

ляют, по мнению экспертов, – около половины (38-60%). Если принять все предотвратимые потери за 100%, то на долю здравоохранения приходится 44-60% предотвратимых потерь за счет заболеваемости, 47-56% инвалидности и 38-50% смертности. Резервы предотвратимой смертности составили 9,5 тыс. человек, таким образом, в 2009 г. за счет усилий муниципального здравоохранения можно было бы сохранить около 45,0% умерших жителей сельской местности.

ЦЕЛЕВОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ БОЛЬНИЧНОЙ ПОМОЩИ

Калининская А.А., Бальзамова Л.А.
ФГБУ ЦНИИОИ Минздравсоцразвития
России, Москва;
Поликлиника №1, Самара,
e-mail: AKalininska@yandex.ru

В условиях фондодержания на амбулаторно-поликлиническом уровне в поликлинике №1 г. Самара формируется план-заказа на стационарную помощь на основе согласованных объемов: 34% стоимости медицинских услуг планируется на амбулаторно-поликлиническую помощь и 66% на стационар. Поликлиника полностью перешла на общую врачебную практику. План-заказ формируется врачами общей практики (ВОП). Первым этапом является анализ состояния здоровья прикрепленного населения и определение его потребности в госпитализации. ВОП определяет потребность прикрепленного населения в госпитализации.

Целевое планирование больничной помощи, которая заказывается поликлиникой и ОВП в частности осуществляется следующим образом:

- анализируется план – заказ на госпитализацию предыдущего периода и причины отклонения от плана;
- определяются финансовые и объемные нормативы госпитализации на основе Программы Государственных гарантий обязательного медицинского страхования (ОМС) и фактической госпитализации в течение последних трех лет;
- проводится мониторинг клинико-экономической эффективности стационарного лечения в стационарах разного уровня;
- анализируются основные показатели здоровья населения за предшествующий период и определяются приоритетные направления в оказании медицинской помощи;
- формируется план-заказ на госпитализацию по принципу «снизу-верх». План-заказ составляется каждым врачом специалистом и ВОП поликлиники.

Выбор больничного учреждения для плановой госпитализации осуществляется ВОП на основе анализа показателей эффективности работы стационаров по следующим показателям:

- соблюдение стандартов обследования и лечения больных;
- средняя стоимости одного койко-дня при лечении однопрофильной патологии;
- эффективность госпитализации;
- степень удовлетворенности больных стационарным лечением;
- возможность договорных отношений ВОП со стационарами, сокращение сроков пребывания в стационаре и долечивание в поликлинике или в дневном стационаре, где стоимость лечения ниже.

Эксперты с участием ВОП периодически проводят мониторинг клинико-экономической эффективности деятельности стационаров, в процессе, которого определяется обоснованность сроков госпитализации.

При формировании плана-заказа на госпитализацию ВОП отдает предпочтение стационарам, где достигается наибольшая клиническая эффективность и высокое качество медицинской помощи.

В условиях действующего Положения о порядке оплаты медицинских услуг, в системе ОМС расчеты за стационарную помощь осуществляются за пролеченного больного по законченному случаю заболевания. В случае необоснованной длительности сроков лечения больных в стационаре снижается тариф оплаты за оказанную помощь. Удельный вес таких случаев госпитализации в течении года составил 24%.

Приведенный анализа свидетельствует о минимальном отклонении фактического числа госпитализации по сравнению с «заказным» планируемым числом в поликлинике.

Внедрение механизма планирования поликлиникой объемов госпитальной помощи позволило сократить стоимость лечения больных в стационаре при высокой клинической эффективности лечения.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В СКРИНИНГОВОЙ ДИАГНОСТИКЕ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ СЕРДЕЧНОСОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ

Макарова В.И., Краева Н.В.

Северный государственный медицинский
университет, Архангельск,
e-mail: arhangelsk163020@yandex.ru

Распространенность синдрома (СВД) вегетативной дисфункции у детей и подростков весьма значительна. В среднем, вегетативная дисфункция выявляется практически у каждого третьего ребенка в возрасте 7-17 лет. Клинические проявления вегетативной дисфункции чаще носят системный характер и захватывают одновременно несколько систем, в том числе и сердечнососудистую систему. Недооценка