

**Общий бюджет по принципу на одного жителя, Жовковская ЦР
Б, Украина: Интегрированная система реформ**

Подготовлено согласно заказу № 5761.065

Авторы: Анмари Вутерс, д-р экономических наук
Джордж Пурвис III, магистр делового администрирования

Предоставлено программой *ЗдравРеформ*:
AID/ENI/HR/HR

AID Contract No. CCN-0004-C-00-4023-00
Под руководством Абт Ассоусиетс Инк.
Офисы в: г. Бетезда, штат Мериленд,
Москва, Россия, Алматы, Казахстан, Киев, Украина

{ TOC \o "1-3" }

Условные сокращения

СППС	Средняя продолжительность пребывания в стационаре
НВП	Национальный валовый продукт
ННГ	Новые независимые государства
ЕОС	Единица относительной стоимости
НДС	Налог на добавленную стоимость
ЗРП	Программа <i>ЗдравРеформ</i>

1 доллар США = 185 000 купонов

КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ

В этом документе на примере системы здравоохранения Жовковського району а Львовської області в Україні представлений аналіз реформ, проведених в відповідності з введенням на районному рівні загального бюджету по принципу на одного жителя. Даний аналіз досвіду роботи коренним чином відрізняється від усіх інших робіт подібного роду в тому сенсі, що до сих пор ще не було складено такої всеохоплюючої, детально спланованого пакету реформ системи здравоохранения, як не було і конкретного плану їх реалізації в базових районах або в окремих базових медических закладах. Скорше всього зміни в системі управління фінансами здравоохранения обговорювалися і впровадилися як можливий, само собою розуміючийся варіант. Даний досвід роботи узагальнює можливі різновидності реформ, які успішно проводилися впродовж останніх двох років. Сюди відносяться реформи по реструктуризації сектора здравоохранения, а також системи управління і фінансування. Не дивлячись на те, що вони впровадилися незалежно одне від одного, тим не менше як єдине ціле вони є тими основопологаючими блоками і спорудами, які в наступному дозвлять перенести досвід впровадження все більш орієнтованої на ринок системи надання медическої допомоги. Основна мета цього аналізу -- зафіксувати сам процес реформування, т.е.: що собою представляють реформи, як проводити їх в життя, якими будуть результати реформування для тих, хто розробляє напрямки розвитку здравоохранения (представники здоров'язделов) і для тих, хто впроваджує ці заходи в життя (головні лікарі медических закладів).

В 1995 г. Львівська державна обласна адміністрація підписала Постановлення (№774) "О введенні фінансування на одного жителя". Значення цього указу заключалося в тому, що районні бюджети більше не будуть базуватися на кількості койок стаціонара і показателях зайнятості койки, замість того, буде введено загальний фіксований бюджет на цілий рік, розміри якого будуть базуватися на даних минулого 1995г. з урахуванням кількості населення. Такі заходи були прийняті, щоб райони області не постраждали за те, що в 1995г. було закрито близько 3 тис. койок. Мета цих заходів також заключалася в тому, щоб надати керівникам медических закладів суттєві стимули для скорочення середньої тривалості перебування в стаціонарі (СППС), зменшення випадків необґрунтованої госпіталізації і, можливо, закриття стаціонарних койок і самих стаціонарів. В документі не згадується про принцип розподілу бюджету між медическими закладами всередині районів. Але в прийнятій Постановленні вказувався список основних послуг і необхідних медикаментів, які повинні надаватися населенню безкоштовно (доповненням до Постановлення вважався затверджений список категорій населення, які безкоштовно повинні отримувати повний обсяг медическої допомоги); згідно цьому Постановленню, медическі заклади отримали право надання платних послуг населенню.

Програма Американського агентства по міжнародному розвитку (USAID) *ЗдравРеформ* працювала разом з адміністрацією ЦРБ Жовковського району н

ад внедрением интегрированного пакета реформ, который бы соответствовал стимулам, которые появились в результате введения общего бюджета на районном уровне. Реформы охватывали структурную реорганизацию системы (напр.: перевод стационарных служб в амбулаторные условия, расширение первичной медико-санитарной помощи и сокращение вторичной и высокоспециализированной), улучшение качества медпомощи (напр.: лицензирование и аккредитация, клинические протоколы, система обеспечения качества обслуживания), общий менеджмент (напр.: лидерство, структурная реорганизация, стратегическое планирование, маркетинг, удовлетворенность пациентов), финансовый менеджмент (напр.: учет затрат, децентрализация бюджета, внутренний контроль) и платные услуги. Хотя еще предстоит выработать многие детали новой системы финансирования, включая саму формулу расчета бюджета на одного жителя и основной принцип распределения бюджета между стационарными и амбулаторными учреждениями района, очевидным является то, что новая система финансирования способствует внедрению целого пакета реформ, направленного на улучшение эффективности, качества и доступа к медицинскому обслуживанию.

1.0 ВВЕДЕНИЕ

В этом документе дается анализ результатов введения общего бюджета на одного жителя и системы интегрированных компонентов реформ в здравоохранении, которые проводились вместе с изменением метода финансирования в Жовковском районе Львовской области Украины. Эта работа может использоваться как пособие для руководителей органов здравоохранения, которые определяют и намечают реформы, и руководителей медучреждений, которые внедряют их на практике. Ниже указаны конкретные цели этого документа:

- Документально зафиксировать опыт руководителей и работников здравоохранения и медучреждений, которые внедрили и продолжают заниматься введением реформ в системе финансирования медучреждений;
- Представить руководителям высшего звена, которые сокращая расходы должны поддерживать качество медобслуживания, понимание принципов, концепций и методов реформирования системы финансирования здравоохранения;
- Поделиться с другими опытом и уроками, которые получили руководители и медработники Жовковского района изучая потенциал и трудности на пути реформирования системы финансирования медучреждений на уровне района и участков;
- Показать всю важность новых методов финансирования при внедрении интегрированного набора реформ, который распространяется на финансовые, управленческие, организационные и клинические аспекты предоставления медицинской помощи.

Это исследование не представляет конечных результатов реформирования системы финансирования в Жовковском районе Украины, а является одной из первых попыток понять существующие принципы, концепции, методы, ограничения и возможности. Этот документ может использоваться как пособие для дальнейшего развития; при этом, руководители медучреждений должны будут модифицировать предложенные рекомендации так, чтобы они отвечали их конкретным требованиям и сложившейся ситуации.

2.0 ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

2.1 Экономическая ситуация в Украине

24 августа 1991г. Верховный Совет Украины официально провозгласил независимость Республики Украина. Первые годы независимости Украины сопровождались значительным экономическим спадом. Экономические проблемы усугубились

блялись еще и энергетической зависимостью: Украина должна закупать нефть у России и Казахстана. За период с 1990 по 1991 гг. НВП уменьшился на 15%; к 1992г. еще на 14%. Согласно прогнозам, к концу 1996г. реальный объем НВП достигнет приблизительно 48% от уровня 1993г. Так же показатели промышленного производства в 1996г. составят 42% от уровня 1990г. Хотя на протяжении 1996г. уровень роста инфляции оставался довольно низким и стабильным, в пределах 3% в месяц, месячный процент инфляции в 1993, 1994 и 1995 гг. соответственно составлял 47,1%, 14,4% и 9,0%. В третьем квартале 1996г., благодаря стабилизации роста инфляции, правительство смогло ввести новую валюту -- гривну.

В ноябре 1996г. правительство предложило на рассмотрение Парламенту новую всеохватывающую программу экономических реформ. Программа предусматривала сокращение налогов разных типов, включая начисления на зарплату, дальнейшее расширение экономической самостоятельности, снижение размеров налогов для предприятий, пересмотр случаев освобождения от налогообложения с целью обеспечения достаточного дохода бюджета. Но к декабрю 1996 г. было принято решение о том, что бюджет на 1997 год будет рассчитываться исходя из существующего налогового законодательства, а не на основании предложений изложенных в пакете по экономическим реформам. Расчет бюджета в Украине является сложным и противоречивым процессом, который продолжает вызывать существенные конфликты между законодательной и исполнительной властью.

В 1992г. общие затраты на социальную защиту (пенсии, субсидии, социальную помощь и пособия) были рассчитаны в размере больше 40% от НВП или 2/3 от общих расходов государства, социальных фондов и областных бюджетов, которые существенно превысили рассчитанные на 1989-90 гг. 25% от НВП. Практически ни одна другая страна мира не расходует такой большой части НВП на социальный сектор. Это объясняется двумя основными проблемами: спад НВП в результате развала государственных предприятий и попытка сохранить реальную ценность некоторых видов социальной защиты. Совершенно ясно, что социальная защита или зарплата для приблизительно 2/3 населения, в то время как только 1/3 непосредственно занята на производстве, не может финансироваться правительством или экономикой страны.¹

2.2 Состояние системы здравоохранения Украины

Инфраструктура системы здравоохранения Украины перенасыщена койками и персоналом. Основными причинами смертности являются сердечно-сосудистые, раковые, респираторные заболевания и несчастные случаи. Только заболевания кровеносной системы стали причиной более половины смертельных случаев и почти 30% утраты лет потенциальной здоровой жизни в 1988г.

¹ Мировой банк. *Украина: Социальный сектор в переходный период*, Вашингтон, 1990 г., сс. 1-2.

Жовквовский район расположен в Львовской области, на западе Украины. На Таблице 1 приведены статистические данные по состоянию здоровья населения и медицинскому обслуживанию Львовской области по сравнению со средними показателями по Украине. Количество населения Львовской области уменьшается, но темпы спада низшие, чем по стране в целом. Это частично объясняется притоком населения с других регионов страны (напр.: после аварии на Чернобыльской АЭС). Что касается реформ в системе здравоохранения, то Львовская область тоже имеет немного лучшие показатели по сравнению с общенациональными, что видно из сравнительно большего сокращения количества коек, медперсонала и уровня госпитализации. Состояние здоровья населения области находится на таком же уровне, как и средние по стране показатели, разве что только с меньшим количеством заболеваний пищеварительной системы, травм и отравлений.

Плохие экономические условия также отразились и на секторе здравоохранения, что видно на примере бюджета системы, который находится на уровне 18 % от затрат, запланированных в 1980г. Большинство областей страны имеют значительные задержки с выплатой зарплаты, которые в среднем составляют 3 месяца.

Таблица 1. Выбранные статистические показатели состояния здоровья населения и медицинского обслуживания: Украина и Львовская область

Название	1994		1994		% разница между 94-95гг.	
	Украина	Львов	Украина	Львов	Украина	Львов
Население (млн.)	52.1	2.746	51.3	2.745	-2%	0%
Рождаемость/1000	10.1	11.8	10.2	10.9	-1%	-7.6%
Смертность/1000	14.2	11.8	14.8	12.4	+4%	+5%
Природный прирост населения	-4.6	0	-4.6	-1.5	0%	0%
Кол-во Врачей/1000	57.6	50.8	57.7	50.4	+0.1%	-1%
Кол-во коек						
-область	27150	1160	27307	1160	+1%	0%
-ЦРБ	164368	6731	156770	6226	-5%	-8%
-участковые б-цы	48744	1185	42427	935	-13%	-21%
-дневные стац-ры	10813	403	13111	637	+21%	+58%
Уровень госпитализации	22.6%	20.2	21.9%	19.8	-0.7%	-2%
Занятость койки в год (дни)	301	309	305	321	+1%	-4%
Заболееваемость по нозологиям/100000						
респираторные	32,913	38094	35483	39969	+8%	+5%
кров. системы	23440	17834	24577	18470	+5%	+4%
пищев. системы	10854	13027	11119	10566	+2%	-19%
Впервые выявленные случаи/100000						
респираторные	27923	33151	30477	34935	+9%	+5%
нервной сис-мы	5825	5950	5894	6084	+1%	+2%
травмы, отравл.	5208	3891	5136	3751	+1%	-4%
дерматолог-кие	4112	3428	4160	3217	+1%	-6%

2.3 Жовковський район Львівської області

Жовковський є одним з 20 районів Львівської області і 7 міст обласного підпорядкування (Львів, Борислав, Дрогобич, Самбір, Стрий, Трускавець, Червоноград). Львів був заснований в 1241г. і залишався середньовіковим університетом.

рситетским городком в составе австро-венгерской империи и польско-литовского Содружества. В 1994г. общая численность населения Львовской области составляла 2 705 286 человек. Население самого города Львова было 779 876 чел., что являлось 29% от общего. Семь меньших городов по численности населения составляли еще 14% от общей численности населения области. В 20 сельских районах проживают оставшиеся 57% населения области.

Система здравоохранения Жовковского района состоит из медицинских учреждений (больниц, поликлиник, амбулаторий), которые подчиняются Центральной районной больнице (ЦРБ). В 1994г. стационарные койки 20 районов составляли 48% от общей численности коек в области, коечный фонд городов областного подчинения -- 29% от общего, и медучреждения областного подчинения -- остальные 23%.

На Таблице 2 показано типы медучреждений Жовковского района по сравнению со средними данными по всем районам состоянием на 1994г. Отличительная черта Жовквы -- это то, что район является третьим наибольшим в области с населением 112 тыс. чел.; это на 40% больше, чем средняя численность населения по районам. Что касается типов медицинских учреждений, Жовковский район ничем не отличается от других районов.

таблица 2. Сравнительные показатели развития здравоохранения в Жовквовском районе и по 20 районам области, 1994г.

	Жовквовский район	Среднее по 20 районам
Население	111,500	79,300
Процент городского населения	37.3	31.7
ЦРБ	1	0.95
РБ	1	0.75
Горбольницы	3	1.15
Участковые больницы	2	1.65
Диспансеры и другие лечебные учреждения	1	1.0
Процент коек в ЦРБ	47.8	50.1
Амбулатории	5	6.1
ФАПы	58	52.8
% ФАПов с больше чем 3-мя комнатами	93.1	55.1
% ФАПов с медработниками	100.0%	96.9%

Источник: Годовой отчет облгосздравоотдела, 1995г.

На Таблице 3 приведен сравнительный анализ количества медперсонала Жовковско го района и других районов области, который показал, что обеспеченность данного р айона врачами и медсестрами является типичной и для остальных районов области. Хотя количество коек на 10000 населения в Жовкве является меньшим по сравнени ю со всеми остальными районами области (соответственно 71 и 84). К началу 1995г. было дополнительно сокращено еще 70 коек, и количество коек на 10000 человек до стигло 65. В 1996г. было сокращено еще 20 коек. В результате такого сокращения ко ек оборот койки составляет 22 и уровень занятости койки -- 89%, что есть немного в ыше, чем средние показатели по всем районам (соответственно 20 и 85%). СППС в Ж овковском районе немного ниже -- 15 дней, средний показатель по районам -- 16 дне й.

Таблица 3. Сравнительный анализ количества медперсонала в Жовковском районе и других районах области, 1994г.

Название	Жовковский ра йон	Средний по райо нам	Средний по облас ти
Врачей/10000	20.4	22.3	35.7
М.сестер/10000	63.9	65.6	92.9
Коек/10000	71.3	84.4	110.3

Источник: Годовой отчет облздравотдела, 1995г.

3.0

РЕФОРМА СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЛЬ ВОВСКОЙ ОБЛАСТИ

25 сентября 1995г. Львовская областная государственная администрация приняла По становление (№774) “О введении финансирования на одного жителя”. Согласно этом у Постановлению, все медучреждения области должны перейти на финансирования на одного жителя в рамках бюджета 1995г., начиная с 1 октября этого года. Частичн о это Постановление было введено в действие в середине 1996г., но бюджетный криз ис, в результате которого медучреждения получили только около 18% от запланиров анного бюджета, не позволил полностью выполнить это Постановление. Значение эт ого документа заключается в том, что районные бюджеты больше не будут основыва ться на количестве коек и показателях занятости койки; на основании бюджета 1995 г. и численности населения будет рассчитываться фиксированный общий бюджет. Та кие меры были приняты, чтобы избежать наложения штрафных санкций на медучре ждения области за сокращение около 3000 коек в 1995г. Новая формула расчета бю джета на одного жителя должна создать мощные стимулы для сокращения СППС, ур овня неоправданной госпитализации и, возможно, количества коек и самих больниц. Правда, в Постановлении не уточнялось за каким принципом будет проходить распр еделение бюджета между самими районными медучреждениями. Медицинские учре ждения областного подчинения, большинство которых находятся в городе Львове и

только некоторые из них в районах, будут финансироваться из отдельного фонда. Такая система предоставит главным врачам районов стимулы для направлений своих пациентов в учреждения областного уровня. Таким образом, необходимо ввести в действие какой-то механизм (финансовый или управленческий), который бы предотвращал неоправданные направления в высокоспециализированные медицинские центры.

В указанном выше Постановлении также приводится список основных услуг и необходимых медикаментов, которые должны бесплатно предоставляться населению (кроме того, в документе подтверждаются права отдельных категорий населения на бесплатное получение полного пакета медицинских услуг). Согласно этому Постановлению, медучреждения получили право предоставлять населению платную помощь на базе услуг и медикаментов, которые не были включены в указанный выше список. В дополнение к этому, медицинские учреждения освобождались от уплаты налога на добавленную стоимость (НДС) и налога на прибыль от этого дохода (правда, пока что еще не ясно, охватывает ли это освобождение от налогообложения как национальные так и областные налоги).

Как уже упоминалось, предполагается, что введение в Львовской области общего бюджета на одного жителя обеспечит на районном уровне мощные стимулы для сокращения количества неоправданной и длительной госпитализации. Не достаточно ясно только, как эти стимулы будут переходить на руководителей отдельных медучреждений в самом районе. Если этим медучреждениям также предоставить общий бюджет, у них тоже появятся стимулы направлять пациентов в учреждения высшего уровня (напр.: из городской или районной больницы в центральную райбольницу или областные учреждения). Если же бюджет медучреждений и далее будет рассчитываться по количеству койек и показателям занятости койки, потенциальные стимулы, предложенные новой системой будут утеряны. Система финансирования на основании случая или клинко-статистических групп (КСГ) обеспечивает сильные стимулы как для лечения пациентов (а не направления их в другие учреждения), так и для сокращения СППС; но при такой системе утрачиваются стимулы для предоставления медобслуживания амбулаторно. В Жовковском районе еще не ответили на вопрос о методе распределения общего бюджета внутри района. Это очень важный недостаток в политике финансирования медицинских учреждений. Как минимум, руководство ЦРБ должно определить какая часть общего бюджета будет выделяться на первичную медпомощь, а какая -- на вторичное з

Взаимодополняемость системы финансирования района и отдельных учреждений

Введение общего бюджета на одного жителя на уровне района в области обеспечить мощные стимулы на районном уровне для сокращения уровня неоправданной и длительной госпитализации. Необходимо также перенести эти стимулы при финансировании отдельных учреждений внутри района их руководителям. Если же бюджет отдельных учреждений будет зависеть от количества койек и уровня их занятости, потенциальные стимулы новой системы будут утрачены.

3.1 Значение новой системы для Жовковского района

Новые формулы расчета бюджета на одного жителя будут особенно важны для Жовковского района, так как район имеет большую численность населения и до этого в ремень уже сократил существенное количество койек. Новые формулы расчета бюджета также требуют совершенно иного восприятия со стороны руководителей, ведь теперь бюджет будет устанавливаться на целый год наперед, когда в предыдущие годы главврач ЦРБ мог обратиться с просьбой о дополнительном финансировании на протяжении года, в случае если возрастал объем предоставляемой медпомощи. Львовское областное управление здравоохранения еще не установило конечный вариант формулы расчета бюджета по принципу на одного жителя.

В Таблице 4, процент фактических расходов в 1992-96гг. и запланированный бюджет на 1997г., и процент рассчитанных затрат на 1994г. по районам с учетом возрастно-половых характеристик населения, показано, что Жовковский район только выиграет от введения нового бюджета на одного жителя. Возрастно-половые показатели были предложены Львовским областным управлением здравоохранения (совпадают с данными 1988г. Национального института здоровья в Москве). Если бы бюджет рассчитывался на основании количества койек, тогда часть бюджета Жовковского района в общеобластном упала бы с 3,54% до 3,41% на протяжении 1992-1993гг., что явилось бы следствием существенного сокращения койкофонда. В противовес, если бы районный бюджет рассчитывался на основании численности населения или возрастно-половых показателей, Жовковский район смог бы получить до 4,14% - 4,22% от общеобластного бюджета на здравоохранение. Другими словами, если будет принято эффективное ввиду затрат распределение ресурсов (напр.: когда бюджет будет рассчитываться на основании количества пациентов, а не койек), тогда Жовковский район получит большую часть от общеобластного бюджета.

Фонды должны отвечать количеству пациентов, а не коек

Улучшение эффективности, качества и доступа к медпомощи можно ожидать, если фонды будут отвечать численности населения или количеству пациентов, а не самой инфраструктуре, т.е. количеству коек. Если размеры финансирования на учитывают количество коек, тогда руководители имеют большую гибкость в выборе самого эффективного способа достижения желаемых результатов лечения пациента или группы населения.

Район или город	Факт. процент распределения затрат на здравоохранение, 1992г.	Факт. процент распределения затрат на здравоохранение, 1993г.	Факт. процент распределения затрат на здравоохранение, 1994г.	Факт. процент распределения затрат на здравоохранение, 1995г.	Факт. процент распределения затрат на здравоохранение, 1996г.	Запланированные расходы на здравоохранение в 1997г.
РАЙОНЫ:						
Бродовский	2.79	3.29	3.02	3.35	3.20	2.20
Буский	1.78	1.88	1.84	1.48	1.93	1.75
Городецкий	2.54	2.19	3.30	3.46	3.44	2.74
Дрогобычский	1.24	1.32	1.65	1.51	2.03	1.48
Жидачевский	3.57	3.32	3.72	3.34	2.69	2.74
Золочевский	2.61	2.76	2.71	2.69	2.87	2.72
Камянка-Буский	1.92	1.74	1.88	2.10	2.15	1.81
Мыколаевский	4.73	5.17	5.14	4.68	3.07	5.44
Мостиский	1.82	1.62	1.53	1.76	1.84	1.96
Жовковский	3.23	3.27	2.92	2.69	3.15	3.15
Перемышлянский	1.72	1.39	1.76	1.89	2.11	1.58
Пустомытовский	1.92	1.81	1.85	1.88	2.18	2.29
Радехивский	1.47	1.79	1.65	1.51	1.84	1.65
Самбирский	2.94	2.78	--	1.38	1.52	1.43
Сколевский	1.94	2.27	2.21	1.59	2.06	1.91
Сакальский	2.96	2.84	3.01	2.54	2.91	3.05
Старосамбирский	2.56	2.54	2.61	2.48	2.67	2.83
Стрыйский	4.18	2.46	2.18	2.57	2.82	2.81
Турковский	1.83	1.40	1.91	1.77	1.90	1.91
Яворивский	3.95	4.06	3.49	3.77	3.78	3.91
ГОРОДА:						
Львов	26.12	31.37	28.57	32.15	33.99	30.41
Борыслав	2.22	2.47	2.85	2.79	2.20	1.94
Дрогобыч	7.84	5.77	6.40	5.76	4.92	5.97
Самбир	1.73	1.63	4.99	2.87	2.03	3.44
Стрый	4.58	2.69	2.55	2.42	2.16	3.05
Трускавец	1.26	1.41	1.40	0.79	1.34	1.61
Червоноград	4.55	4.76	4.84	4.77	3.20	4.20
ИТОГО	100	100	100	100	100	100

Источник: Барлоу Р., Ноулз Дж., Оценка планов внедрения финансирования на одного жителя в системе здравоохранения Львовской области”, UKR-5, Технический отчет. USAID, ЗРП, Абт Ассоуциетс Инк., август 1995г., Отдел статистики Львовского областного управления здравоохранения

Суровые и постоянно изменяющиеся экономические условия (высокий уровень инфляции, резкие ограничения бюджета, введение новой валюты) делают трудным сравнение размеров бюджета Жовковского района до и после реформы финансирования. Согласно суждению главврача ЦРБ, размеры бюджета не уменьшились пропорционально количеству закрытых коек. Согласно Таблице 5, по результатам анализа данных за 1994-1997гг., на самом деле та часть общеобластных ресурсов, которая была выделены на Жовковский район, была меньшей, чем указанная сумма с учетом возрастного-половых показателей. В любом случае, районы получили больше гибкости в использовании своих бюджетов.

Реформы системы финансирования и кризис бюджета уже предоставили руководителям медучреждений стимулы для нахождения новых путей удовлетворения потребностей населения более эффективно, придерживаясь доступ к качественной медпомощи. Совместно с ЗРП руководство Жовковской ЦРБ начало внедрение интегрированного пакета реформ, который охватывает структурную реорганизацию системы, улучшение качества предоставляемой медпомощи, общего и финансового менеджмента, нахождение альтернативных источников финансирования. Более детально составные компоненты этого пакета описаны в разделах ниже.

Интегрированный пакет реформ -- ответная реакция на изменения системы финансирования

Руководство Жовковской ЦРБ совместно с ЗРП начали внедрение интегрированного пакета реформ, который охватывает структурную реорганизацию системы (напр.: реорганизация стационарных отделений в амбулаторные, расширение первичного звена медико-санитарной помощи), улучшение качества медпомощи (напр.: лицензирование и аккредитация, обеспечение качества, клинические протоколы), общий менеджмент (напр.: лидерство, организация труда, маркетинг, удовлетворение пациентов), управление финансами (напр.: учет затрат, децентрализация бюджета) и нахождение альтернативных источников финансирования (платные услуги).

4.0 РЕФОРМЫ СТРУКТУРНОЙ РЕОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ

4.1. Сравнительный анализ предшествующей системы с тем, как она должна выглядеть сегодня

Система здравоохранения Жовковского района стоит перед такими же проблемами, которые являются характерными и для большинства ННГ. Не хватает врачей первичного звена и слишком много врачей-специалистов, узких специалистов и подспециалистов.

листов, которые работают в больших больницах, поликлиниках и диспансерах. Кроме того, результаты встреч с главврачами больниц и анализ данных показывают, что пациенты минуют сельские, городские больницы и амбулатории (как следствие плохого качества медпомощи: персонал, оборудование, медикаменты, и т.д.), а направляются прямо в медучреждения районного уровня или даже больницы города Львова.

Предшествующая система базировалась на большом количестве специализированных учреждений (матери и ребенка, педиатрических, взрослых, онкологических, туберкулезных, дерматовенерологических, психиатрических и т.д.), работа которых зависит от количества пациентов, направленных теми же поликлиниками/ больницами. Такая система создает большое количество неоправданных (и дорогостоящих) направлений, вспомогательных анализов, госпитализаций и длительного пребывания в стационаре. На Таблице 3 показано, что в рамках реорганизации системы здравоохранения и сокращение значительного количества коек, инфраструктуру района все еще нельзя сравнивать с сетью медучреждений в США, где на 10 тыс.чел. приходится приблизительно 48 коек. СППС в Жовковском районе составляет 15 дней, что гораздо выше американских стандартов -- около 6 дней. Что касается количества врачей, то показатели Жовковского района почти соответствуют американским данным (25 врачей на 10тыс.чел.); правда, в районе ощущается недостаток врачей первичного звена и неполное использование первичной медико-санитарной помощи в системе направлений. На Рисунке 1 графически показана структура предшествующей системы здравоохранения Жовковского района. На Рисунке 2 изображена эффективная ввиду затрат система направлений, которая часто используется в медицинской литературе и которой придерживается руководство Жовковской ЦРБ в процессе структурной реорганизации системы здравоохранения района. В настоящий момент она находится примерно посередине

Проект ЗдравРеформ

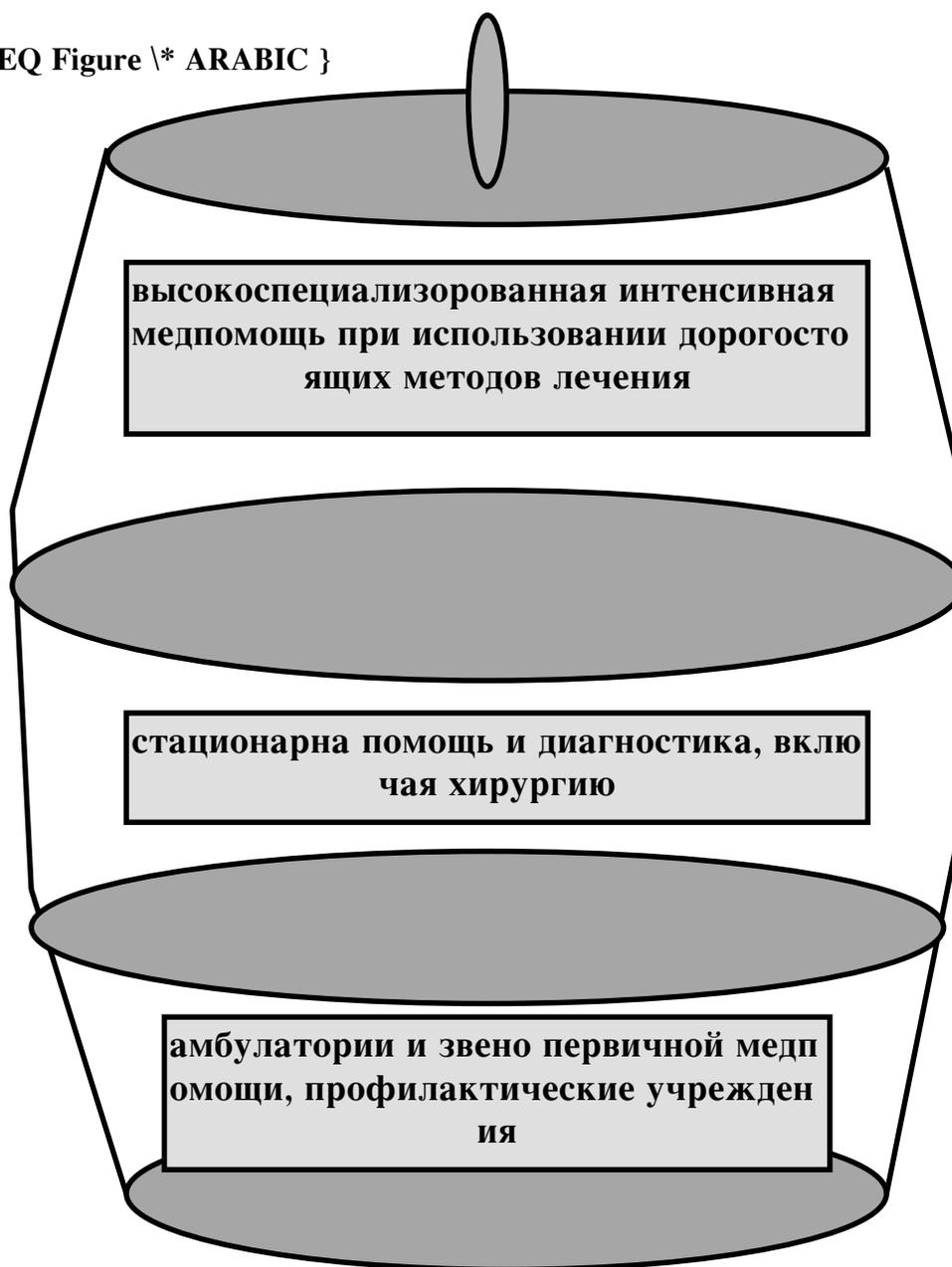
Жовквовский район

Распределение ресурсов здравоохранения с учетом занятости койки

Система распределения бюджета

Эффект "китайского фонарика"

рис. { SEQ Figure * ARABIC }



Как показано на Рис.2, медицинские услуги, предоставляемые стационарами являются только частью целой системы здравоохранения. На рисунке видно как можно представить себе взаимоотношения населения с разными уровнями медико-санитарной помощи.

Ниже поданы определения разных уровней амбулаторной и стационарной медико-санитарной помощи:

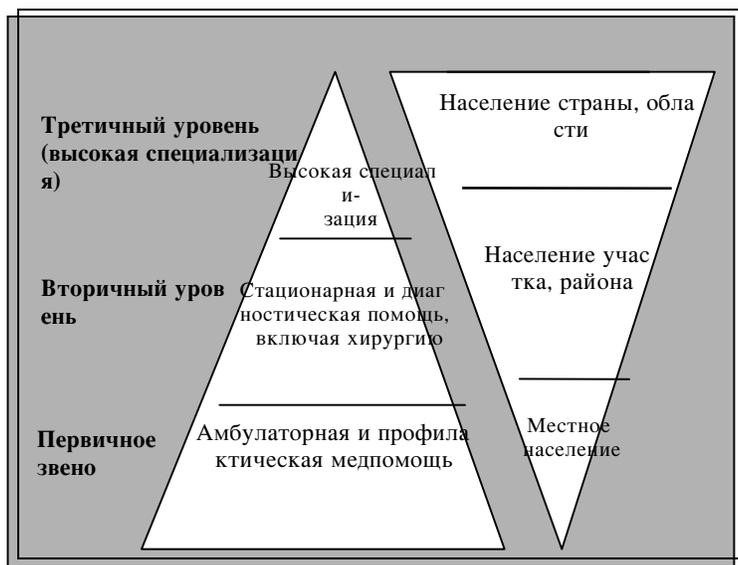


Рисунок 2. Пирамида системы здравоохранения

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) Согласно Алмаатинской Декларации 1978г., “ПМСП является прежде всего профилактической помощью, которая основывается на практических, научно обоснованных и социально приемлемых методах и технологиях, общедоступных для отдельных лиц и семей района обслуживания путем их полного охвата, и на затратном уровне, который может себе позволить район и страна, чтобы поддерживать каждую стадию развития в духе самоопределения и самообеспечения. ПМСП выполняет интегрированную функцию и концентрирует свое внимание на общем социально-экономическом развитии общества. Это первый уровень контакта отдельных лиц, семей и общества в целом с национальной системой здравоохранения, направленный на предоставление медицинского обслуживания как можно ближе к тому месту, где люди живут и работают.”

“ПМСП отражает концепцию, согласно которой здравоохранение должно быть доступным, адекватным и приемлемым. ПМСП, как политика предоставления медобслуживания, проникает в стратегию и усилия правительственных здравоохранительных программ на национальном, местном и районном уровнях, делая самих людей активными участниками борьбы за лучшее здоровье.”

Первичная медицинская помощь (ПМП) Первичная медпомощь является базовой или общей медицинской помощью, которую получает пациент при лечении простейших и широко распространенных заболеваний. Учреждение или врач ПМП обычно подразумевает постоянную ответственность пациента за поддержание состояния своего здоровья, направляет пациента в медучреждения вторичного и высокоспециализированного уровня и координирует медицинское обслуживание по всем проблемам пациента. ПМП чаще всего ассоциируется с практикой отдельного врача или группы врачей, но все больше встречается в больницах и условиях групповой практики. (Примерами такого типа медпомощи могут быть педиатрические, акушерско-гинекологические, терапевтические и семейные службы.)

Вторичная медицинская помощь (ВМП) Вторичная медпомощь состоит из услуг, которые предоставляются медицинскими специалистами, такими как кардиологи или урологи, которые в общем не имеют первого контакта с пациентами. Обычно пациенты направляются врачами первичной медпомощи, иногда это могут быть самонаправления. Существенная часть больниц, предоставляющих urgentную помощь, попадают под эту категорию. Примерами такого типа медпомощи в больнице могут быть общая хирургия, офтальмология, ортопедия, неврология, кардиология, гематология, психиатрия.

Третичная (высокоспециализированная) медицинская помощь Третичная медпомощь состоит из услуг, предоставляемых высокоспециализированными учреждениями или врачами, такими как нейрохирурги или онкологи, которые часто требуют новейшей технологической поддержки, как например, катетеризация сосудов сердца или высоко радиоактивная терапия. Базовые больницы медицинских институтов, специализированные больницы или медцентры являются примерами учреждений третичного уровня. Примеры услуг: онкология, осложненная беременность, неонатология, кардиохирургия, пластическая хирургия, педиатрическая кардиология, гемофилия, генетика и т.д.

4.2 Проблемы оптимизации пирамидальной системы здравоохранения

Работая над реформами по структурной реорганизации системы, следует рассмотреть несколько хорошо известных в СССР традиций, многие из которых являются политически очень чувствительными к изменениям, а иногда вообще выходят из-под контроля системы здравоохранения. Реформы в этих сферах требуют длительного времени для разработки и внедрения. Они включают в себя сокращение количества персонала, обслуживание социальных пациентов, переоборудование специализированных больниц в медучреждения общего профиля, отход от централизованных нормативов и стандартов, улучшение продуктивности труда персонала. Ниже приведено более детальное их описание.

Прием на работу, комплектация персоналом и сокращение количества работников: Концепция рационализации подразумевает потенциальные сбережения и сокращение расходов на зарплату. В процентном отношении от общих затрат бюджета здравоохранения Жовквовского района, зарплата составляет приблизительно 40%, а в некоторых медучреждениях эта часть недавно выросла до 70%. Если медучреждения будут сокращены и объединены или закрыты, очевиден потенциал большой экономии. Но учитывая экономическую, социальную и политическую ситуацию в стране, а также состояние дел с занятостью населения, со всей серьезностью надо будет отнестись к нахождению новых мест для освобожденного персонала. Некоторые работники по личным причинам предпочтут уйти из системы, а другим понравятся или не понравятся их новые места. В любом случае будут наблюдаться сокращения штата и экономия средств на зарплате, но их размеры не будут настолько большими как ожидалось. В то время как некоторые новые места будут сконцентрированы в области первичной медпомощи, часть медперсонала необходимо будет перевести в учреждения, которые и так уже перенасыщены персоналом. Следует основательно обсудить как, когда и куда переместить "излишек" работников.

Социальные пациенты: Многие пациенты в некоторых больницах госпитализируются на длительный период главным образом по социальным причинам, это чаще всего мало обеспеченные люди с незначительными заболеваниями, которые не нуждаются в стационарном лечении как urgentные пациенты. Пациенты такого рода -- это проблема самой системы, и чтобы избавиться от нее, необходимо разработать методы помощи таким людям.

Концепция больницы общего профиля: Система здравоохранения СССР была основана на концепции специализации (наличие большого количества специальностей, подспециальностей и узких специальностей) с разными типами больниц, которые размещались в отдельных зданиях по типам заболеваний. С точки зрения производительности труда (капитальных средств, оборудования, кадров), эта система характеризуется низкой продуктивностью, повторным использованием оборудования, персонала и самих учреждений. Другие страны уже перешли на модель "больницы общего профиля", где различные специальности становятся отделениями одного основного медучреждения. Таким образом, все специальности могут вместе использовать большинство вспомогательных служб (лабораторию, радиологию, физиотерапию, аптеку, и т.д.), достигая существенно высшей производительности труда во всех сферах, а также получать экономию в масштабе и объеме. Так как эта концепция является новой для Украины, и в следствии финансовых трудностей не видится возможным строительство новых медучреждений, необходимо обсудить саму идею и концепцию, и определить ее преимущества и недостатки. Если процесс рационализации будет проходить успешно, сокращение и объединение малых специализированных учреждений в одно большее может значительно улучшить качество, производительность и сократить затраты.

Нормативы и стандарты: Существующая система здравоохранения основополагается на принятые нормативы и стандарты. Существуют нормативы по количеству посещений по специальностям, группам сложности, СППС по нозологиям, а также нормы медикаментозного лечения и питания. С научной и профессиональной точки зрения, концепция нормативов и стандартов является очень важной, но она может иметь существенное негативное влияние на улучшение продуктивности, в частности в условиях, когда каждый должен делать больше с меньшими ресурсами. Этот классический научно обоснованный метод успешно использовался в период с 1920 по 1970гг. Но с другой стороны, наличие нормативов сдерживает персонал от работы над повышением производительности труда, люди ощущают, что если их работа отвечает поставленным стандартам, то они могут расслабиться и больше ничего не делать. Стандарты означают, что существует только один наилучший способ, как выполнять работу, и каждому надо знать и уметь применять эти стандартные методики. За последние десять лет был сделан существенный шаг вперед в сфере обеспечения и контроля за качеством и совершенствования взаимоотношения между расходами и качеством, который ознаменовался отходом от суровых стандартов к более открытому и гибкому подходу. Эти нормативы и стандарты можно проследить на лечении туберкулеза и кожно-венерических заболеваний. В других развитых странах лечение этих заболеваний почти полностью проводится амбулаторно. Анализ данных и беседы с врачами показали, что лечение пациентов в Украине проводится в стационарах с высокой СППС. Если такой подход может оправдывать себя в условиях полного финансирования, то в данной ситуации это можно расценить как неоправданное использование ограниченных ресурсов. Сама проблема не настолько

о состоит в моделях лечения сколько в попытке найти новые, более эффективные ввиду затрат пути предоставления медпомощи.

Кадровая политика и уровни деятельности: Система здравоохранения СССР основополагалась на концепцию большого количества специализированных больниц с высоким уровнем госпитализации, большим количеством направлений к поликлиническим специалистам и высокой СППС. Система разработала отдельные медучреждения для большинства общемедицинских и хирургических специальностей, в которых дублировались оборудование, персонал, вспомогательные службы. В результате, система требовала большого количества медперсонала, чтобы обслуживать высокий уровень госпитализации, направления и посещения пациентов, что со временем превратилось в очень трудоемкий процесс. Эта система хорошо работала, когда она была полностью профинансирована. Но в силу кардинальных изменений, которые произошли в стране, необходимо разработать новую систему, которая бы работала в условиях недостаточного финансирования.

Посетив медучреждения Жовквовского района, как больницы так и поликлиники, и проведя беседы с их руководителями, мы обнаружили, что объем деятельности в 1995г. значительно уменьшился по сравнению с 1994г. Кроме того, существенное количество коек оставались незанятыми, так же как и не на полную мощность использовались амбулаторные службы каждого медучреждения (в частности, в послеобеденное время). Отсюда следует, что совершенно реально на данном этапе провести объединение коек и амбулаторных служб. Дальнейшее объединение станет возможным при более тщательном отборе поступающих в стационар и сокращении СППС, которые ожидаются с введением финансирования на одного жителя.

4.3 Выявление возможностей сокращения

Проводя общую оценку системы здравоохранения Жовквовского района, группа технических консультантов ЗРП, которая работала с руководством ЦРБ, обнаружила, что четыре городские больницы ощущали недостатки качества. Поэтому они выявили потенциальные возможности сокращения расходов чего можно достичь при условии, что эти учреждения превратятся в поликлиники.

- Гийчевская больница (25 коек) имеет минимальную диагностическую мощность: неработающий рентген-аппарат, проблемы с обслуживанием оборудования, высокие затраты на энергоносители, низкую и постоянно падающую заполненность коек, малое количество urgentных больных и близкую расположенность (14 км) к районной больнице в Раве-Русской.
- Магеривская больница (25 коек): трудности с привлечением врачей (акушер-гинекологи, педиатры, терапевты), неработающий рентген-аппарат, устарелое и плохо функционирующее оборудование, минимальная диагностическая служба, нехватка медикаментов и питания, постоянные проблемы с теплоснабжением и электричеством, здание требует ремонта, низкая и постоянно снижающаяся занятость коек

к, небольшое количество urgentных пациентов, близкая расположенность (15 км) от Равы-Русской.

- Добросынская больница (25 коек): минимальная укомплектованность персоналом, оборудованием, низкая диагностическая мощность, нехватка расходных материалов и медикаментов, главным образом госпитализируются неurgentные социальные пациенты с незначительными заболеваниями, низкая и постоянно падающая за полненность коек, высокие затраты на энергоносители, находится только в 10 км от Жовквы. Если все таки существует потребность в медучреждении для неurgentных пациентов, оно должно стать подразделением существующей больницы с центральной системой отопления, что уменьшило бы граничные затраты на энергоносители для таких пациентов.
- Дублянская больница (40 коек): нехватка расходных материалов и медикаментов, устарелое и плохо функционирующее медицинское оборудование, минимальные диагностические мощности и плохо работающий рентген-аппарат, само здание, которому уже больше 100 лет требует ремонта крыши, водоснабжения и канализации, перестройка здания не есть возможной, так как здание является памятником архитектуры; как и в других больницах, низкая и падающая занятость коек, малое количество urgentных пациентов, к тому же 40% пациентов этого участка получают медпомощь в учреждениях г. Львова.

В 1994г. сама Жовквовская ЦРБ получила 49% от общерайонного бюджета на охрану здоровья, другая больница районного уровня (в Раве-Русской) -- 26%. Три городские больницы (Дубляны, Магерив и Кулыквив) получили 15% от бюджета. Оставшиеся три больницы -- 2 участковые (Добросын и Гийче) и кожвендиспансер -- только 6%. Пять врачебных амбулаторий (в Туринке, Зиболке, Ларыкове, Бушкине и Потеличе) вместе взятые получили только 3% от общего бюджета района на здравоохранение.

Прямая экономия средств от закрытия стационаров в четырех городских больницах (Дублянской, Магеривской, Добросынской и Гийчевской) выражалась бы в уменьшенном потреблении энергоносителей, питания, медикаментов и мягкого инвентаря (постельного белья). На Таблице 6 показано издержки каждого учреждения по этим четырем статьям бюджета в 1995г. (на основании данных за 9 месяцев, округление на год).

<p align="center">Таблица 6 Расходы на электроэнергию, отопление, водоснабжение и канализацию в стационарах, коммунальные услуги, ремонт и содержание имущества, 1995г. (округление на год) (тыс. купонов)</p>					
Категория расходов	Добросынская больница	Гийчевская больница	Магеривская больница	Дублянская больница	Итого
Энергоносители (Статья 3)	261,919	371,333	248,800	1,510,123	2,392,175
Питание (Статья 9)	198,473	470,800	236,533	870,022	1,775,828
Медикаменты (Статья 10)	483,351	277,600	843,600	2,144,933	3,749,484
Мягкий инвентарь (Статья 14)	-	15,200	-	-	15,200
Итого	943,743	1,134,933	1,328,933	4,525,078	7,932,687

Не существует прямого метода, чтобы оценить часть расходов на энергоносители и питание, которая была бы сэкономлена при закрытии стационаров. В Кулыкове, где стационарные койки были закрыты в июле 1995г., значительной была экономия средств только на энергоносителях. Вместо растопки печек два раза на день, теперь это делается только раз. К тому же комнаты, где размещались койки теперь вообще не надо отапливать. Согласно нашей оценке, экономия средств на энергоносителях достигнет 50% от расходов 1995г. Мы также считаем, что экономия на питании будет равняться 50% расходов в 1995г. При закрытии стационарных служб, упадет потребность в питании пациентов, персоналу будет достаточно питаться только один раз в день. Как точку отсчета для оценки расходов на медикаменты мы использовали затраты на препараты на одно посещение в амбулаторию первичной медпомощи (14 967 купонов) и, сопоставив эту цифру с количеством пациентов в каждой больнице, определили размеры издержек по этой статье. Разница между общими затратами каждой больницы на медикаменты и нашей оценкой тех же расходов на амбулаторные посещения была взята как издержки на медикаменты в стационаре -- или потенциальная экономия средств от закрытия стационарной службы². Мы также предполагаем, что расходы на мягкий инвентарь (постельное белье) будут полностью сэкономлены в результате закрытия стационаров. Прямые денежные сбережения от закрытия четырех городских больниц показаны в Таблице 7

² Ресурсы, сэкономленные на питании, медикаментах и мягком инвентаре можно использовать на районном уровне, куда переводится пациент. Однако, мы предположили, что наши рекомендации для этих учреждений помогут снизить средний койко-день и количество госпитализаций достаточно для того, чтобы покрыть эти дополнительные затраты.

<p>таблица 7. Структура расходов на содержание стационаров, поликлиник, амбулаторий и центров профилактики и борьбы с инфекциями в учреждениях здравоохранения (в тыс. руб.)</p>					
Бюджетная статья	Добросынская больница	Гийчевская больница	Магеривская больница	Дублянская больница	Всего
Электроэнергия (Статья 3)	130,960	185,667	124,400	755,062	1,196,088
Питание (Статья 9)	99,237	235,400	118,267	435,011	887,914
Медикаменты (Статья 10)	301,996	101,932	626,504	1,036,701	2,067,133
Мягкий инвентарь (Статья 14)	-	15,200	-	-	15,200
Всего	532,192	538,199	869,171	2,226,774	4,166,336

Кроме прямой экономии денежных средств в результате закрытия стационаров в четырех указанных больницах, высвобождается от работы и часть персонала стационара. Таблица 8 показывает как распределяется персонала по стационару и амбулаториям на данный момент. 30% персонала всех четырех больниц (82 из 219) на данном этапе числится за стационаром. После его закрытия эти работники и будут переведены на другие службы. Интересно то, что при сегодняшней распределении за стационаром числится сравнительно малое число врачей (только 3 из общего количества). Например, в Дублянской больнице, только 1 из 23 врачей обслуживает стационар. В остальных трех больницах 2 из 12 врачей предоставляют стационарную медпомощь. Такая диспропорция в количестве врачей и остального персонала в стационарах может вызвать дополнительные трудности при переводе свободных работников на эффективную ввиду затрат амбулаторную службу. Кроме того, некоторым специальностям, в частности поварам, уборщикам и помощникам по кухне найти производительное применение в амбулаториях будет крайне сложно. Если со временем окажется возможным сократить некоторые рабочие места, то это принесет дополнительную экономию. На данном этапе Статья 1-- зарплата и начисления на зарплату, тянет за собой довольно большую часть расходов в этих четырех учреждениях: Добросынская больница (2,5 млрд. куп., 72,1% общих затрат), Гийчевская больница (2,6 млрд. куп., 69,1% общих затрат), Магеривская больница (3,3 млрд. куп., 71,1% общих затрат), Дублянская больница (9,1 млрд. куп., 66,5% общих затрат). Такая картина подтверждает возможность добавочной экономии для районной системы здравоохранения в будущем при условии сокращения персонала.

<p>таблица 8. Структура персонала учреждений здравоохранения и учреждений по состоянию на 1995 год</p>					
	Добросын	Гийче	Магерив	Дубляны	Всего
Отделения стационара					
Врачи	1	0	1	1	3
Медсестры	6	5	5	9	25
Младший медицинский персонал	5	4	7	12	28
Администрация	1	1	1	1	4
Остальной персонал	8	8	6	0	22
Всего	21	18	20	23	82
Амбулаторные отделения					
Врачи	2	4	4	22	32
Медсестры	2	6	16	34	58
Младший медперсонал	3	2	5	12	22
Администрация	0	0	0	0	0
Остальной персонал	3	1	5	16	25
Всего	10	13	30	84	137
ВСЕГО	31	31	50	107	219

4.4 Реструктуризация системы здравоохранения - краткое описание вариантов реформ

Кроме сбора обширной базы данных по медицинской инфраструктуре и использованию ресурсов (см. Дополнение А), с целью более полного понимания предложения и спроса на медпомощь было составлено стратегические карты района.

4.5.1 Структурная реорганизация стационаров

Наиболее существенная реформа, которую рекомендовалось выполнить в четырех городских больниц Гийче, Магерива, Дублян и Добросына, состояла в закрытии стационаров в общем на 115 коек. Данная рекомендация исходит прежде всего из дефицита ресурсов и вопроса качества, но вместе с тем обеспечит большую экономию средств, которые можно использовать в других целях. Рекомендовалось также перевести часть ресурсов и кадров, закрепленных за этими стационарами на развитие профилактического и первичного звена медпомощи и других необходимых услуг, программ и отделений двух других больницах.

В ситуации, когда районный бюджет на здравоохранение резко ограничен, что и имеет в данном случае, возникновение сложных дилемм неизбежно. Вряд ли наилучшей стратегией будет пропорциональное деление имеющегося бюджета на все учреждения. Наоборот, более важно защитить бюджеты одного или нескольких основных учреждений для того, чтобы в районе осталась доступная качественная неотложная медицинско-санитарная помощь. Обеспечить такую городские больницы Гийче, Магерива, Дублян и Добросына больше не в состоянии. Выбор диагностики и клиники чрезвычайно ограничен. Пациенты больше не заинтересованы в получении медицинских услуг в этих учреждениях. По этому плану реформы выглядят следующим образом:

- Следует как можно скорее прекратить предоставление неотложной медицинской помощи в этих больницах, а пациенты в неотложных состояниях должны направляться в районные учреждения в Жовкве и Раве-Руской .
- Эти учреждения следует перевести на амбулаторное обслуживание, как было сделано в Кулькове. Они будут располагать ограниченным количеством коек дневного стационара для амбулаторных пациентов. Но самое важное задание для них-- это лечение хронических пациентов и пациентов с острыми формами заболеваний в амбулаторных условиях, при условии поставленного диагноза, пройденного лечения и выписки из районных учреждений.
- Годовая экономия электроэнергии (топливных ресурсов), питания, мягкого инвентаря, медикаментов и расходных материалов при закрытии стационаров составит приблизительно 4,2 миллиарда купонов. Эти сэкономленные средства следует направить на улучшение качества медпомощи в диагностических и лечебных центрах, а также на развитие в больницах транспортной системы. Она может опираться на совмещенную работу машин скорой помощи, легковых автомобилей и миниавтобусов. Они будут перевозить пациентов из отдаленных населенных пунктов в район и обратно, а также помогать медицинскому персоналу добираться в отдаленные места работы или по вызову.

- Кроме прямой экономии денежных средств, после закрытия стационаров 82 медработника останутся незанятыми, среди них врачи, медсестры, младший медперсонал (в общем 37% всего персонала, работающего на данное время в этих медучреждениях). Незанятый персонал можно использовать для предоставления амбулаторной медико-санитарной помощи в тех же учреждениях, для полной комплектации штата других амбулаторий, для работы в фельдшерских пунктах и для предоставления медпомощи на дому. В отдельных случаях с учетом места жительства и общей ситуации в районе по кадрам их можно перевести на работу в поликлиники и поликлинические отделения районных учреждений. Или же они смогут работать в районах, где ощущается нехватка медработников как, например, в Магериве. Незанятые кадры можно также использовать для работы на месте, где временно отсутствует постоянный работник. Улучшенная работа медицинского транспорта значительно облегчит процессы перераспределения персонала.
- Обновленная миссия амбулаторных медучреждений района должна направляться на усиление профилактической и первичной медпомощи. На этом уровне нужно лечить как можно больше пациентов, но согласно принятым клиническим протоколам по диагнозу; только серьезно больные пациенты в сложные случаи должны направляться в районные больницы и поликлиники. Это будет важным вкладом в более эффективное использование районных медучреждений.
- Улучшенная система транспорта должна быть использована в целях улучшения доступа к районным медучреждениям в Жовкве и Раве-Руской. В большинстве случаев можно задействовать общественный или частный транспорт. Хотя отдельным пациентам в некоторых районах следует предоставлять перевозку медицинским транспортом.
- В случае госпитализации пациентов из отдаленных районов в Жовкве или Раве-Руской, в этих городах следует рассмотреть возможность поселить на короткий срок за небольшую плату родственников больного. Администрации ЦРБ нужно проработать этот вопрос совместно с районными администрациями.
- В прошлом, особенно на время зимы, медицинским учреждениям приходилось обеспечивать социальных пациентов койкой и питанием (в основном мало обеспеченным лицам старшего возраста). Система может прекратить предоставление этих важных услуг только в случае, когда появится альтернативное решение вопроса. Сейчас это следует найти наиболее практический и производительный метод. Такие услуги следует предоставлять только в одном медучреждении, где добавочные расходы на электроэнергию наименьшие (учреждение, например, является частью центральной системы отопления). Такие социальные палаты не комплектуются медперсоналом в ночные смены. Улучшенная система транспорта будет осуществлять перевозку социальных пациентов из дома в больницу и обратно.

Общесистемный подход к рационализации

Вряд ли наилучшей стратегией будет пропорциональное разделение имеющегося бюджета на все учреждения. Наоборот, более важно защитить бюджеты одного и нескольких основных учреждений для того, чтобы в районе осталась доступной качественная неотложная медицинско-санитарная помощь.

4.5.2 Структурная реорганизация первичной медицинской помощи

Как уже определялось раньше, районная система здравоохранения не построена в форме пирамиды. В районе существует сильная система фельдшерско-акушерских пунктов, которая состоит из 58 единиц и предоставляет высококачественную медицинско-санитарную помощь. Напротив, система первичной медицинской помощи, которая в идеале должна обслуживать семьи путем использования сети семейных врачей, сильно ограничена в размерах и в объеме медпомощи. Сейчас в районе работает только 5 амбулаторий, в каждой из которых есть педиатр и терапевт. Кроме этого, в своих районах таким же образом функционируют городские больницы. Система вторичной медпомощи, состоящая из районных и городских учреждений, отличается тем, что особо раздута и обеспечивает медицинское обслуживание разное по качеству. При таких обстоятельствах планы реформы выглядят следующим образом:

- Мы уже упоминали, что кадры, которые останутся незанятыми в последствии закрытия стационаров городских больниц, можно перевести на работу в системе первичной медицины. Этот единственный шаг поможет одновременно решить проблему раздутого вторичного уровня медпомощи и нехватки персонала на первичном уровне.
- Упоминалось также, что следует усилить систему транспорта не только для перевозки пациентов в районные учреждения и обратно, а также для того, чтобы обеспечить большую мобильность медицинского персонала при вызовах на дом.
- Врачам следует участить поездки в ФАПы. Кроме обычного лечения пациентов в ФАПе, им можно также проводить фельдшеров домой к больному для проведения санпросветработы. Они должны использовать всякую возможность просветы населению о здоровом способе жизни. Главную угрозу здоровью населения Жовкововского района представляют недавно вспыхнувшие отдельные инфекционные заболевания (например, дифтерия, туберкулез, венерические болезни), несчастные случаи (включая автодорожные происшествия), курение, злоупотребление алкоголем и неправильное питание. Все работники сферы здравоохранения должны информиро

вать население об угрозах здоровью и служить для него образцом своим поведением.

- Руководство ЦРБ должно обеспечить добавочную подготовку всего штата в амбулаториях по вопросам профилактики заболеваний. Кроме того, в рачам поликлиник и амбулаторий, особенно терапевтам, педиатрам и акушерам-гинекологам следует получить необходимую подготовку, чтобы максимально быстро стать квалифицированными семейными врачами. Окончившие такие курсы переквалификации получают должное финансовое вознаграждение и моральные стимулы, а также принимаются в районе на работу в местах наивысшей приоритетности.
- В районе следует организовать рабочую группу амбулаторных врачей и медсестер, которая будет работать над улучшением медицинских протоколов по диагнозам, что ставятся на амбулаторном уровне. Такую работу следует проводить постоянно, и цель ее состоит в непрерывном улучшении и контроле за качеством амбулаторной медпомощи в районе одновременно пытаясь снизить количество необоснованных направлений в районные больницы и поликлиники, предоставляя помощь пациентам в основном на первичном уровне. Этой группе следует разработать эффективные методы контроля за медпомощью (пересматривая, например, выборочно истории болезней), а также установить подходящие показатели успеха для снижения количества необоснованных направлений. Рабочая группа должна найти способы протоколировать каждое направление в учреждения районного и областного уровня, прослеживая затраты на потребление на уровне учреждения и уменьшая частоту избыточных и необоснованных диагностических процедур на различных уровнях здравоохранения.
- Рабочая группа должна предоставить помощь в организации подобных групп в каждом учреждении для внедрения улучшенных протоколов лечения и прослеживания успеха, предоставляя одновременно более качественные услуги и снижая количество необоснованных направлений в районные учреждения.

4.6 Проведенные мероприятия по реформированию

4.6.1 Структурная реорганизация стационаров

При помощи ЗРП, районная администрация здравоохранения успешно получила от районной администрации разрешение на структурную реорганизацию системы предоставления медицинских услуг методами, которые мы обсуждали в предыдущих главах. В 1996 году осуществилось объединение и сокращение нескольких учреждений. В больнице Равы-Руской терапевтические и неврологические койки объединили в одно отделение-- в результате сократилось 10 коек. Жовковская ЦРБ сократила отделение офтальмологии на 30 коек, 10 из которых было закрыто и 20 перепрофилировано в неврологические. Городские больницы Ги

йче и Добросына начали работу, как круглосуточные амбулаторные клиники неотложной помощи. Перед тем, в 1995 году специализированная неврологическая больница была перепрофилирована в амбулаторию, а неврологическая служба включилась в состав ЦРБ. В 1997 году в Гийче откроется новая реабилитационная больница, которая консолидирует услуги такого типа в целом районе и его окрестностях.

4.6.2 Первичная медицинская помощь

В августе 1996 года в селе Зиболка открылась новая амбулатория семейного врача. Врач амбулатории-- бывший педиатр, который прошел короткий курс переквалификации по семейной медицине во Львовском медицинском университете. Еще один врач заканчивает тот же курс и работает семейным врачом в Дублянах. На 1997 год планируется подготовить еще несколько семейных врачей. Регулярно работает комитет по семейной медицине, который на своих заседаниях планирует открытие новых семейных амбулаторий в районе. Одно из таких мест-- Любеля возле Добросына, где откроется новая угольная шахта. В этом районе будут работать четыреста угольщиков. Подобная работа начнется и в районе Дублян, в Макиве или в Гряде. Больницы в Гийче и Добросыне перепрофилированы в круглосуточные клиники неотложной помощи с постоянным дежурством медсестер.

5.0 РЕФОРМЫ УПРАВЛЕНИЯ

Приблизительно три четверти всех ресурсов, потребляемых районной системой здравоохранения, приходится на две районные больницы в Жовкве и Раве-Руской. Новый общий бюджет в расчете на одного жителя принесет с собой и новые стимулы лечить пациента более эффективно в плане затрат. В рамках пакета реформ стационара две Жовковские районные больницы начнут разработку новых методов обеспечения качества, профессиональной подготовки персонала по вопросам снижения среднего койко/дня, лучшего использования коечного фонда и проведения хирургических операций в большей мере на амбулаторном уровне.

5.1

Предлагаемые реформы по обеспечению качества медпомощи и клинических протоколов

5.1.1 Целесообразность клинических протоколов

Работая с руководством ЦРБ, команда технических консультантов ЗРП сделала следующие наблюдения касательно клинических протоколов и их использования для увеличения эффективности затрат на медпомощь:

- Пересмотр 25 историй болезни врачами из группы консультантов ЗРП показал, что койко/день во всех случаях мог бы быть короче по крайней мере на 1 день, а в 9 из 25 случаев и на дольше.
- В обеих больницах следует создать рабочие группы врачей и медсестер для разработки улучшенных версий протоколов и механизмов контроля за качеством медпомощи при наибольшей эффективности затрат. Когда новые протоколы уже будут разработаны, рабочие группы смогут продолжить контроль за качеством медпомощи, используя метод выборочного анализа ряда историй болезней. Следует также определить ряд показателей более эффективной ввиду затрат медпомощи и следить за ними: средний койко/день стационара, количество хирургических операций в амбулаторных условиях и уровень занятости койки.
- Членам рабочей группы следует также организовать краткосрочный курс для своих врачей и медсестер по новым протоколам. Желательно также направить усилия на организацию подобных рабочих групп на уровне всех отделений для достижения высшего качества и лучшей производительности труда.

5.1.2 Механизм многоцелевого применения

Клинические протоколы являются одним из методов управления, который позволяет врачам и медсестрам контролировать использование ресурсов и улучшить качество медпомощи одновременно. Руководство ЦРБ последовало примеру Львовской городской клинической больницы №1, которая начала разработку и внедрение клинических протоколов по 25 наиболее частым диагнозам. Совместными усилиями врачей первичной медпомощи и специалистов поликлиники и стационара ГКБ №1 использовала протоколы для занесения в единую таблицу курса диагноза и лечения пациента, начиная с первичного уровня через поликлинику и стационар, возвращаясь после выписки к врачу первичной помощи. Детальное рассмотрение этой процедуры установило дублирование ряда анализов и медикаментов, необоснованное пребывание в стационаре перед выпиской, устаревшее и неэффективное лечение, а также потребность в санпросветработе с пациентом и его близкими для того, чтобы избежать повторения дорогостоящего процесса лечения.

На таблице 8 время лечения показано во всех колонках как число консультаций у врача поликлиники/амбулатории, позже койко/дней в стационаре и, наконец, посещения амбулатории или поликлиники после выписки. Каждый ряд таблицы конкретнее определяет различные аспекты лечения пациента, включая

первичную оценку состояния, показатели жизнедеятельности, лабораторные анализы, флюорографию и электрокардиограмму, медикаменты, типы терапии и так далее. Каждый тип работы, связанный с пациентом, фиксируется за определенным днем пребывания в стационаре или за амбулаторным посещением.

Клинический протокол является механизмом многоцелевого применения. Его можно использовать для организации непрерывной медицинской помощи; для отслеживания затрат на услугу; для контроля за принятием клинических решений и качеством помощи; для облегчения взаимодействия между врачами, медсестрами и пациентами по разработке планов лечения; для определения в работе врачей и медсестер моментов, которые требуют дополнительной подготовки; обеспечить персонал информацией о том, как провести структурную реорганизацию в медучреждении; для дополнения медицинской документации пациента графой о его отношении к планам своего лечения.

Графический образец представленный на таблице 9 является примером чернового варианта клинического протокола, разработанного в ГКБ№1. Его предоставили руководству Жовквской ЦРБ для приспособления к нуждам своей больницы. Составные элементы протокола приводятся ниже.

Клинические протоколы и информация о пациенте Крайнюю левую колонку можно использовать как образец для разработки обычного клинического протокола. Он предоставляет типическую информацию о стационарном медобслуживании пациента и диагностике и может послужить моделью для любого другого диагноза. Правая сторона содержит информацию о пациенте и представляет собой адаптацию модели к конкретному случаю.

Уровни медико-санитарной помощи Вертикальные колонки заменяют посещения поликлиники или дни пребывания в стационаре на разных этапах лечения больного с поставленным диагнозом. В данном примере несколько раз посещается поликлиника, потом пациент находится в стационаре, а после выписки опять посещает амбулаторию или ФАП.

Действия Эта колонка включает типические услуги, которые получает пациент в любом учреждении первичной помощи, поликлинике или стационаре Украины. Врачи вносят виды услуг в колонку, соответствующую посещению или дню пребывания в стационаре. Например, они записывают, какие типические лабораторные анализы, флюорографические снимки, медикаменты и типы терапии требуются для типического пациента с диагнозом диабет при посещении учреждения первичного звена, потом поликлиники перед приемом в стационар и после выписки. Протокол также включает расписание всех процедур на каждый день, пока пациент находится в больнице.

Клиническая работа Первые семь рядов модели протокола показывают все процедуры и услуги врача и медсестры в медучреждении. Обычно во время этой работы, пациент является пассивным субъектом и не принимает в ней участия.

Виды деятельности с участием пациента

Последний ряд таблицы перечисляет виды деятельности, которые затрагивают пациента и его семью:

- *Психо-социальные нужды* - Пациент нуждается в помощи психиатра для того, чтобы научиться как бороться с заболеванием. Возможно, пациенту нужен совет, поскольку в связи с болезнью у него могут появиться проблемы на работе и дома.
- *Инструктаж* - Для пациента и его близких врачу следует провести инструктаж по вопросам питания, приема медикаментов и эпидемиологического контроля по возвращению домой.
- *План непрерывной помощи* - Эта часть работы зависит от пациента и разрабатывается совместно врачом, медсестрой, пациентом и его близкими при поступлении на каждое звено медпомощи.

5.1.3 Контроль за вариативностью

Последующий шаг, который придется предпринять комитету по протоколам, состоит в сравнении модели протокола по определенному диагнозу с конкретными случаями. Примером вариативности может послужить такой незапланированный случай как попадание инфекции или негативная реакция на медикаменты, что удлинит пребывание больного в стационаре. Форма, которая используется с этой целью, прилагается к протоколу. Стандартный формат приводится ниже на таблице 10.

В период от 6 месяцев до года с помощью такой формы можно проследить частоту отдельных внутрибольничных инфекций и даже иногда определить среди персонала их носителя. Некоторые тенденции можно использовать в роли конструктивного показателя потребности в добавочной подготовке персонала для усовершенствования его навыков в достижении приемлемых результатов.

- *Стратегическое мышление и стратегическое планирование*
- *Управление охраной здоровья*
- *Рационализация и структурная реорганизация: влияние на кадровую политику*
- *Социальные пациенты*
- *Кадровая политика, производительность и уровни деятельности*
- *Качество, производительность, нормы, стандарты и работа персонала*
- *Управление медучреждением и концепция больницы общего профиля*
- *Альтернативные источники доходов, концепция медицинского страхования и системы финансирования*
- *Экономика охраны здоровья, рынки, маркетинг, приватизация, частная практика*
- *Руководство*

5.3 Проведенные мероприятия по обеспечению качества лечения

В Жовквской ЦРБ начал работать комитет по сокращению роста затрат на здравоохранение, который возглавляется начмедом больницы. Многие клинические отделения работают с клиническими протоколами и контролируют каждый месяц показатели СППС. В результате, на протяжении шести месяцев средний койко-день сократился с 16,3 до 14,7 дней, то есть на 1,6 дня. Комитет регулярно работает над решением проблем потребления ресурсов. По вопросу платных услуг в 1996 году для заведующих всех отделений проводился круглый стол.

Завотделениями стараются найти пути более производительного использования персонала. Штат сокращен на 30 единиц среднего и младшего медицинского персонала. Весь персонал начал работать на три четверти ставки.

6.0 РЕФОРМЫ ФИНАНСОВОГО УПРАВЛЕНИЯ

6.1 Предлагаемые реформы управления финансами

Ожидая в перспективе расширение финансовой автономии, медицинские учреждения ищут пути улучшения системы бухгалтерского учета для обеспечения эффективного использования ресурсов, поддерживая одновременно приемлемое качество медпомощи. Руководство Жовквской ЦРБ отдало приоритет двум направлениям в развитии бухгалтерского учета:

- децентрализация бюджетов по основным подразделениям и отделениям наряду с необходимыми отчетами по использованию бюджета;
- Управление затратами, включая их улучшенный учет и контроль за фактическими расходами.

Новые методы финансирования требуют новых методов управления

Новая система финансирования превратит главврачей стационаров и поликлиник в лучших и более творческих руководителей ресурсами. Ожидая в перспективе расширение финансовой автономии, медицинские учреждения ищут пути улучшения системы учета ресурсов для обеспечения их эффективного использования, поддерживая одновременно приемлемое качество медпомощи.

6.2

Предлагаемые реформы по децентрализации бюджетов и отчеты о их использовании

Составление бюджетов на уровне отделений-- важный шаг на пути к децентрализации управленческих полномочий. Во многих странах как раз руководители и среднего звена отвечают за внедрение конкретных программ и являются наиболее проинформированными о том, как найти самый продуктивный способ распределения ресурсов. Часто, наилучшие планы составляются при полном вовлечении заведомо в процесс планирования бюджета его единицы.

В марте 1996 года, Жовква предприняла первые шаги по внедрению децентрализованной системы бюджетирования. Эта деятельность предполагала контроль за бюджетом по основным подразделениям, включая стационар и поликлинику, а потом по отделениям этих единиц. Пример результатов по основным подразделениям приводится на таблице 11, а по отделениям стационара на таблице 12.

Таблица 11

Жовковская центральная районная больница: Часть бюджета основных подразделений на 1996 год

Основное подразделение	% от бюджета
Администрация	11%
Стационар	60%
Поликлиника	29%

Таблица 12

Жовквовская центральная районная больница: разбивка общего бюджета по отделениям стационара

Отделение	% от бюджета подразделения
Администрация:	15%
Администрация	8
Службы поддержки	7
Параклиника:	5%
Лаборатория	3
Кабинет для осмотров	1
Флюорография	1
Клинические отделения:	80%
Терапия	10
Неотложная помощь	6
Инфекционные заболевания	8
Хирургия	21
Гинекология	15
Офтальмология	5
ЛОР	6
Педиатрия	9
ВСЕГО	100%

Жовква внедряет основные шаги реформы, изложенные ниже в блоке 1. Не следует недооценивать важность **первого шага**, который заключается в определении ответственности за центры затрат. Такая работа выяснит, кто из руководителей отвечает за бюджет и расходы. **Второй шаг** упрощает экономистам многие бухгалтерские расчеты по распределению бюджета и сохраняет вместе с тем их точность. **Третий шаг** является особо сложным во время экономического кризиса, когда бюджетные статьи финансируются неполностью или совсем не финансируются. Еще один подход, которые применили в Жовквовском районе, сосредоточивает особое внимание на использовании медикаментов на уровне отделений. Для каждого отделения установлены бюджетные рамки на использование медикаментов, которые больше не получают только на основании случайного запроса из отделения. Это обеспечит более справедливое распределение медикаментов в соответствии с медицинскими потребностями.

Блок 1 Список основных шагов распределения и децентрализации бюджетов в Жовквовской ЦРБ

1. *Определить организационные обязанности:* Экономисты и руководители старшего звена четко определяют каждую часть организации, включая медицинские и параклинические отделения, администрацию и отделения накладных расходов.
 2. *Рассчитать бюджеты отделений:* Используя основные приемы бухгалтерского учета, рассчитывается бюджет для каждой единицы (пункт 1) по каждой статье. В конечном варианте Жовква рассчитывает бюджет доходов для отделений, которые предоставляют платные услуги. После этого следует установить связь между бюджетом доходов и затрат.
 3. *Определить меру ответственности за бюджет:* Определить статьи бюджета отделения, которые в состоянии контролировать заводделением и которые он не может контролировать.
 4. *Поддерживать отчетность за бюджет путем внедрения отчетов по выполнению бюджета:* Определить клинические, качественные и определяющие рабочие нагрузки показатели, которые можно использовать для контроля за тем, насколько эффективно заводделением использует свой бюджет.
 5. *Децентрализация ответственности за бюджет:* После того, как достигнуто соглашения по вопросам ответственности и отчетности и одобрены методы расчета бюджета, следует определить руководителей, которые могут и желают взять на себя большую ответственность за бюджет.
 6. *Компьютеризация:* Компьютеризируйте бухгалтерский учет, обеспечив экономистов подготовкой по использованию компьютерных программ (например, электронных таблиц) и по разработке программы базы данных для стандартизации разных компонентов анализа.
-

Четвертый шаг важно выполнить перед тем, как главврачи основных подразделений и отделений возьмут на своих уровнях большую ответственность за управление своими бюджетами. Фактические бюджеты следует сопоставить с фактическими затратами. Всякий бюджет следует привязать к рабочим показателям, которые определяют объем деятельности (общий и по типам услуг), производительность ресурсов (особенно трудовых), стоимость услуги и качество помощи. Некоторые предложения насчет рабочих показателей приведены в таблице 13. Из-за экономической нестабильности и сложных бюджетных условий, Жовквовская районная

больница пока что не принимала никаких конкретных шагов по децентрализации бюджета, описанных в **пятом шаге**. Однако, всякая новая информация по бюджету у сейчас обсуждается с заведомлениями для их лучшего ознакомления с новыми методами и их подготовки к тому периоду, когда они возьмут на себя большую ответственность.

Понятно, что внедрение и поддержка новых методов бухгалтерского учета проходит легче при компьютеризации, однако, в экономических отделах многих учреждений пока что нет компьютеров. ЗРП предоставил компьютер экономическому отделу Жовковской ЦРБ. Сейчас руководство больницы предпринимает первый важный шаг по подготовке экономистов и основных финансовых руководителей к использованию программы электронных таблиц для того, чтобы они могли разработать собственные программы по бухгалтерскому учету и анализу бюджета.

Таблица 13	
Показатели использования бюджета, которые рассматриваются в Жовковской ЦРБ	
Тип показателя	Пример показателя использования бюджета по отделению
Количество персонала:	количество врачей, медсестер, младшего медперсонала и другого персонала
Зарплата на штат:	зарплата/весь штат, зарплата/врач, зарплата/медсестра
Производительность:	Количество ставок на занятую койку = среднее количество ставок стационара на один день Амбулаторное рабочее время на посещение = (количество ставок амбулатории X 2080)/общее количество посещений Стационарное рабочее время на выписку = (количество ставок стационара X 2080)/общее количество выписанных больных
Объем работы	*допустим, что рабочее время за год составляет 2080 часов Фактическое количество койко/дней, Количество амбулаторных посещений, Уровень занятости = пациенто дни/(365 X койки) Пребывание в стационаре = пациенто дни/общее количество выписанных пациентов Средние данные за один день = пациенто дни/365 Койко-оборот = количество выписанных больных/койку
Другие показатели эффективности труда	Фактические расходы на зарплату на койко/день Фактические расходы на питание на койко/день Фактические расходы на медикаменты на койко/день Расходы на 1 выписку Фактические затраты на 1 койко/день Фактические затраты на 1 амбулаторное посещение
Результаты лечения	Количество смертельных исходов

6.3 Предлагаемые реформы по управлению затратами

Учет затрат можно применить в нескольких вариантах: а) установление цен; б) определение остатков и убытков; в) оценка производительности медпомощи (например, отчеты по деятельности отделений, производительности труда) и г) составление бюджета для центров управленческой ответственности. Подбор методов бухгалтерского учета зависит от того, как будет использоваться собранная информация о затратах. В Жовкве методы учета затрат выбирались согласно текущим условиям, при которых доход от платных услуг покрывал затраты на них лишь частично и больница была юридически обязана установить цены на каждую клиническую и параклиническую услугу отдельно (а не на случай). Для того, чтобы контролировать расход медикаментов внутри учреждения требуется установить систему межрасчетов. Эти же методы применяли при расчетах децентрализованных бюджетов.

В прошлом, в Советском Союзе существовала традиция концентрироваться на искусственно созданных, планированных (или нормативных) затратах. При новых методах оплаты важно, чтобы экономисты медучреждения регулярно прослеживали фактическую стоимость услуг. Фактическая стоимость некоторой единицы услуг зависит от фактического бюджета отделения, фактического объема услуг и фактического профиля пролеченных больных на протяжении некоторого периода времени. С помощью подходящих методов управления затратами, руководители могут сравнить планированную стоимость койко/дня с фактической величиной. Похожим и методами можно сравнить нормативную стоимость лечения диагноза с фактическими затратами на лечение в конкретное время.

Вышесказанные факты подтверждают, что методы управления затратами, которые внедряются в Жовквовской ЦРБ ставят в приоритеты точный и детальный расчет стоимости клинических и параклинических услуг. Это значит, что накладные затраты напрямую распределяются между клиническими и параклиническими отделениями, а не поочередно на параклинику, а затем на клинические единицы. Выяснилось также, что расчет стоимости койко/дня при полной рабочей нагрузке требует множества предположений со стороны разных отделений, недопустимых в ситуации, когда нужно получить быстрое решение: как, например, с платными услугами или распределением ресурсов внутри учреждения. Определено также, что большую выгоду приносит более тщательный расчет рабочих затрат, связанных напрямую и косвенно с отделением в случае, когда клиническое или параклиническое отделение является окончательным центром затрат. В общем, методы используют уровень детализации, который соответствует возможностям отделения контролировать или влиять на свои расходы.

В сущности Жовква включила в общий бюджет накладных расходов все административные, хозяйственные и вспомогательные службы, а тогда распределила их функции между клиническими и параклиническими отделениями. Внутри каждого клинического стационарного и параклинического отделения просчитано стоимость процедур с использованием единиц относительной стоимости (ЕОС), при котором ресурсы, требуемые на одну процедуру, группу сложности или случай измеряются "относительно" требуемых на другие услуги. Местные экономисты выбрали это

т метод, поскольку имели некоторый опыт работы с ЕОС, а их применение дает быстрый, надежный и точный результат независимо от времени и ресурсов, которыми вы располагаете. Цели этого документа не включают детальный разбор метода ЕОС; при желании получить большую информацию читатель может обратиться к следующему документу (Вутерс, Элс; 1996)³

Первый опыт Жовквы показал, что в большинстве стационарных отделений существует список групп сложности или процедур, который можно использовать для классификации типов лечения в клинических отделениях с целью установления их стоимости. При советской системе к одной группе сложности относили пациентов с одинаковым диагнозом, а потом использовали показатель продолжительности лечения в стационаре. Статистика по амбулаториям была значительно слабее в плане классификации посещений. В конечном результате, для того, чтобы определить ЕОС экономистам пришлось полагаться на не совсем объективные показатели-- точку зрения медперсонала. Однако, в параклинических отделениях была доступна информация по времени, которое требуется на проведение каждой процедуры.

6.4 Финансовый менеджмент

Шаг за шагом в учреждении делаются расчеты стоимости услуг для того, чтобы определить размеры бюджета на уровне отделений. Однако, появились трудности в фактической децентрализации нескольких статей государственного бюджета, которые все еще полностью или частично финансируются. На этом этапе в полном объеме только статью по медикаментам можно передать в распоряжение отделений. Этим летом администрация пробовала децентрализовать ответственность за выплату заработных плат и отпускных.

7.0 ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ

7.1 Предлагаемые реформы платных услуг

В Жовкве руководители старшего звена понимают, что даже в условиях новой системы общего бюджета, для того, чтобы покрыть стоимость всех услуг финансов будет недостаточно. Кроме того, они четко представляют многогранную роль платных услуг в усилении системы общего финансирования:

- Платные услуги приносят фонды, которые можно повторно инвестировать в учреждение с целью улучшения качества услуг, покупки нового оборудования и расходных материалов. Врачи нуждаются в хороших условиях для работы, а пациенты получают выгоду от более качественной помощи.

³ Wouters, A., Else, B., *Implementing Management Accounting and Control Reforms in the NIS: A Manual for Health Care Organization* 1996. USAID ZdravReform, Abt Associates, Bethesda, MD.

- Структура платных услуг (то есть наивысшая цена на первичном уровне, средние цены в поликлинике и самая низкая в амбулаториях) может улучшить производительность здравоохранения и заставит пациента обращаться к врачам первичной помощи, а в высокоспециализированные учреждения только после направления из амбулатории.
- Платные услуги стимулируют производительность врачей и другого медперсонала-- те, кто предоставляет медпомощь лучшего качества в больших объемах получают к своей зарплате премии.
- Платные услуги могут улучшить помощь малообеспеченному населению. Когда их механизмы хорошо отработаны, то те, кто действительно не в состоянии платить, освобождаются от оплаты. Если в результате повторного инвестирования дохода от платных услуг повысится качество медпомощи, тогда от этого получают выгоду все пациенты.
- Платные услуги стимулируют пациента брать на себя большую ответственность за свое здоровье. Если больной будет платить за часть лечения деньгами из своего кармана, то это снизит количество необоснованных обращений к врачу.

Руководство старшего звена Жовквы сейчас находятся в процессе подготовки к запуску платных услуг. В блоке 2 изложены основные шаги на пути подготовки больницы к платным услугам. Получить более детальную информацию о примерах того, что делалось на Украине в этом направлении, читатель может получить в следующем документе (Stevens, Wouters, 1996).⁴ Для того, чтобы внедрить платные услуги медицинскому учреждению Львовской области следует получить статус юридического лица и пройти регистрацию в районной администрации. В Жовкве с учетом мнения специалистов составлен список услуг, за которые взимается плата с пациента. Цены на услуги основаны на расчетах стоимости, что описывалось в предыдущем разделе. Руководство Жовковской ЦРБ все еще прорабатывает подходы к распределению дохода от платных услуг на налоги, различные одноразовые расходные материалы, премиальные надбавки к заработной плате и повторные инвестиции в отделения, предоставляющие платные услуги. За последние месяцы, главврач назначил работника на пост заместителя по платным услугам и планирует принять на работу в учреждение кассира. ЗРП сотрудничает в заместителем по платным услугам, старшим экономистом и главным бухгалтером над разработкой информационной системы, которая будет вмещать информацию о пациентах-плательщиках для того, чтобы финансовые операции по платным услугам проверялись регулярно. Медперсонал также ищет низкочастотные пути улучшения качества услуг и информирования населения о введении платы за медицинскую помощь.

⁴ Stevens, J. and Wouters, A. *Preparing a Hospital for Global Budgeting: The Case of City Hospital No. 1 in Lviv, Ukraine*. USAID ZdravReform Project. Abt Associates, Bethesda, MD. 1996.

I.

ЮРИДИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ: Получите необходимые документы от районных, областных или городских органов власти

II.

ОПРЕДЕЛИТЕ СПИСОК УСЛУГ, КОТОРЫЕ СТАНУТ ПЛАТНЫМИ: Посоветуйтесь с врачами и пациентами на счет желаний и возможности платить за услуги

III.

РАСЧЕТ СТОИМОСТИ: Рассчитайте затраты, включая минимальные переменные затраты, на которых будут основываться ваши цены

IV.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДОХОДОВ: Определите часть доходов (после уплаты налогов), которые будут инвестироваться в учреждение, пойдут на премиальные надбавки штату, обеспечат общие потребности учреждения

V.

ПЕРСОНАЛ, ЗАНИМАЮЩИЙСЯ ПЛАТНЫМИ УСЛУГАМИ: Назначьте заместителя по платным услугам и весь необходимый персонал поддержки-- включая кассира и компьютерного специалиста

VI.

УСТАНОВИТЕ СИСТЕМУ ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ: Убедитесь, что сбор дохода от платных услуг проходит без нарушения юридических норм и норм учреждения и достаточно защищен от злоупотреблений

VII.

УСТАНОВИТЕ ИНФОРМАЦИОННУЮ СИСТЕМУ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕМ ПЛАТНЫХ УСЛУГ: Начните, если, возможно, компьютеризацию информации о пациентах или сбор ее вручную; информация должна включать демографические данные, данные о диагнозах, процедурах и врачех, который предоставлял медпомощь.

VIII.

НАЙДИТЕ НИЗКОЗАТРАТНЫЕ ПУТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИЛИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА УСЛУГ: Пациент пожелает платить за услугу только в случае, когда ощутит цену своим деньгам.

IX.

ПРОИНФОРМИРУЙТЕ НАСЕЛЕНИЕ О ПЛАТНЫХ УСЛУГАХ: Населению легче справиться с платными услугами в случае, когда у него есть четкое представление о том, сколько им придется платить, а если они не в состоянии будут ли они освобождены от оплаты.

7.2 Платные услуги - проведенные мероприятия

В середине 1996 года руководство Жовковской ЦРБ и проект ЗдравРеформ провел и круглый стол с участием представителей местной администрации и других официальных лиц района по вопросам платных услуг. В конце 1996 года главврач Жовковского района получил важное подтверждение того, что центральная районная больница и ее филиалы являются юридическим лицом,-- условие необходимое для запуска платных услуг. Руководители старшего звена выработали также список услуг, за которые будет взиматься плата:

- Регулярные профосмотры работников предприятий;
- медицинское свидетельство, заверенное психиатром или наркологом, на ношение оружие;
- медицинское свидетельство, выданное специальной комиссией, по просьбе пациента;
- медсвидетельство или справка, предписывающая лечение на курорте;
- подбор линз для очков по просьбе пациента;
- прерывание беременности не по медицинским причинам;
- осмотр и лечение в диагностическом кабинете методом электропунктуры;
- массаж;
- стоматологические услуги (кроме пациентов, которым гарантирована бесплатная медпомощь);
- флюорография (кроме неотложных случаев);
- физиотерапевтические процедуры;
- ультразвуковая диагностика;
- отдельные лабораторные анализы.

Заместитель главврача по платным услугам и главный бухгалтер продолжают процесс расчета стоимости услуг и сотрудничают с компьютерным специалистом ПЗР над разработкой и внедрением информационной системы о пациентах по платным услугам..

8.0 ВЫВОДЫ

8.1 Общие преграды на пути внедрения реформ

Жовква достигла определенных успехов в реформировании различных аспектов своей системы предоставления медицинских услуг.б что было подсказано прежде всего необходимостью а также открывающимися возможностями. Новая Конституция, принятая в июле 1996 года заняла очень консервативную позицию по отношению к здравоохранению. Кроме того, экономические условия в Украине сильно ухудшились; медицинские учреждения получили только 18% запланированного бюджета. И, наконец, многие из реформ требуют сокращение персонала, однако, тако

е решение чрезвычайно трудно выполнить, поскольку медленная экономика страны не будет в состоянии предоставить трудовые места освободившемуся персоналу.

Статья 49 Конституции провозглашает, что сеть медучреждений является бесплатной и не подлежит никаким сокращениям. С июля по сентябрь 1996 года развитие всяких программ по платным услугам приостановилось пока Кабинет Министров не издал распоряжение, которое выборочно позволило внедрение некоторых видов платной медпомощи. Закрывать больницы все еще запрещается. По этому, некоторые стационары, если существует такая возможность, начали использоваться в альтернативных целях. Подобный жовквовский подход оказался вполне удачным.

Реформы управления финансами заторможены, поскольку многие из бюджетных статей не финансируются, лишь только зарплата, питание и медикаменты финансируются неполностью. Но обладая знаниями менеджмента и техникой управления финансами, умеренные достижения все же ощущаются.

Возможно, решительная компьютеризация ускорит внедрение некоторых реформ, но при отсутствии понимания концепции менеджмента и методов финансирования, быстрая компьютеризация может также привести к запутанным и неправильным решениям. Руководителям необходимо понять, что компьютер-- не решение всех проблем, а только средство облегчить внедрение творческих и полноценных методов в управлении здравоохранением.

Не смотря на эти проблемы, руководители здравоохранения района предприняли первые важные шаги на пути установления общего бюджета в расчете на одного жителя. Руководство Жовквовской ЦРБ с помощью ЗРП запустили в действие интегрированный пакет реформ с курсом на структурную реорганизацию системы, улучшение качества медпомощи и методов управления, а также на поиск альтернативных источников финансирования.

8.2 ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ясно, что подготовка районного общего бюджета заключается не только в вопросе просчитывания нового фиксированного бюджета, который полагается на демографические показатели. Конечно, первым важным шагом является установление фиксированной ставки финансирования, после чего нужно провести следующие элементы данного направления: а) установить методы финансирования стационарных и амбулаторных учреждений; б) установить дополнительную систему расчетов между учреждениями; в) предоставить учреждениям большую финансовую и управленческую автономию; г) провести защитные меры с целью предотвращения смещения затрат и д) правильно использовать установленные трудовые показатели для контроля за использованием ресурсов и обеспечения производительности при поддержке доступности и качества услуг и для того, чтобы знать, когда общий бюджет с

ледует приспособить к внешним факторам (например, резкий рост объема медпомощи по определенному профилю). В Жовкве большинство компонентов уже проработаны, включая чистовой вариант формулы на одного жителя.

Новые методы финансирования, такие как общий бюджет, приводят в действие цепную реакцию компонентов реформы, которая заставляет руководителя брать на себя новый финансовый риск, что, надеемся, приводит к улучшению производительности и качества услуг. В свою очередь руководитель нуждается в большей финансовой и управленческой независимости для того, чтобы перестроить систему и достичь намеченных целей. Пока что слишком рано представить полное влияние новых методов финансирования района, но на примере показателей медпомощи и результатов лечения в Жовковском районе вполне возможно проследить некоторые тенденции. Очевидно, что улучшается производительность услуг стационара. Стационарное отделение больницы используется почти на полную мощность, лишний персонал постепенно увольняется с работы, сокращается СППС. Два стационара репрофилированы в амбулаторные клиники. Организовано новые центры первичной помощи, которые комплектуются по штату врачами семейной медицины, планируется открыть еще несколько. Важные шаги сделаны по внедрению платных услуг, хотя фактических доходов от них пока что не получено.

Учитывая всеобъемлимость и сложность этих реформ, ясно, что следует начинать их разработку и внедрение даже, если общий бюджет пока что не внедрен. Ломка старых стереотипов, модификация и введение новых методов тоже требуют некоторого времени. Первые шаги по пути реформы Жовква предприняла в 1994 году, закрывая стационарные койки в отдельных специализированных единицах. Хотя реформа все еще находится на первых этапах внедрения, судя из показателей производительности труда есть все основания предположить, что работа по подготовке и внедрению пакета реформ оказалась не напрасной.

Список использованной литературы

Барлоу Робин, Ноулз Джеймз. *Оценка планов внедрения финансирования на одного жителя в системе здравоохранения Львовской области* USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1995.

Ministry of Economy of Ukraine, European Centre for Macroeconomic Analysis of Ukraine. *Ukrainian Economic Trends*. TACIS. November 1996.

Пурвис Джордж, Ноулз Джеймс, Струк Мирослава. *Развитие системы здравоохранения и рационализация структуры медучреждений в Жовковском районе Львовской области, Украина*. USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1995.

Purvis, G. Holmberg H., Stevens, J. *Health Management Training in Moldova/Ukraine, and Health System Development in Rezina District, Moldova, and Zhovkva, Rayon, Ukraine* USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1996.

Пурвис Джордж, Стивенс Джон. *Организационная перестройка и рационализация районной и участковой системы здравоохранения: как закрывать стационарные койки, улучшая доступность медицинской помощи*. USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1996.

Stevens, John. *Lviv Intensive Demonstration Site Year End Report*. USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1996.

Стивенс Джон, Вутерс Энмари. *Подготовка больницы к работе в условиях общего бюджета: первая клиническая больница города Львова, Украина* USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1996.

World Bank. *Ukraine: The Social Sectors during Transition*. The World Bank. Washington D.C. 1993.

Wouters, A. *Progress Report: Financial Management Systems for User Fees in Lviv City Hospital No. 1, Zhovkva Central Rayon Hospital and Potential Roll-out to Skolie and Yavoriv*. USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1996

Вутерс Энмари. *Использование методов финансового менеджмента и принципов платных услуг в Жовковском районе*. USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1996.

Вутерс Энмари, Елс Бредфорд. *Внедрение реформы в области управленческого учета и контроля в странах СНГ* Справочное руководство для медучреждений USAID ZdravReform Project, Abt Associates, Bethesda, MD. 1996.

Отделение: Хирургии

I-я ГКБ

Стац. леч-ние: 5дн.

Врач: _____

Диагноз: Грыжа (противопоказания

для лечения в амбулаторных условиях) Пациент: _____

Услуги	Посещения поликли. / А С В		Дни преб. в стационаре		
	1	2	1	2	
Оценка состояния пациента, АД, ПС, температура тела	удовлетвор.	удовлетвор.	удовлетвор.	удовлетвор.	>>
Анализы, диагностические процедуры	Общий анализ крови, сахар крови, общий анализ мочи, кала, Р-скопия ОГК, ЭКГ, коагулограмма		ПС, АД, группа крови	АД, ПС	>>
Медикаментозное и оперативное лечение			Успокоительное на ночь	Операция, премедикация, обезболивающее на ночь	>>
Режим больного	амб.	амб.	стац.	стац.	>>
Диета	#15	#15	#1	0	>>
Физиопроцедуры, ЛФК, манипуляции	Дыхательная гимнастика	Дыхательная гимнастика	Очистительная клизма		>>
Консультации	Хирург	Терапевт, кардиолог	Анестезиолог		>>
Обучение семьи, индивидуальная работа с больным, психоэмоциональные потребности			Беседа с пациентом о состоянии его здоровья и необходимости операции, согласие пациента	Уход за пациентом, соответственный режим	>>
Ожидаемый день выписки, обоснования, изменения продолжительности пребывания и диагноза	2	1	5	4	>>
Услуги	Поликлиника / А С В		С т а ц и о н а р		

Отделение: Хирургии

І-я ГКБ

Стац. леч-ние: 5дн.

Врач: _____

Диагноз: Грыжа (противопоказания

для лечения в амбулаторных условиях) Пациент: _____

Дни пребывания в стационаре			Посещения поликлиники / А С В	
3	4	5	1	2
Отвечает сложности операции	удовлетвор.	удовлетвор.	удовлетвор.	удовлетвор.
ПС, АД, ЭКГ, перевязка	Общий анализ крови	Перевязка	ПС, АД	ПС, АД, перевязка
Обезболивающее	Обезболивающее			
кочный	стац.	стац.	амб.	амб.
0	#1	#1	#15	#15
ЛФК, дыхательная гимнастика	ЛФК	ЛФК	ЛФК	ЛФК
			Участковый хирург (семейный врач)	Участковый хирург (семейный врач)
Дыхательные упражнения, состояние здоровья пациента, объем операции	Рекомендации по питанию пациента	Рекомендации по питанию пациента, дыхательные упражнения		
3	2	1	2	1
С т а ц и о н а р			П о л и к л и н и к а / А С В	