороте. Внедрить последний должны с 1 января 2012 г. По каждому мероприятию определены исполнители и срок.

Источник: Приказ Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития от 23 мая 2011 г. № 2765-Пр/11