

## **Внутренние резервы финансирования психиатрической помощи**

Л.С.Шевченко, В.С.Ястребов, Т.А.Солохина, Н.А.Творогова.

*(Опубликована в Ж. Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – № 2. – с.28-33)*

Современное здравоохранение нуждается в серьезной финансовой поддержке. Без адекватного государственного финансирования нереально обновление материально-технической базы, устаревшей по оценке Главного контрольного управления администрации Президента на 60% [3], и улучшение материального положения работников здравоохранения, которое остается одним из самых низких среди отраслей народного хозяйства [6], а, кроме того, невозможно применение современных лечебных и организационных технологий. Однако анализ социально-экономической политики в отношении здравоохранения показывает, что наиболее трудно решаемой задачей является увеличение уровня его финансового обеспечения за счет государственных средств.

Вместе с тем, исследования ряда авторов [7,8,10] свидетельствует, что в самом здравоохранении имеются внутренние резервы для улучшения финансового функционирования отрасли, но эти резервы используются не достаточно полно. К их числу относятся, прежде всего, ускорение реструктуризация сети лечебно-профилактических учреждений, а также эффективное использование ресурсов (трудовых, материальных, финансовых) в этих учреждениях. Предполагается, что реализация указанных мер на практике приведет к перераспределению средств между различными секторами оказания медицинской помощи и к ликвидации неоправданных затрат. Это позволит обеспечить если не рост, то хотя бы стабильное финансовое положение отрасли, при условии, что, высвободившиеся в результате использования внутренних резервов средства, останутся в бюджете здравоохранения.

В связи с этим, вполне актуальным представляется выявление внутренних возможностей психиатрической службы для улучшения ее финансового положения.

Для реализации этой цели мы попытались: 1. оценить темпы реструктуризации сети психиатрических учреждений на разных уровнях управления службой (по стране в целом и по отдельным регионам); 2. проанализировать эффективность использования коечного фонда, как наиболее ресурсоемкого звена при оказании психиатрической помощи; 3. наметить возможные пути улучшения финансового положения психиатрической службы за счет внутренних средств.

Статистической базой исследования являлись формы государственной отчетности № 10, 30, 36 за 1993-2003 г.г. В качестве инструмента исследования использовалась разработанная нами методика анализа эффективности использования коечного фонда, суть которой будет описана ниже.

Напомним, что Программой реструктуризации сети здравоохранения (которая активно обсуждалась, но так и не была утверждена) предполагалось к 2006 году сократить стационарную помощь на 20% за счет развития стационарозамещающих форм. Это позволило бы устранить негативный дисбаланс в финансировании здравоохранения, который проявлялся в том, что в удельном весе объема финансирования на скорую помощь приходилось 9% средств, амбулаторно-поликлиническую 27%, стационарную 64% средств, и приблизить объемы финансирования по указанным видам помощи в 2006 году соответственно к 5%, 50%, и 45% [1]. При этом цель структурной перестройки отрасли, связанная с повышением финансовой эффективности службы, была бы достигнута. Однако, анализ заданных параметров по регионам страны показывает, что диспропорции в объемах медицинской помощи на разных этапах ее оказания сохраняются, развитие стационарозамещающих технологий тормозится, а реструктуризация сети стационаров идет крайне медленно. Как следует из данных официальной статистики, за период 1999-2003 гг. из более 1,5 млн. коек сокращено лишь 100 тысяч, что составляет 6,7 % от их общего количества в стране [9]. Общее количество психиатрических коек по России в целом снизилось за этот

период на 8722 коек, или на 5,0 %. Рассмотрим более подробно, как эти процессы происходили в отечественной психиатрии.

Прежде всего, следует отметить, что темпы сокращения психиатрического коечного фонда значительно отличались по территориям. Так, если в Белгородской области его сокращение составило 1,2%, Липецкой – 2,6%, то в Мордовии, Владимирской и Ивановской областях коечный фонд психиатрических стационаров уменьшился, соответственно, на 47,8, 42,5 и 34,1 %.

Позитивным, но медленно происходящим фактом структурных изменений в психиатрии, является развитие стационарозамещающих технологий. Так, число среднегодовых мест в дневных стационарах по России в целом за анализируемый период увеличилось всего на 1934 места или с 0,7 до 0,8 места на 100 диспансерных больных. При этом следует отметить, что в 17 территориях дневных стационаров не было вообще (в основном это имело место в автономных округах, входящих в состав краев и областей, в республиках и областях Южного и Дальневосточного федеральных округов и в Калининградской области), в 13 территориях число мест в дневных стационарах осталось на прежнем уровне (Белгородская, Курская, Рязанская, Ярославская, Новгородская области и др.), в 13 территориях наблюдалось уменьшение числа этих мест, порою в очень значительных масштабах. К примеру, в Архангельской области число мест сократилось с 70 до 1; в Астраханской области – со 100 до 25 мест, или в 4 раза; в Кемеровской области с 756 до 588 мест, или на 22,2%; в Якутии с 15 до 10 мест, или на 33,3%. В остальных территориях сокращение числа мест находилось в диапазоне от 1 до 15-20%. И только в 36 территориях Российской Федерации число мест в дневных стационарах возросло в той или иной мере. Например, в Смоленской области этот показатель вырос в 5,4 раза (с 33 до 180 мест), в Челябинской – в 3,9 раза (с 70 до 270 мест), в Башкортостане в 2,1 раза (с 50 до 105 мест), Чувашии в 2,2 раза (с 30 до 67

мест), в Хабаровском крае в 2,1 раза (с 50 до 105 мест). В остальных территориях число мест в дневных стационарах увеличилось в 1,1 – 1,4 раза.

Обращает на себя внимание и значительная разница в обеспеченности местами в дневных стационарах на 100 диспансерных больных. Самыми низкими эти показатели были в Архангельской области (0,01) и Приморском крае (0,05), республиках Алтай и Бурятия (0,06), Якутии (0,07). Наиболее высокие показатели отмечались в Калужской, Курганской, Самарской и Ивановской областях (соответственно, 4,3, 2,3, 3,0, 3,4 места на 100 диспансерных больных), Санкт-Петербурге (2,7) и Москве (1,8).

Проведенная нами оценка эффективности происходящих изменений в психиатрической службе России показала, что процентное соотношение больничной и внебольничной помощи в структуре объема ее финансирования составляло в 2003 году 90:10. Можно с уверенностью утверждать, что запланированное к 2006 г. Программой реструктуризации сети здравоохранения процентное соотношение стационарной и внебольничной помощи в объеме финансирования на уровне 45:55 в российской психиатрии достигнуто не будет.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что процесс реструктуризации психиатрической службы происходит, но его темпы, как и в общей сети здравоохранения, отстают от намеченных параметров и малоэффективны.

Вместе с тем, основываясь только на представленных данных, сложно судить о наличии возможных резервов по ускорению этого процесса. Поэтому дальнейший поиск внутренних возможностей по реструктуризации службы осуществлялся нами на примере конкретного региона, в качестве которого была выбрана психиатрическая служба г. Москвы. Для этой цели мы располагали необходимым статистическим материалом по конкретным лечебным учреждениям города.

Особый интерес для поиска резервов реструктуризации службы, а, следовательно, и для улучшения ее финансирования, представляет анализ

эффективности деятельности стационарного звена помощи, в частности, использование коечного фонда. В целом, стационарное звено психиатрической помощи в г. Москве по состоянию на 01.01.2003 года представлено 14266 койками, которые располагаются в больничных учреждениях, а также в клиниках НИИ и Вузов. Объектом нашего исследования послужили 14 психиатрических больниц для взрослого населения, коечный фонд которых составлял приблизительно 97% от общего числа психиатрических коек в г. Москве.

Как уже отмечалось выше, для анализа эффективности использования коечного фонда нами была разработана методика, которая состояла из трех этапов.

На первом этапе были проанализированы фактическое состояние и эффективность использования коечного фонда в указанных учреждениях (таблица № 1).

Следует подчеркнуть, что в 2003 году в Москве обеспеченность населения койками составляла 13,7 на 10 тыс. населения, что выше, чем в целом по России (11,5 койки на 10 тыс. населения). Показатель обеспеченности местами в дневных стационарах на 100 диспансерных больных также превышал среднероссийские цифры и составлял 1,8 против 0,8 по России. Вместе с тем, структурные преобразования в Москве, как и по стране в целом, идут недостаточно активно. Как видно из данных таблицы № 1, за период 1993-2003 г.г. коечный фонд практически не претерпел никаких изменений, и количество коек в анализируемых учреждениях снизилось всего на 168 или на 1,2 %. Между тем, как показывает дальнейший анализ, предпосылки к этому, безусловно, имелись.

При анализе показателей деятельности стационарных психиатрических учреждений обращает на себя внимание снижение *числа дней работы койки в году*. Если в 1993 г. число дней работы койки в году в этих больницах составляло 323 дня, то в 2003 г. всего 310 дней, т.е. снизилось на 4,0 %. Заметим также, что эта цифра значительно ниже аналогичного показателя,

предусмотренного Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи [5]. Для расчета потребности населения в стационарной медицинской помощи число дней работы койки в году в этом документе предусматривается на уровне 320 дней. Таким образом, фактическое положение дел указывает на существующие внутренние резервы по улучшению использования коечного фонда в анализируемых стационарах.

Кроме этого, нельзя не отметить и значительное повышение такого показателя, как *длительность пребывания больного на койке (средний койко-день)*. Так, в 2003 году он составил 63,9 дня и повысился по сравнению с 1993 г. на 5,5 дня или на 9,4 %.

Таблица № 1.

**Основные показатели деятельности изученных  
психиатрических больниц г. Москвы за 1993-2003 г.г.**

<i>Наименование показателей</i>	<i>1993</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2003</i>	<i>2003 в % к 1993</i>
Число коек (без наркологических)	14067	14169	13907	13899	98,8
Число дней работы койки в году	323	318	289	310	96,0
Средняя длительность пребывания больного на койке	58,4	60,2	60,9	63,9	109,4
Число дней простоя койки	7,6	8,9	16,1	11,3	148,7
Оборот койки	5,5	5,3	4,9	4,8	87,4

Естественно, что изменение 2-х вышеназванных показателей не могло не отразиться на обобщающем показателе использования коечного фонда – *обороте койки*. Если в 1993 г. оборот койки составлял в этих стационарах 5,5 то в 2003 г. упал до 4,8, т.е. снижение составило 0,7 пункта. При этом, как показал факторный анализ, наибольшее влияние на снижение оборота койки оказало увеличение длительности пребывания больного в стационаре (средний койко-день). Так, за счет этого фактора, снижение оборота койки составило 0,5 пункта, а за счет другого фактора – уменьшения числа дней работы койки в году обобщающий показатель эффективности использования коечного фонда снизился на 0,2 пункта.

Сокращение оборота койки за рассматриваемый период повлекло за собой почти 2-х кратное увеличение показателя *числа дней простоя койки* (с 7,6 до 11,3 дней), что также указывает на внутренние резервы по улучшению использования коек в анализируемых стационарах и необходимость их оптимизации.

В связи с полученными данными, следующий этап разработанной нами методики состоял в ориентировочном расчете возможного сокращения числа коек в изучаемых учреждениях. При этом расчет базировался на применении фактических, плановых и нормативных показателей деятельности психиатрических стационаров.

К *фактическим показателям* мы отнесли число госпитализированных больных в конкретные стационары и среднюю длительность их пребывания на койке, что отражало удовлетворение реально сложившихся потребностей населения в стационарной психиатрической помощи. *Плановые показатели* включали оборот койки, рассчитанный в соответствии с Методическими рекомендациями по повышению эффективности использования коечного фонда больничных учреждений [4]. *Нормативный показатель* – время простоя койки, связанное с приемом нового пациента, и указанное в этих рекомендациях.

Расчет проводился с использованием данных формы № 30 годового отчета психиатрических стационаров г. Москвы для взрослого контингента пациентов за 2003 год по формуле:

$K = B : O$ , где:

**K** – необходимое количество коек;

**B** – число госпитализированных больных;

**O** – плановый оборот койки.

В свою очередь плановый оборот койки (**O**) рассчитан по формуле:

$O = 365 : (T + 1)$ , где

**365** – количество дней в году;

**T** - средняя длительность пребывания больного на койке;

**1** – нормативное время простоя койки, связанное с приемом нового больного.

Результаты расчета представлены в таблице № 2. Как показывают данные этой таблицы, расчетное количество коек, которое обеспечивает сложившиеся потребности взрослого населения г. Москвы в стационарном психиатрическом лечении, составляет 11920, т.е. существующий коечный фонд может быть уменьшен на 1980 коек или на 15 %. Установлено, что резервы для сокращения коек имеются практически во всех больницах.

Еще одним аргументом в пользу возможного сокращения коечного фонда является то, что в условиях ограниченных финансовых средств, поддержание неиспользуемых ресурсов, в том числе и незанятой больничной койки, требует огромных экономических затрат. Эти средства, в свою очередь, могут рассматриваться, как внутренние резервы финансирования, при условии, что вся, полученная за счет сокращения коечного фонда, экономия остается в бюджете психиатрической службы и используется для ее внутренних нужд.

Результаты проведенных расчетов показали, что за счет возможного сокращения 1980 коек психиатрическая служба г. Москвы могла бы эффективнее использовать 188 млн. рублей, в частности, для

дополнительного развертывания мест в дневных стационарах. Однако практическая реализация мер по сокращению психиатрических коек и увеличению мест в дневных стационарах сдерживается существующей нормативной базой в области финансирования.

Таблица № 2.

**Расчетная потребность в психиатрических койках для взрослого населения г. Москвы.**

№№ ПБ	Число госпитализированных больных (Б)	Средняя длительность пребывания на койке (Т)	Среднее время простоя койки (1)	Плановый оборот койки (О)	Фактическое количество коек	Расчетное количество коек (К)
№ 1.	11281	51,5	1,0	7,0	2064	1610
№ 2.	1989	115,0	1,0	3,1	640	640
№ 3.	5126	47,9	1,0	7,5	955	685
№ 4.	8996	47,8	1,0	7,5	1510	1200
№ 5.	1068	635,6	1,0	0,6	2010	1780
№ 7.	1627	12,4	1,0	27,2	80	60
№ 8.	8518	34,4	1,0	10,3	1000	830
№ 9.	392	224,4	1,0	1,6	270	245
№10.	1074	168,4	1,0	2,1	510	515
№12.	2472	17,9	1,0	19,3	120	130
№13.	8630	65,4	1,0	5,5	1600	1570
№14.	6658	47,7	1,0	7,5	1100	890
№15	9312	58,0	1,0	6,2	1740	1505
№16.	258	373,7	1,0	1,0	300	260
<b>Итого:</b>					<b>13899</b>	<b>11920</b>

До настоящего времени психиатрические больницы финансируются по величине затрат за предыдущий год, размер финансирования определяется не числом пролеченных больных, а числом штатных коек, которые определяют также количество административно-хозяйственных работников, количество транспорта, категорию больницы и зарплату администрации. Таким образом, принципы и объекты финансирования медицинской помощи не способствуют ускорению реструктуризации сети – ни сокращению коечного фонда, ни повышению эффективности его использования, а напротив, только усугубляют негативные процессы, приводя к расточительству и без того скудных финансовых ресурсов.

Вместе с тем, несмотря на имеющиеся резервы по сокращению коечного фонда, практические шаги в этом направлении должны быть продуманными и взвешенными. Мы полагаем, что реорганизация психиатрической службы не должна обернуться простым свертыванием коек. Требуется дальнейший детальный анализ структуры контингентов психиатрических стационаров, поиск форм работы стационаров, не только ориентированных на сохранение социальной адаптации больных, но и являющихся более экономичными. К числу мер, направленных на повышение эффективности использования коек в психиатрических больницах, можно отнести их перепрофилизацию (например, открытие больницы полностью использующейся для пограничных больных) или частичную перепрофилизацию с организацией в больницах дополнительных отделений для больных с психическими нарушениями пограничного уровня и геронтологических больных; создание при больницах отделений по типу общежитий – пансионатов для хронически больных; использование части коек в режиме полустационаров; превращение ресурсов одного из отделений в стационар на дому.

Помимо сказанного, необходимо убедиться также в том, что внебольничная помощь находится в развитии, что она доступна для большинства потребителей, только тогда можно проводить столь

радикальную реформу, связанную с сокращением коечного фонда. Эти вопросы неоднократно на протяжении многих лет обсуждались в научной литературе, однако они, как видим, не получили еще окончательного решения.

К сожалению, в настоящее время в Москве стационарозамещающие формы помощи развиваются недостаточно динамично. Так, например, за период 1993-2003 г.г. число психоневрологических диспансеров снизилось с 24 до 23; число среднегодовых мест в дневных стационарах возросло всего на 18 %. За тот же период времени в 2,0 и в 2,2 раза, соответственно, увеличилось число психоневрологических и психотерапевтических кабинетов, однако их количества (27 и 127, соответственно) явно не хватает для такого мегаполиса, как Москва.

Таким образом, исследованием установлено, что психиатрическая служба располагает достаточными внутренними резервами для улучшения финансового положения. Прежде всего, речь должна идти об ускорении темпов реструктуризации службы, поскольку соотношение в объемах финансирования больничной и внебольничной психиатрической помощи (90:10) не удовлетворяет требованиям структурной перестройки в отрасли. Кроме того, необходимо повысить эффективность деятельности стационарного звена психиатрической помощи, т.к. нерациональное использование коечного фонда приводит к нецелесообразному расходованию финансовых средств. Дальнейшее ускорение этих процессов зависит от изменения нормативной базы в области финансирования стационарной помощи и более решительного внедрения стационарозамещающих форм, в том числе с опорой на сообщество.

#### *Литература:*

1. Вялков А.И. О задачах Минздрава России, органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации по формированию системы непрерывного улучшения качества в здравоохранении.// В сборнике

- докладов расширенного заседания коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 18-21 марта 2003 г. М., 2003, с. 37-54.
2. Кравченко Н.А., Баженова А.И., Флек В.О., Селезнев И.Ю. Экономический анализ реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2002 году. // Здравоохранение, № 1, 2004, с.15-30.
  3. Материалы проверки Главного контрольного управления администрации Президента. // Политбюро, 2003, № 5, с. 57
  4. Методические рекомендации по повышению эффективности использования коечного фонда больничных учреждений.// М., 1999, 27 с.
  5. «Положение о разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией». Постановление Правительства Российской Федерации от 06.05.03 № 255.
  6. Рейтинг заработной платы по отраслям народного хозяйства за 2003 год. Статистические материалы. // Экономика и жизнь, 2004, № 5, с. 40
  7. Совершенствование управления здравоохранением. Методические рекомендации по развитию здравоохранения. // М., 2003, 120 с.
  8. Шевченко Ю.Л. Основные направления реализации государственной политики в области здравоохранения.// Проблемы управления, 2002, № 3, с. 2-9.
  9. Шевченко Ю.Л. Об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 году и мерах по повышению качества медицинской помощи.// В сборнике докладов расширенного заседания коллегии Министерства здравоохранения Российской Федерации 18-21 марта 2003 г. М., 2003, с. 3-16.
  10. Шишкин С.В. Новые требования к системе финансирования медицинских учреждений федерального подчинения. // Экономика здравоохранения, 2001, № 1. с.26-29.