

УДК617.714 – 004.1 – 07 – 085/- 089.2:617.741 – 089.87

РОЛЬ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ В ФОРМИРОВАНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И.Г. Заборовская

Учреждение здравоохранения

«Территориальное медицинское объединение № 2» г. Гродно



Заборовская Ирина Генриховна -
врач-офтальмолог первой аттестационной
категории. Автор 20 научных работ по различным
разделам офтальмологии.

В исследовании представлены результаты изучения 2778 случаев госпитализации городских жителей в офтальмологические отделения различного уровня по поводу катаракты за трехлетний промежуток времени.

Выявлены факторы, оказывающие влияние на продолжительность стационарного лечения.

Ключевые слова: офтальмологическая помощь, катаракта, результативность, экономический аспект.

The results of 2778 cases of the hospitalization of urban population into different ophthalmological divisions because of the cataract during the 3-year period are presented in the research.

The factors determining the period of the medical treatment in hospitals are revealed.

Key words: ophthalmologic assistance, cataract, efficiency, financial aspect.

В силу ограниченности финансирования здравоохранения при оценке эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений имеет большое значение анализ экономической составляющей, т.е. соотношения фактических затрат на использованную технологию и нормативных. Введение в практику медицинских учреждений элементов рыночных отношений потребовали разработки новых методологических подходов к оценке эффективности их деятельности и качества предоставляемой ими медицинской помощи [2, 4].

Остаются недостаточно изученными параметры, характеризующие связь использованных технологий и затрат на лечебный процесс, что обусловлено недооценкой финансово-экономических факторов в организации лечебно-диагностического процесса и отсутствием простых надежных методик учета затрат и расчета стоимости лечения [3, 5, 6, 7].

Изучение эффективности медицинской помощи и определяющих ее критериев является основой для разработки мероприятий, стимулирующих деятельность медицинского персонала по обеспечению гарантированного качества медицинских услуг [1].

Материалы и методы. Работа выполнена на базе медицинских подразделений областной и городской клинических больниц, имеющих хорошую материально-техническую оснащенность и укомплектованность медицинским персоналом.

Объект исследования – контингент госпитализированных в эти медицинские подразделения с патологией органа зрения (катарактой) в количестве 2778 человек за трехлетний период времени.

Особенностью методики, использованной в настоящем исследовании, является ее комплексность, включающая применение на разных этапах социально-гигиенических, статистических, социологических, экономических, экспертных методов, моментных наблюдений.

При разработке материала проводились всевозможные группировки признаков: биологические (пол), социально-демографические (возраст, семейное положение), социально-экономические (занятость в общественном производстве, пенсионеры, инвалиды, материальное положение, образование), уровень лечебно-профилактических учреждений (городские, областные), виды катаракты (старческая, вторичная, осложненная) и др.

Результаты и обсуждение. Эффективность офтальмологической помощи представляет собой степень достижения конкретных результатов при соответствующей квалификации медперсонала, медико-технологическом обеспечении, адекватности использованной технологии, удовлетворенности пациентов и материальных затратах. Как показали результаты данного исследования, значимость компонента «экономичности» (материальные затраты) в формировании итогового показателя эффективности составляет 24,0%. Коэффициент «экономичности» представляет собой соотношение нормативных затрат и фактически имевших место.

Наиболее распространенным показателем, характеризующим результативность работы больничных учреждений, может служить средняя продолжительность пребывания в стационаре, которую в случае необходимости можно перевести в стоимостное выражение.

Поскольку учет расходованных средств на конкретного больного в республике не ведется, а определение затрат требует специально проведенного исследования, предлагается учитывать усредненные расходы на 1 койко-день в соответствующем структурном подразделении. В случае отсутствия необходимых сведений для расчета этого коэффициента, его можно определить соотношением количества койко-дней, необходимых для лечения определенной нозологической формы согласно стандарту или протоколу ведения больного, и фактического среднего срока по ЛПУ или конкретного врача за интересующий промежуток времени. Однако, учитывая связь ($P < 0,05$) продолжительности стационарного лечения с наличием установленных нами факторов, не зависящих от лечащего врача-офтальмолога, для объективизации его деятельности целесообразно введение поправочного индекса сложности. Предлагается следующая методика его определения. Шкала оценок каждого фактора, потенциально способствующего удлинению срока лечения, устанавливается в баллах.

1. Возраст: трудоспособный – 0,5; нетрудоспособный – 1,0.

2. Вид катаракты: старческая, травматическая, врожденная, вторичная – 0,5; осложненная – 1,0.

3. Догоспитальное обследование: проведено – 0,5; отсутствует – 1,0.

4. Госпитализация: обоснованная – 1,0; необоснованная – 0,5.

5. Госпитализирован: впервые – 0,5; повторно – 1,0.

6. Сопутствующие заболевания: имеются – 1,0;

отсутствуют – 0,5.

7. Место госпитализации: областная больница – 0,5; городская – 1,0.

8. Выписка из стационара: досрочно по личной просьбе, преждевременная, перевод для долечивания – 0,5; другие – 1,0.

9. Исход лечения: достижение оптического эффекта – 0,5; без перемен – 1,0.

Поправочный индекс сложности (I_c) рассчитывается соотношением индекса сложности (A_n) отдельного офтальмолога или организации здравоохранения со средним индексом сложности (A_c), сложившимся в конкретных условиях на данной территории, принятым за стандарт (формула 1)

$$I_c = \frac{A_n}{A_c} \quad (1)$$

Индекс сложности (A) определяется средним количеством баллов (B), приходящимся на одного больного катарактой (Π) с учетом имевших место факторов риска (Φ), и может быть представлен в виде формулы 2.

$$A_{n,c} = \frac{\sum B}{\Pi \Phi} \quad (2)$$

Пример расчета поправочного индекса сложности у врача-офтальмолога под № 5 представлен в таблице.

Таким образом, коэффициент экономичности (K_3) можно представить в виде формулы 3.

$$K_3 = I_c \frac{C_n}{C_\phi} \quad (3)$$

где I_c – поправочный индекс сложности;

C_n – нормативный средний срок лечения в стационаре;

C_ϕ – фактический средний срок лечения одного больного в учреждении здравоохранения или у конкретного врача-офтальмолога.

$$\text{Отсюда } K_3 = 0,96 \frac{12,83}{11,55} = 1,07$$

Сверхнормативное пребывание в стационаре будет характеризоваться оценкой «удовлетворительно» при коэффициенте (K_3) 0,89 и ниже, «хорошо» – 0,9–0,99, а «отлично» – 1,0 и выше при надлежащем качестве и медицинской результативности, что свидетельствует об экономической эффективности.

Таким образом, коэффициент экономичности у врача-офтальмолога под № 5 (1,07) соответствует оценке «отлично».

Выводы

1. В формировании уровня эффективности офтальмологической помощи значительная роль принадлежит компоненту «экономичности», степень влияния которого составляет 24,0%.

2. При оценке материальных затрат на стационарное лечение офтальмологических больных необходимо учитывать факторы, оказывающие влияние на них (возраст пациента, форма заболевания, догоспитальное обследование, обоснованность госпитализации, сопутствующие заболевания, порядковый номер и место госпитализации, причина выписки и др.).

Литература

1. Глушанко В.С., Колосова Т.В. Эффективность медицинских технологий и критерии, определяющие их удовлетворительную оценку // Вопр. организации и информатизации здравоохранения. – 1998. – № 5. – С. 19 – 23.
2. Дубынина Е.И. К вопросу использования ресурсов здравоохранения // Экономика здравоохранения. – 1997. – № 3. – С. 28 – 31.
3. Орлов В.А., Гиляревский С.Р. Экономическая оценка эффективности лечения (Обзор литературы) // Здравоохранение Рос. Федерации. – 1997. – № 2. – С. 13 – 16.
4. Светличная Т.Г. Оценка качества стационарной помощи по конечному результату // Пробл. социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 1999. – № 3. – С. 34 – 36.
5. Филипс С., Томпсон Г. Что такое затратная эффективность? // Клинич. фармакология и терапия. – 1999. – № 1. – С. 51 – 53.
6. Cost – effectiveness in health and medicine / M.R. Gold, J.E. Siegel, L.B.Russel et al. (editors). – Oxford University Press, New York, 1996. – P.120 – 134.
7. Methods for the economic evaluation of health care programs / M.F.Drummond, B. O’Brien, G.L. Stoddart, G.W. Torrance // Oxford University Press, 1997.

Таблица. Методика расчета поправочного индекса сложности у врача-офтальмолога № 5

№ п/п	Факторы	Количество больных	Оценка в баллах	Сумма баллов	Расчет
1.	Возраст: трудоспособный пенсионный	21 52	0,5 1,0	10,5 52	$A_s = \frac{\sum B}{ПФ} = \frac{510}{73 \times 9} = 0,78$
2.	Катаракта: осложненная другие формы	53 20	1,0 0,5	53 10	
3.	Догоспитальное обследование: проведено отсутствует	33 40	0,5 1,0	16,5 40	$I_c = \frac{A_s}{A_c} = \frac{0,78}{0,81} = 0,96$
4.	Госпитализация: обоснованная необоснованная	56 17	1,0 0,5	56 8,5	
5.	Госпитализирован: впервые повторно	63 10	0,5 1,0	31,5 10	
6.	Сопутствующие заболевания: имеются отсутствуют	68 5	1,0 0,5	68 2,5	
7.	Тип лечебного учреждения: областное городское	73 –	0,5 1,0	36,5 –	
8.	Выписка из стационара: по личной просьбе, преждевременная, перевод для долечивания остальные	5 68	0,5 1,0	2,5 68	
9.	Исход лечения: без перемен улучшение	16 57	1,0 0,5	16 28,5	
Ф	Всего	73(П)		510(ΣБ)	

Resume

THE ROLE OF FINANCING IN THE PROVISION OF EFFICIENT OPHTHALMOLOGICAL ASSISTANCE

Zaborowskaja I.G.

Policlinik № 2, Grodno

The level of efficiency of medical intervention in the treatment cataract has great dependence (24,0%) on the continuation of medical treatment in hospital and on other factors: beds provision, age, other pathologies, number of hospitalizations and ambulatory diagnosis etc.