

# СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

УДК 614.2(470.12)

© М.Д. Дуганов

© А.А. Шабунова

© К.Н. Калашников

## Стационарозамещающие технологии в региональном здравоохранении: организационно-экономический аспект

*В статье рассматриваются стационарозамещающие технологии в контексте общей структуры медицинской помощи, обсуждаются перспективы и проблемы их внедрения в медицинскую практику учреждений здравоохранения Вологодской области с позиций экономической эффективности.*

*Стационарозамещающие технологии, интерфейс, здравоохранение, территориальная программа госгарантий, метод минимизации затрат, экономический эффект, регион.*



**Михаил Давидович  
ДУГАНОВ**

кандидат медицинских наук,  
зам. начальника Департамента здравоохранения Вологодской области  
mduganov@rambler.ru



**Александра Анатольевна  
ШАБУНОВА**

кандидат экономических наук,  
зав. отделом Института социально-экономического развития территорий РАН  
aas@vscc.ac.ru



**Константин Николаевич  
КАЛАШНИКОВ**

аспирант, инженер-исследователь ИСЭРТ РАН  
konstantino-84@mail.ru

Идею о развитии стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи<sup>1</sup>, о которых с недавнего времени вновь заговорили в контексте проводимых реформ

<sup>1</sup> Стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи (стационарозамещающие технологии – СЗТ) – это оказываемые в амбулаторно-поликлинических учреждениях специализированные виды медицинской помощи, традиционно считавшиеся доступными только для стационаров круглосуточного пребывания.

здравоохранения, вряд ли можно признать оригинальной даже для российской действительности. Ещё в 1988 г. на Всесоюзном съезде врачей Е.И. Чазов, будучи министром здравоохранения СССР, назвал внедрение дневных стационаров в повседневную практику медицинских учреждений важной задачей на ближайшее будущее [1]. Сегодня, спустя более чем 20 лет, стоит признать, что

существенных успехов в этом направлении практически не достигнуто. Как показывают статистические данные, складывается заметная дифференциация регионов РФ по показателям распространения малозатратных форм медицинской помощи. К примеру, в части обеспеченности населения койко-местами в дневных стационарах как структурных подразделениях амбулаторно-поликлинических учреждений разброс между регионами России составляет 60 раз [5].

Несмотря на то, что большая привлекательность дневных стационаров и стационаров на дому перед традиционным стационарным лечением понимается в единстве трёх производимых ими эффектов — медицинского, экономического и социального, при анализе дискуссий, завязывающихся вокруг стационарозамещающих технологий в высших политических кругах в последние годы, складывается впечатление, что всё более пристального внимания удостоиваются их утилитарные преимущества. Развитие стационарозамещающих технологий рассматривается сегодня не только как один из аспектов реструктуризации стационарного звена, но и как инструмент балансировки Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (установление соответствия между планируемыми объёмами услуг и фактическими объёмами финансирования Программы).

При этом рационализация расходов осуществляется путём частичной замены практик оказания медицинских услуг в условиях стационара лечением с использованием стационарозамещающих технологий, что позволяет преодолеть сложившиеся диспропорции между объёмами медицинских услуг на догоспитальном и госпитальном этапах лечения. Заметим, что последнее было заявлено в качестве одного из направлений деятельности по модернизации и развитию здравоохранения в рамках Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ [2].

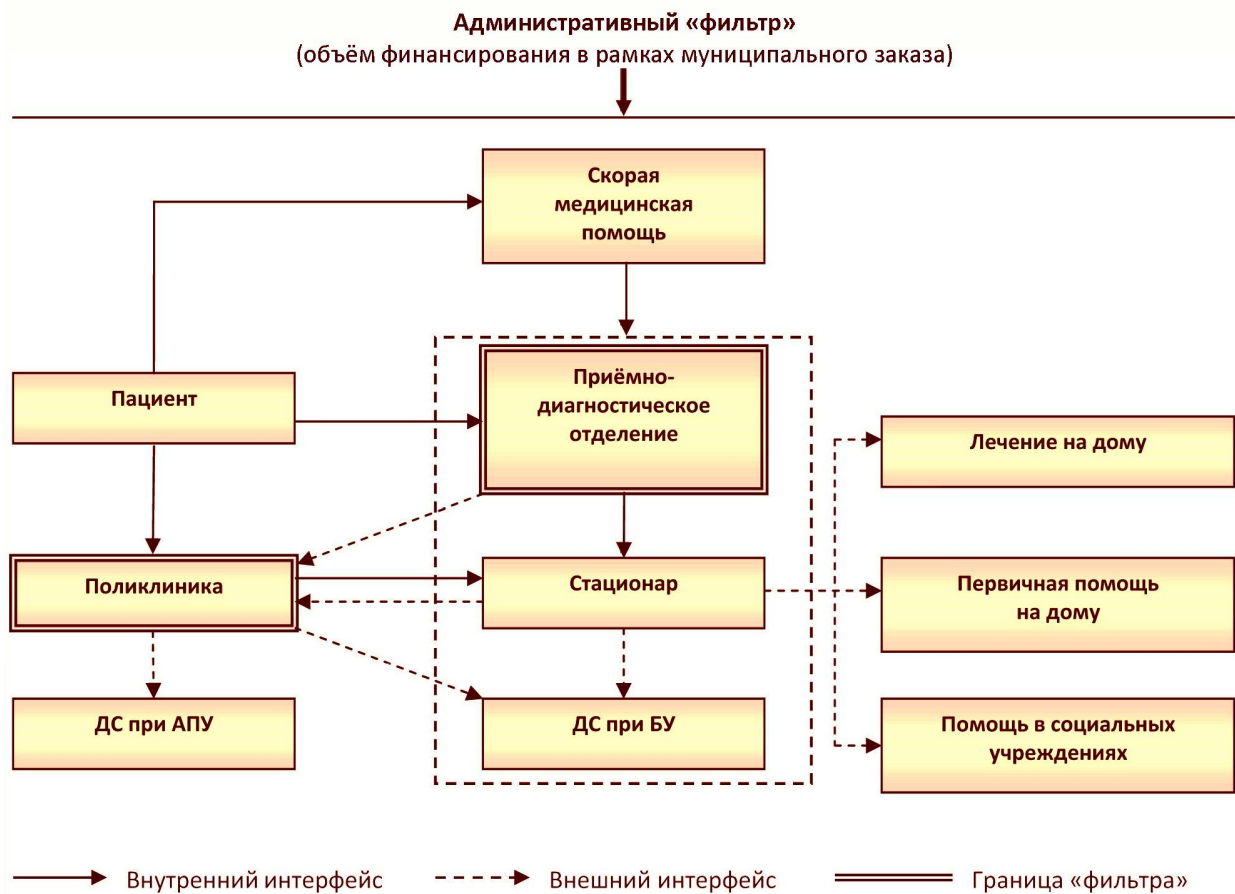
Учитывая эти положения, мы считаем целесообразным проанализировать функционирование и развитие СЗТ в ключевом аспекте — организационно-экономическом. Для этого с позиций системного подхода рассмотрим место и роль стационарозамещающих форм медицинской помощи в общей структуре медицинской помощи, а также оценим те экономические эффекты, которые были реально достигнуты посредством распространения дневных стационаров в Вологодской области.

### **1. Стационарозамещающие технологии в свете теории «интерфейсов».**

Успехи научно-технического прогресса, изменяющееся общественное мнение, а также реформаторские преобразования в сфере организации здравоохранения привели к заметным трансформациям в традиционной системе взглядов на структуру медицинской помощи и, в частности, на отношения между её амбулаторным и стационарным видами. Границы между основными секторами медицинской помощи теперь стали менее чёткими и в то же время подвижными, однако в этой структурной мобильности видится скрытый потенциал и значительный фактор совершенствования лечебного процесса.

В этой связи в науке и практике здравоохранения, начиная ещё со второй половины XX в., наблюдается актуализация научного интереса к теории связующих звеньев, важнейшим элементом которой выступает понятие интерфейса («interface») — границы перехода больных от одного вида лечения к другому или точки пересечения между различными уровнями медицинской помощи [7]. На представленной здесь схеме (*рисунок*) показаны два вида подобных связей: 1) внутренние, направляемые от потребителя медицинской помощи к её поставщику, и 2) внешние, направленные от стационарной помощи к лечению в условиях стационарозамещающих технологий и внебольничному лечению. При этом выделяются два типа системообразующих

Система внутренних и внешних связей в структуре  
медицинской помощи в здравоохранении Вологодской области



Примечание. АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение; БУ – больничное учреждение; ДС – дневной стационар.

механизмов: ограничивающие поступление больных в стационар («фильтры») и компенсаторные механизмы, посредством которых медицинская помощь оказывается пациентам, не нуждающимся в госпитализации.

Интерфейсы содержат граничные пункты, допускающие переориентацию и фильтрацию больных, и рассматриваются как организационные площадки для создания фильтров – механизмов контроля над уровнем госпитализаций на основе оценки её обоснованности. Организационные механизмы, именуемые фильтрами, обозначают границу перехода к стационарному звену медицинской помощи, где осуществляется контроль целесообразности госпитализации. Такими фильтрами являются

амбулаторно-поликлинические учреждения, в рамках которых ответственность за принятие решений относительно рациональности направления больного в стационар возложена на врачей первичного контакта, а также приёмно-диагностические отделения (ПДО), сформированные на базе стационаров и принимающие пациентов, поступивших в больницу, минуя поликлинику. Наконец, роль фильтра, сдерживающего распространение стационарной медицинской помощи, выполняет административно-финансовый барьер: объёмы медицинской помощи, предоставляемой в ЛПУ региона, оплачиваются лишь в масштабах, ограниченных рамками муниципального заказа здравоохранения, в основу которого положены общефедеральные нормативы

по ключевым ресурсным показателям [3]. Компенсаторными механизмами в рамках представленной схемы являются стационарзамещающие технологии (в данном случае – ДС), оказание социальной помощи в специализированных учреждениях и др.

Все фильтры, как созданные на внутренних интерфейсах, так и действующие в системе внешних связей, служат одной цели – рационализировать медицинскую помощь, переориентируя часть пациентов стационара в учреждения амбулаторного профиля. Однако, несмотря на единство задач, принципы функционирования внешнего и внутреннего фильтров несколько различаются.

Внутренние фильтры позволяют ограничивать приём в стационар на догоспитальном этапе, в режиме перманентно-ситуативной оценки обоснованности и целесообразности госпитализации в частном случае обращения больного в медицинское учреждение. При этом решается вопрос о том, должен ли тот или иной пациент проходить курс стационарного лечения или же для его клинического случая будет вполне достаточно набора амбулаторных процедур. Субъектом подобной системы допуска, как правило, выступает врач первичного контакта (врач общей практики), выполняющий функцию интерпретатора медицинской информации и «привратника» на границе перехода «первичная – вторичная медицинская помощь».

Опыт здравоохранения западных стран убедительно доказывает большую экономическую привлекательность данной модели: эмпирически доказано, что уровень издержек в системе, где за пациентом оставляется право непосредственного обращения к врачу узкого профиля, выше, чем в системах, характеризующихся существованием разделительного звена в лице врача общей практики между больным и узким специалистом. Однако если в отношении истинности тезиса о том, что часть

пациентов находится на лечении в стационарных условиях необоснованно, далеко не все исследователи и лица, ответственные за принятие решений в политике здравоохранения, достигли консенсуса, то в отношении возможности и необходимости сокращения сроков пребывания в больничных палатах за счёт повышения интенсивности медицинской помощи и привлечения современных технических средств диагностики и лечения практически все эксперты солидарны [7].

В этой связи более перспективным и, вероятно, связанным с меньшим уровнем риска возникновения социальной напряжённости представляется создание фильтров внешнего интерфейса. Их значение сводится к сокращению необоснованно длительных сроков пребывания в стационаре лиц, уже являющихся его пациентами. Несмотря на непопулярную окраску этого пожелания, оно означает интенсификацию лечебного процесса и повышение эффективности медицинской помощи, что никак не противоречит принципам социальной справедливости<sup>2</sup>. Тем более развитие медицинских технологий и появление новых инструментов диагностики и лечения предоставляют для этого широкие возможности.

Известно, что применение СЗТ ориентировано на ограничение неэффективных расходов здравоохранения, связанных с дорогостоящим стационарным лечением. В частности, использование СЗТ позволяет снизить затраты за счёт увеличения оборота койки, уменьшения расходов на оплату труда медицинского персонала (при упразднении ночных дежурств медицинского персонала), снижения затрат на коммунальные услуги и питание при организации сменной работы

<sup>2</sup> Здесь речь идёт о растущих ожиданиях граждан относительно качества и условий оказания медицинской помощи. И эта тенденция в будущем только усилится, поскольку экономическое развитие страны будет сопровождаться ростом благосостояния граждан и расширением категории среднего класса, которые будут выдвигать принципиально новые требования к уровню лечения и медицинского сервиса.

дневного стационара [4]. Но настолько ли велики эти преимущества? И может ли оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях составлять реальную конкуренцию стационарному лечению хотя бы в части экономических успехов? Используя экономический инструментарий оценки и опираясь на данные Вологодской области, постараемся ответить на эти вопросы.

## 2. Оценка экономического эффекта от использования стационарозамещающих технологий в регионе: метод «СМА».

Традиционно экономический анализ сводится к сравнительной оценке нескольких альтернативных вариантов распределения ресурсов, когда оцениваются затраченные средства и прогнозируются предполагаемые результаты, исходя из чего и делается вывод о предпочтительности того или иного сценария принятия решений. Однако если расходы имеют вполне конкретное выражение в денежных единицах, эффекты, в особенности социальные, поддаются измерениям с гораздо большим трудом. В конечном итоге успех экономических расчётов в здравоохранении определяется тем, насколько эффективно будут определены достигаемые результаты.

В настоящей статье в качестве базового варианта вложения средств рассматривается стационарное лечение, в качестве альтернативы — стационарозамещающие технологии, экономический эффект от использования которых рассчитывается в терминах затрат, избегаемых благодаря частичному замещению стационарной помощи амбулаторной в дневных стационарах.

Фактически речь идёт о собственно экономическом анализе с использованием классического метода минимизации стоимости (по *Drummond M. — cost-minimization analyses, СМА*). Он отражает один из ключевых принципов экономики здравоохранения: в процессе принятия управленческого решения относительно предпочтительности того или иного варианта лечения (медицинской программы, коммерческой операции и др.)

из двух или нескольких «конкурирующих» альтернатив выбор падает на вариант, который связан с наименьшим уровнем расходов, но при условии равнозначности достигаемых ими эффектов, помимо экономического <sup>3</sup>[6].

Экономия от снижения затрат на лечение при использовании стационарозамещающих технологий рассчитывается как разница стоимости сравнительных медицинских технологий (в данном случае используются затраты на один койко-день в круглосуточном стационаре и пациенто-день<sup>4</sup> — в дневном) в расчёте на объём фактических случаев оказания медицинской помощи за рассматриваемый промежуток времени:

$$E_e = (C_{b.d.} - C_{p.d.}) \times Q_{p.d.},$$

где  $E_e$  — экономический эффект;

$C_{b.d.}$  — средняя стоимость одного койко-дня в круглосуточном стационаре;

$C_{p.d.}$  — средняя стоимость одного пациенто-дня в дневном стационаре;

$Q_{p.d.}$  — количество пациенто-дней в дневных стационарах за год.

Поскольку стоимость койко-дня и пациенто-дня в рамках бюджетного и страхового сегментов финансирования различна, анализ экономического эффекта СЗТ проводится по двум разделам в отражение существующих каналов финансирования. В *таблице 1* представлены результаты данных расчётов: размер экономического эффекта представлен здесь как в абсолютных показателях стоимости, так и в долевом

<sup>3</sup> Здесь может показаться, что используемый подход близок к анализу «затраты — выгоды», поскольку достигаемые эффекты выражаются в стоимостных показателях, однако последний подразумевает оценку не только и не столько экономии средств, сколько возможной экономической отдачи от проекта (например, сохранение производительности труда и трудоспособности при использовании технологий малоинвазивных вмешательств или амбулаторном лечении).

<sup>4</sup> Здесь и далее термин «пациенто-день» применяется как единица объёма медицинской помощи, оказываемой в ДС (в отличие от термина «койко-день», традиционно применяемого в отношении круглосуточного стационара).

Таблица 1. Масштабы экономического эффекта от использования стационарозамещающих технологий в Вологодской области

Источник финансирования	Показатель	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
ОМС	Разница стоимости	227,77	289,31	492,11	562,5	681,78
	$Q_{p.d.}$ , всего	361 760	428 960	490 280	536 760	767 840
	$\Sigma E_{\partial}$ , руб.	82 398 075,2	124 102 418	241 271 691	301 927 500	523 497 955
	Доля $E_{\partial}$ от $\Sigma$ ТППГ, %	2,3	3,1	5	5	8
Бюджет	Разница стоимости	132,35	111,81	99,95	468,19	530,45
	$Q_{p.d.}$ , всего	100 800	102 200	109 760	108 080	103 600
	$\Sigma E_{\partial}$ , руб.	13 340 880	11 426 982	10 970 512	50 601 975,2	54 954 620
	Доля $\partial$ от $\Sigma$ ТППГ, %	0,4	0,3	0,2	0,8	0,8
Всего, бюджет + ОМС	$Q_{p.d.}$ , всего	462 560	531 160	600 040	644840	871 440
	$\Sigma E_{\partial}$ , руб.	95 738 955,2	135 529 400,0	252 242 202,8	352 529 475	578 452 575,2
	Доля $\partial$ от $\Sigma$ ТППГ, %	2,7	3,4	5,2	5,8	8,8

Где:  $Q_{p.d.}$  – число пациенто-дней в дневных стационарах;  $\partial$  – размер экономического эффекта; ТППГ – объём Территориальной программы госгарантий.  
Источник: рассчитано по данным Департамента здравоохранения Вологодской области.

виде относительно всего объёма финансовых средств Территориальной программы госгарантий (ТППГ). К примеру, в 2008 г., благодаря работе дневных стационаров в региональных ЛПУ, удалось добиться экономии общественных средств в размере чуть менее 9% от всего финансового массива ТППГ, причём преимущественно за счёт расходов системы ОМС. В целом по Вологодской области функционирование СЗТ обеспечивало существенный объём экономии общественных ресурсов и с устойчивой тенденцией роста в течение всего анализируемого периода.

Однако важнее показать не эффект от использования новой технологии, а её экономическую эффективность, то есть выразить отношение эффекта к затратам, с которыми сопряжено его достижение. Для этого существует коэффициент эффективности (экономичности) технологии, который выражает эффект в виде экономии, получаемой на каждую единицу вложенных средств.

В этом случае снижение стоимости на реализацию лечебного процесса за счёт возможностей СЗТ (альтернативной технологии) рассматривается как эффект, стоимость же применения самой технологии составляет затраты:

$$K_e = \frac{C_{b.d.} - C_{p.d.}}{C_{p.d.}},$$

где  $K_e$  – коэффициент экономичности;  
 $C_{b.d.}$  – средняя стоимость одного койко-дня в круглосуточном стационаре;  
 $C_{p.d.}$  – средняя стоимость одного пациенто-дня в дневном стационаре.

Согласно данным за 2008 г., денежные вложения в стационарозамещающие технологии в 1,7 раза эффективнее, чем в круглосуточные стационары, и в 3 раза эффективнее, если речь идёт о стоимости медицинской помощи в рамках фондов ОМС.

Таким образом, при прочих равных условиях (прежде всего при достижении равного медицинского результата), стационарозамещающие технологии существенно эффективнее стационарных. Аналогичные расчёты за ряд лет выявляют рост коэффициента эффективности СЗТ для здравоохранения Вологодской области, особенно в отношении страховых средств (табл. 2).

Говоря о методе минимизации затрат, мы, однако, должны признать, что сравнение двух альтернативных способов лечения на основе только стоимостных показателей скрывает важное методологическое допущение об эквивалентности качества и

Таблица 2. Затраты на лечение в условиях круглосуточного и дневного стационаров (руб.) и коэффициент эффективности дневных стационаров в Вологодской области

Показатели	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС	Бюджет	ОМС
$C_{b.d.}$	254,91	397,89	240,03	462,59	281,06	669,59	744,87	762,27	843,17	909,25
$C_{p.d.}$	122,56	170,12	128,22	173,28	181,11	177,48	276,68	199,77	312,72	227,47
$K_e$	1,08	1,34	0,87	1,67	0,55	2,77	1,70	2,80	1,70	3,00

Источник: рассчитано по данным Департамента здравоохранения Вологодской области.

медицинских результатов рассматриваемых альтернатив. Иными словами, осуществляя экономическую оценку, мы предположили, что оказание медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров не будет различаться качеством и результатами лечения. На практике этого можно добиться такими способами, как стандартизация и развитие практики защиты прав пациентов и т. д.

Вместе с тем подобный простой, но надёжный способ оценки экономических преимуществ СЗТ, по нашему мнению, может быть использован как инструмент оценки деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, основные методические положения которой были утверждены в 2007 г. Комиссией при Президенте Российской Федерации по вопросам совершенствования государственного управления и правосудия во исполнение Указа Президента Российской Федерации от 28 июня 2007 г. № 825 [3]. Развитие новых форм оказания медицинской помощи, как нам представляется, является гораздо более существенным фактором повышения эффективности здравоохранения, чем, скажем, снижение масштабов госпитализации или простое сокращение коечных фондов и числа вызовов скорой помощи, которые были включены в практическую часть указанной методики. Более того, развитие СЗТ выполняет не только замещающую, компенсаторную роль, но и важную социальную функцию,

поскольку во многом отвечает меняющимся ожиданиям пациентов, всё менее заинтересованных в длительном пребывании в стационарах, будучи оторванными от привычной социально-бытовой среды. В этом заключается социально-психологический эффект СЗТ.

#### *Заключение*

Американский экономист П. Хейне в работе «Экономический образ мышления» отмечал, что при экономическом анализе затрат важно принимать во внимание не только экономический, но и этический, а также политический аспекты. В отношении расходов на охрану и укрепление здоровья населения справедливость этих слов особенно очевидна. Поэтому лицам, ответственным за принятие решений в сфере здравоохранения, важно в своей деятельности стремиться достигнуть равновесия между принципами экономической целесообразности и социальной справедливости.

Представляется, что обсуждаемые в данной статье малозатратные формы медицинской помощи могут сыграть положительную роль в этом стремлении, поскольку при должном методическом и технологическом обеспечении отвечают обоим требованиям.

Подводя итоги, мы считаем немаловажным остановиться и на некоторых сложностях применения СЗТ в российской практике. Среди них особое место занимает малая доступность этих технологий для сельского населения, проживающего

в условиях транспортной удалённости от крупных городов и районных центров. Низкий уровень развития дорожной инфраструктуры и транспортного сообщения чрезвычайно затрудняет возможность получения медицинской помощи в дневных стационарах, поэтому единственно доступным способом лечения для жителей российского села, как и прежде, остаётся госпитализация. Нельзя обойти вниманием и такой нюанс, как сложность обеспечения бесплатными лекарствами льготных категорий граждан, которые в новых условиях будут получать медицинскую помощь на амбулаторном этапе лечения.

Наконец, сложно согласиться с той точкой зрения, широко распространённой среди чиновников, что функции стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи сводятся к одной — замещающей. Для подтверждения этой исключительно российской специфики вспомним о том, что в зарубежной медицинской практике

понятия «стационарзамещающие технологии» как такового не существует (хотя отечественные авторы, переводя свои статьи на английский язык, часто используют калькированный вариант словосочетания «hospital-replacing technologies», иностранным врачам зачастую незнакомый), а используются следующие: «day care surgery», «short-stay surgery», «major outpatient surgery» (собираетельно по-русски — «хирургия краткосрочного пребывания», «амбулаторная хирургия»).

В этой связи стоит подчеркнуть, что истинной задачей СЗТ в ближайшей перспективе должно стать развитие и широкое использование современного диагностического оборудования и передовых технологий амбулаторной хирургии, в результате чего можно революционно повысить эффективность здравоохранения, а не простое перераспределение пациентов из одного звена медицинской помощи в другое, пусть и менее затратное.

### Литература

1. Здоровью народа — особое внимание! // Здоровье. — 1988. — №12. — С. 2.
2. Концепции долгосрочного социально-экономического развития РФ. Министерство экономического развития и торговли РФ. — Москва, 2008. — 37 с.
3. Методика оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Протокол № 1 от 18 июля 2007 г. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.primorsky.ru/files/5584.doc>.
4. Методики расчёта эффективности медицинских технологий в здравоохранении. Министерство здравоохранения Республики Беларусь [Электронный ресурс] / К.А. Мовчан [и др.]. — Режим доступа: [http://www.belmapo.by/downloads/onmi/Method\\_159-1203.pdf](http://www.belmapo.by/downloads/onmi/Method_159-1203.pdf)
5. Реализация реформы здравоохранения в субъектах РФ: база данных [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.healthreform.ru>
6. Drummond, M.F. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes / M.F. Drummond, B. O'Brien, G.L. Stoddart, G.W. Torrance. — 2nd. ed. (Oxford Medical Publications), Oxford University Press, 1997. — Pp. 131-135.
7. Hospitals in a changing Europe / edit. by Martin McKee and Judith Healy. — Open University Press. — Buckingham, Philadelphia, 2002. — P. 11.