

ДЕТСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА №11 ГОРОДА ЕКАТЕРИНБУРГА ИТОГИ РАБОТЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*О.Ю.Аверьянов, С.А.Прийма, Л.Ю.Спесивцева, О.А.Уфимцева,
С.В.Степухов, Т.В.Чебыкина, В.А.Смирнова*

Целью настоящей статьи является подведение итогов развития больницы за последние 3-5 лет и определение дальнейших перспектив на ближайшие годы.

ДГБ№11 имеет в своем составе три детских поликлиники, женскую консультацию, два стационара, соматический и инфекционный, диагностический корпус, сеть из пяти дневных стационаров.

Количество прикрепленного детского населения за последние годы неуклонно снижается. Так, в 1991 году в Верх-Исетском районе проживало 44 тыс. детей до 15 лет, а в 2001 – всего 31 тыс. детей. Количество детей до 1 года характеризуется еще большими изменениями. На графике четко видна «демографическая яма» с 1993 по 2003 год.

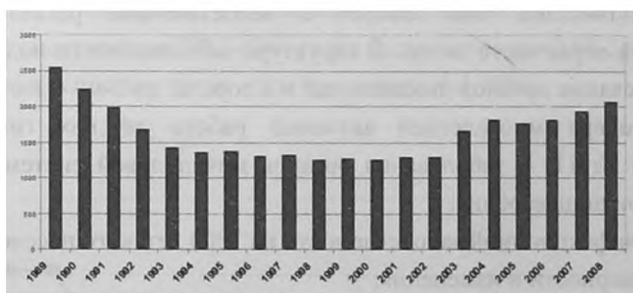


Диаграмма 1. Количество детей до года в динамике

За последние 3 года заболеваемость детей в районе сохраняется на уровне городских показателей:

Таблица 1

Заболеваемость на 1000	2006	2007	2008	Город 2008
Общая	1687,0	1862,2	1838,2	1917,7
в т.ч. первичная	1393,0	1566,6	1563,2	1528,7

В течение 3-х последних лет на первом месте в структуре заболеваемости у детей - заболевания органов дыхания, на втором - органов пищеварения, на третьем – инфекционные заболевания (Табл.2), в отличие от городских показателей, где на третьем месте – заболевания органа зрения.

Таблица 2

Структура заболеваемости детей

	Больница			Город 2008
	2006	2007	2008	
1 место	J00-99 865	J00-99 998,1	J00-99 997,1	J00-99 899,8
2 место	K00-93 130	K00-93 131	K00-93 128,3	K00-93 140,7
3 место	A-B 115,5	A-B 121	A-B 114	H00-59 110,6
4 место	H00-59 110,6	H00-59 112,1	H00-59 101,6	L00-99 96,7

По уровню регистрации заболеваемости у подростков (1141,3) показатели ДГБ № 11 ниже городских (1442,56). Это говорит о недостаточной регистрации заболеваний подростков врачами первичного звена. В структуре заболеваемости подростков в районе на 1-м месте — заболевания органов дыхания, как и в городе, на 2-м — в отличие от городских показателей (благодаря многолетней активной работе детских гинекологов женской консультации ДГБ № 11) — заболевания органов мочеполовой системы, на 3-ем месте — заболевания органов пищеварения.

При анализе инфекционной заболеваемости на 1000 детского населения отмечаются следующие закономерности и изменения:

по инфекциям, управляемым вакцинопрофилактикой:

- с 2004 г. не регистрируется гепатит В (в 2002-2003 г. - единичные случаи);
- с 2004 г. нет подъёмов заболеваемости гриппом (в 2004г. - единичные случаи)
- с 2004 г. - резкое снижение заболеваемости гепатитом А (до единичных случаев);
- в 2007 г. были зарегистрированы последние случаи краснухи, эпид.паротита у детей:
- коклюш, клещевой энцефалит — единичные случаи на протяжении ряда лет.

по «неуправляемым» инфекциям:

- сохраняется высокий уровень острых кишечных инфекций (за счет инфекций, вызываемых условно-патогенной флорой и вирусных кишечных инфекций (ротавирус, норовирус и др.);
- уровень регистрации скарлатины, ангины, ОРВИ зависит только от сезонности и цикличности.

Снижение заболеваемости детей гриппом, гепатитами А, В, клещевым энцефалитом, краснухой, эпидемическим паротитом стало возможным благодаря активной работе с детским населением по вакцинопрофилактике. В последние годы значительно расширились возможности для профилактики инфекций с помощью иммунизации: введение в Региональный календарь вакцинации против ротавирусной, гемофильной, стрептококковой

инфекции, вируса папилломы человека, ветряной оспы позволит нам справиться и с этими инфекциями.

Особой группой для наблюдения врачами детской поликлиники являются дети, имеющие категорию «ребенок-инвалид». К сожалению, количество таких детей снижается незначительно. За последние годы показатель детской инвалидности в Верх-Исетском районе снизился с 20 до 16%. Причины снижения чаще - не улучшение здоровья детей, а более строгие подходы органов МСЭ к установлению инвалидности. В структуре детской инвалидности ведущими являются 27,55% - психические заболевания, 19% - болезни нервной системы, 18,6% - врожденные аномалии развития органов и систем. За 2008 год впервые инвалидность установлена 61 ребенку, 9 из которых — дети первого года жизни.

В больнице в течение ряда лет работает АТПС - акушерско-терапевтический-педиатрический совет, на заседаниях которого проводится тщательный разбор причин каждого случая инвалидности у детей первого года жизни. Врачи женской консультации, роддома, детской поликлиники представляют особенности течения беременности, родов, период наблюдения за ребенком с рождения. По итогам обсуждения оформляется протокол с выводами, рекомендациями по дальнейшему ведению ребенка и по профилактике осложнений при последующих беременностях у матери. Документы направляются в детский отдел УЗ, во все ЛПУ, принимавшие участие в ведении беременной женщины и ребенка.

Младенческая смертность в 2003-2004 годах была на уровне 2,95-2,97‰, это — уровень самых развитых стран, в последующие годы показатели 4-4,98‰

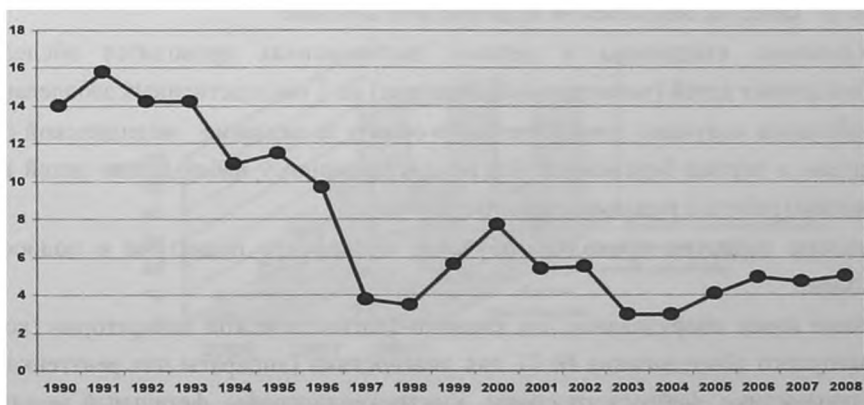


Диаграмма 2. Младенческая смертность

В структуре младенческой смертности на протяжении многих лет ведущие места занимают врожденные аномалии развития и состояния перинатального периода (Диаграмма 3).

На показатель смертности территории влияют случаи, когда ребенок умер в роддоме или на ранних этапах выхаживания. Даже когда поликлиника не наблюдала ребенка (а таких случаев в структуре в 2008 году было 75%), его смерть влияет на показатель деятельности территориальной детской больницы.

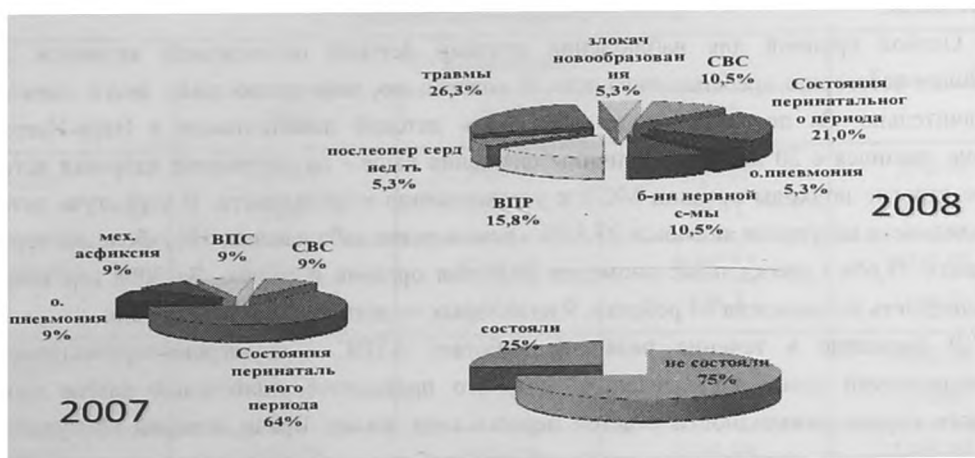


Диаграмма 3. Структура младенческой смертности

Наша больница активно участвует в реализации приоритетного **национального проекта «Здоровье»**:

- медицинские работники первичного звена получают денежные выплаты с учётом объёма и качества оказываемой медицинской помощи;
- в отделениях стационара и детских поликлиниках проводится обследование новорожденных детей (неонатальный скрининг) на 5 наследственных заболеваний;
- медработники получают дополнительную оплату за оказание медицинской помощи женщинам в период беременности и по диспансерному наблюдению детей первого года жизни (работа с родовыми сертификатами);
- участковые педиатры проходят обучение на кафедре педиатрии и подростковой медицины;
- получено новое оборудование для клинико-диагностической лаборатории (комплект лабораторного оборудования № 3), для диагностики (аппараты для рентгенкабинета, УЗИ-диагностики, фиброгастроскопы, электрокардиографы, фетальный монитор для женской консультации),
- с 2006 г. проводится дополнительная иммунизация детского населения (вакцинация против гриппа, полиомиелита инактивированной вакциной, гепатита В, краснухи);
- профилактика ВИЧ, гепатитов В, С.

Количество посещений по системе ОМС за последние годы характеризуется некоторым снижением. Связано это, прежде всего, со снижением муниципального заказа для амбулаторной службы.

Таблица 4

Количество посещений ОМС

Наименование	2006	2007	2008
План	503795	492599	448464
Факт	547861	510800	492528
Число посещений на 1 ребенка	16,1	14,7	13,7
Выполнение муниципального заказа-всего	108,7	103,7	109,8

Как видно из таблицы 4, число посещений на одного ребенка в год сократилось до 13,7. Однако, этот показатель остается гораздо выше нормативного и в ближайшее время маловероятно, что он его достигнет, так как существуют законодательно оформленные нормативы частоты осмотров детей разных возрастных групп, остается высокой заболеваемость детей г. Екатеринбурга. В структуре посещений характерно снижение практически до нуля прочих посещений (Диаграмма 4). Это не означает, что их нет, просто они не подаются в реестр (не умещаются в муниципальный заказ), и подаются более дорогие посещения.

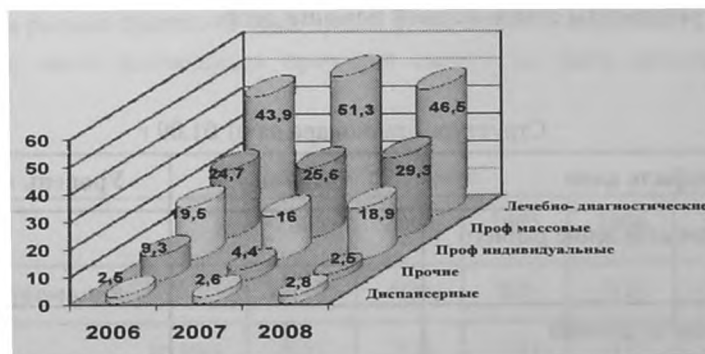


Диаграмма 4. Структура посещений ОМС в динамике

В структуре больницы продолжает работать городской детский кардиоревматологический центр, включающий в себя консультативный прием на 10 тыс. посещений в год, дневной и круглосуточный стационары, отделение реанимации и интенсивной терапии. В центр обращаются дети со всех районов города и из области.

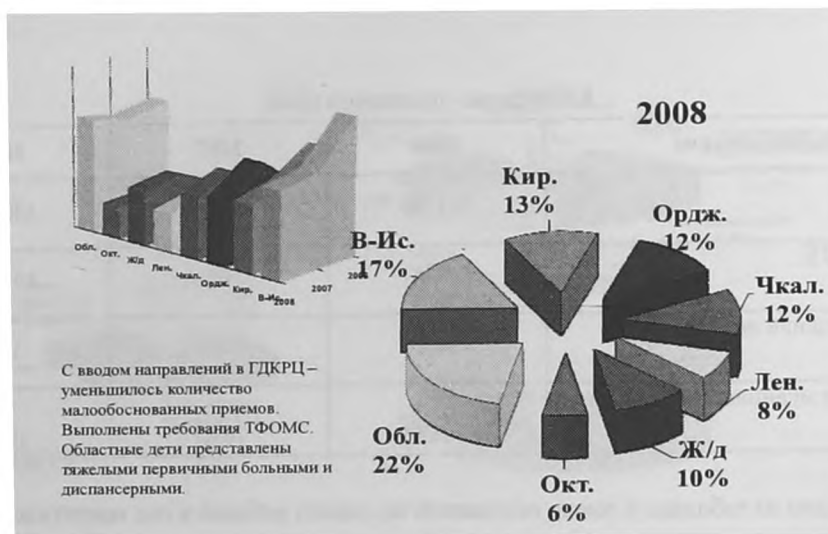


Диаграмма 5. Консультативный прием ГДКРЦ. Распределение посещений по районам

За 2008 год в кардиохирургическое отделение СОКБ №1 направлено 232 ребенка. Дети с оперированными ВПС в дальнейшем продолжают наблюдаться в нашем кардиоцентре.

Одним из приоритетов развития больницы было развитие соответствующей современным требованиям стационарной помощи детям.

Таблица 5

Структура стационара на 01.01.09 г.

Профиль коек	Кол-во	Уровень аккредитации
Педиатрическое отделение раннего возраста	60	IV
Педиатрическое отделение	40	III
Кардиоревматологическое отделение	35	IV
Инфекционное №1	50	IV
Инфекционное № 2	30	IV
ИТОГО	215	

Показатели работы стационара отражают многолетнюю работу администрации и всего коллектива по интенсификации лечебного процесса, переводу части больных на лечение в дневных стационарах, закрытию плановых отделений. Уменьшился показатель среднего

пробывания больного на койке, до 81 вырос процент экстренной госпитализации и до 64 % - госпитализация по СМП.

Структура заболеваний детей, находящихся в стационаре, отражает перечень отделений, имеющих в составе ДГБ№11 на сегодняшний день. С закрытием гастроэнтерологического отделения резко снизилась доля детей, находящихся в стационаре с болезнями органов пищеварения. Ведущая роль в структуре нозологических форм, проходящих через стационар принадлежит болезням органов дыхания – 44%(педиатрические отделения), инфекционным заболеваниям – 23%(отделение для детей с ОКИ и отделение патологии новорожденных), состояния, возникающие в перинатальном периоде – 10% и др.

Летальность в стационаре в целом характеризуется тенденцией к снижению:

Таблица 6

Летальность

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Всего чел-%	28- 0,6%	10- 0,2%	9- 0,1%	18- 0,3%	13- 0,2%	18- 0,2%
Дети до 1г	23- 3,2%	8- 0,6%	7- 0,2%	15- 0,5%	9- 0,3%	14- 0,4%
Досут. лет-ть	2	1	1	1	1	3

В структуре летальности резко снизилась доля ВПС в связи с открытием кардиохирургического центра на базе ОКБ №1 и выполнением детям оперативной коррекции пороков сердца на ранних стадиях. В тоже время, резко выросла летальность от заболеваний органов дыхания, часто являющихся причиной смерти на фоне тяжелой врожденной патологии.

Таблица 7

Структура летальности

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1.Врожденные аномалии	19(17)	5(3)	2(2)	3(3)	5(4)	1(1)
из них:	6(5)	3(1)	1(1)	1(1)	3(3)	
- множеств. пороки развития						
- ВПС	13(12)	2(2)	1(1)	2(2)	2(1)	1(1)
2.Инфекционные б-ни	2(2)	-	2(2)	1(1)	-	2(2)
3.Б-ни органов дыхания	-	1(1)	1(1)	-	2(2)	6(5)
- пневмония	-	1(1)	-	-	2(2)	6(5)
4.Болезни системы кровообращения	4(2)	1(1)	-	-	-	1
5.Б-ни нервной системы	2(1)	1(1)	1(1)	3(3)	3(2)	4(2)

Продолжение таблицы 7

6.Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	1(1)	2(2)	-	3(3)	1(1)	2(2)
7.Болезни органов пищеварения	-	-	1	-	-	-
8.Симптомы, признаки и отклонения от нормы	-	-	-	2(2)	-	-
9.Травмы и отравления	-	-	1(1)	4(2)	1	1(1)
10.Новообразования	-	-	1	1	-	1(1)
11.Болезни кожи и п/к клетчатки	-	-	-	-	1	-

Работа отделения реанимации за последние 3 года характеризовалась резким увеличением количества новорожденных, что, с одной стороны, связано с дефицитом мест в городе для детей раннего неонатального периода, с другой стороны – с ростом перинатальной патологии.

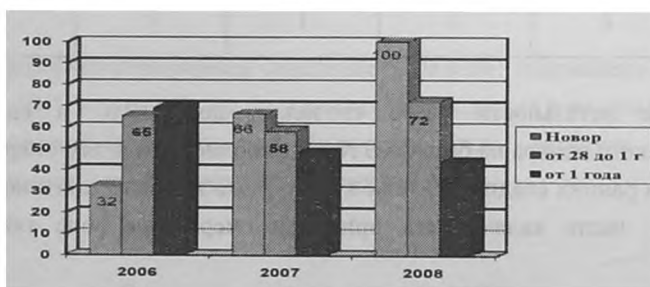


Диаграмма 6. ОРИТ. Распределение больных по возрасту

Применение новых технологий выхаживания новорожденных позволило значительно снизить показатели летальности в отделении.

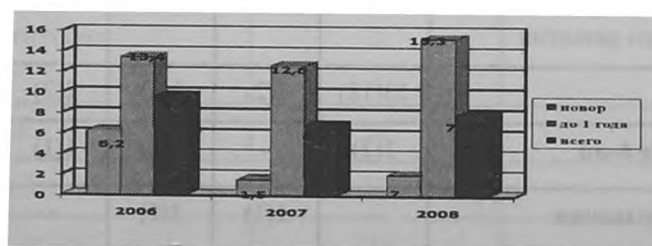


Диаграмма 7. ОРИТ. Летальность по возрастам

Госпитализация в соматический стационар осуществляется из всех районов города, доля Верх-Исетского района - 37%, что объясняется расположением больницы в данном районе города. Доля детей, госпитализированных из области составляет - 8%, что связано с

востребованностью коек кардиоревматологического отделения, единственного специализированного отделения подобного профиля в области. Структура по пролеченным больным в инфекционном корпусе отличается более равномерным распределением по районам города, что свидетельствует о высокой востребованности инфекционных коек во всех районах города (диаграмма 8).



Диаграмма 8. Структура пролеченных больных за 2008 г. по районам г. Екатеринбурга

Проблема **внутрибольничных инфекций (ВБИ)** является одной из актуальных в работе лечебно-профилактического учреждения любого профиля, а особенно детского стационара. За период с 2005 по 2008 год по МУ ДГБ № 11 отмечается рост показателей инфекционно-септической заболеваемости. За 2008 год показатель инфекционно-септической заболеваемости на 1000 пролеченных пациентов составил 22,1%, в т.ч. показатель внутрибольничной заболеваемости составил 7,3% против 2,6% за 2007 год (2006г. - 1,9%, 2005г. - 1,1%), т.о. показатель внутрибольничной заболеваемости в 2008 году вырос практически в 3 раза главным образом это обусловлено улучшением регистрации со стороны врачей ЛПУ.

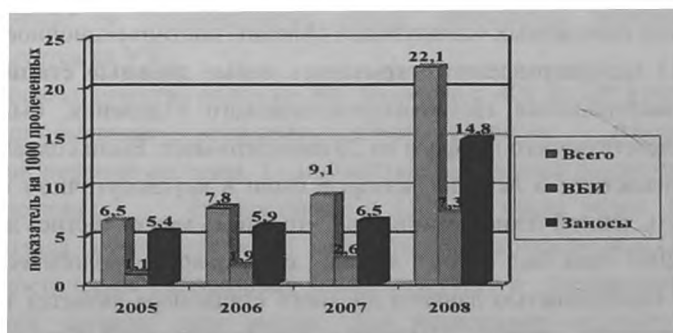


Диаграмма 9

Показатели внутрибольничной инфекционно-септической заболеваемости в динамике

За 2008 год показатель внутрибольничной заболеваемости по подразделениям МУ ДГБ № 11 составил 7,3‰ против 2,6‰ за 2007 год. Самые высокие показатели зарегистрированы в эпидзначимых отделениях, через которые проходит основная группа детей высокого риска, это реанимационное отделение - 36,4‰ и педиатрическое отделение детей раннего возраста — 10,9‰. В целом показатель заболеваемости вырос практически во всех стационарных подразделениях, в первую очередь за счет улучшения регистрации инфекционно-септических заболеваний внутри отделений.

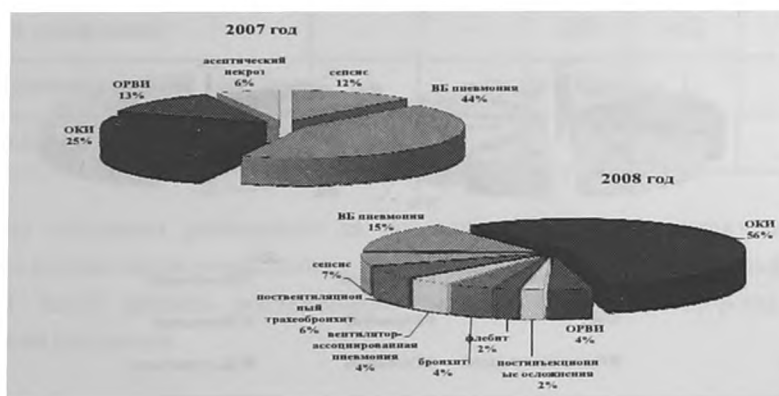


Диаграмма 10

Структура внутрибольничной инфекционно-септической заболеваемости в динамике

В структуре внутрибольничной инфекционно-септической заболеваемости 2007-2008г.г. наибольший удельный вес приходился на острые кишечные инфекции и внутрибольничные пневмонии, которые составили более 70%. В 2008 году вырос удельный вес поствентиляционных осложнений (вентилятор-ассоциированных пневмоний и гнойных поствентиляционных трахеобронхитов), это связано как с увеличением числа детей, поступающих в реанимационное отделение с тяжелыми клиническими формами и подлежащих длительной вентиляции легких, так и с улучшением регистрации данных форм внутри отделения. Удельный вес септических состояний в 2008 году несколько снизился и составляет 6%, кроме этого регистрировались единичные инфекционно-септические осложнения после инвазивных манипуляций (флебит, постинъекционное осложнение).

В ДГБ № 11 целенаправленно открывались новые **дневные стационары**. Так, в 2006 году, взамен закрывшегося гастроэнтерологического отделения, был открыт дневной стационар соответствующего профиля на 20 пациенто-мест. Были сохранены все имеющиеся технологии диагностики и лечения, которые были в круглосуточном стационаре. Сегодня востребованность данной технологии такова, что запись может вестись на месяцы вперед.

В конце 2007 года был открыт дневной стационар нефрологического профиля на 16 пациенто-мест. Особенностью данного дневного стационара является то, что он открыт на базе диагностического корпуса. Наличие в непосредственной близости рентгенкабинета, ультразвуковой диагностики, физиотерапевтического отделения, лабораторной базы делает возможности данного стационара по диагностике сравнимыми с круглосуточным стационаром четвертого уровня. Только за 2008 год в отделении проведено 432 УЗИ почек и мочевого пузыря, 36 экскреторных урографий, 117 микционных цистографий, 13

рентгенографий ШОП, 30 ЭХО-КГ, 371 ЭКГ, проводилась УЗДГ сосудов почек и другие обследования.

В 2009 году на базе кардиоцентра ДГБ№11 открывается кардиоревматологический дневной стационар на 20 пациенто-мест, одновременно сокращается 10 кардиологических коек в круглосуточном стационаре. Дневной стационар берет на себя поток больных с ВСД, реактивными артритами и др. На базе дневного стационара проводятся холтеровское мониторирование АД и ЭКГ, ЭХО-КГ, Тил-тест и другие исследования.

Общая мощность дневных стационаров ДГБ№11 составляет 96 пациенто-мест, что является самым высоким показателем среди всех детских больниц города.

С введением нового стандарта наблюдения ребенка первого года жизни (приказ МЗСР РФ от 28.04.2007 № 307) отделение лучевой диагностики значительно увеличило количество исследований для амбулаторной службы (нейросонография, УЗИ органов брюшной полости и почек, УЗИ тазобедренных суставов). Соответственно при лечении в круглосуточном стационаре УЗИ-диагностика стала использоваться только в рамках МЭС.



Диаграмма 11

Женская консультация ДГБ № 11, выполняя стандарт наблюдения беременной, проводит УЗИ-скрининг в установленные сроки. Беременная женщина трижды за беременность обследуется на УЗИ.

За последние годы количество родов по ЖК возросло с 400 до 500 в год.

За 2008 год было выявлено 5 врожденных пороков развития плода (2 аномалии развития центральной нервной системы, 1 - множественные пороки развития, 2 — аномалии мочевыводящей системы), что составило 1,1% от числа родов. Все женщины с выявленными ВПР плода консультированы перинатальным консилиумом СОЦПСИР.

Клинико-диагностическая лаборатория также участвует в диспансерном наблюдении беременных и детей первого года жизни. Для выполнения стандартов наблюдения администрацией больницы были приняты меры для повышения доступности лабораторного обследования. Благодаря этому количество лабораторных исследований на 1 посещение в динамике за последние 3 года выросло на 30% с 0,7 до 1,0.

Одной из важнейших задач современного лечебного учреждения сегодня является организация **системы контроля качества оказания медицинской помощи**. В больнице работает трехступенчатая система проведения ведомственного контроля качества медицинской помощи. В соответствии со структурой больницы работает центральная врачебная комиссия и подкомиссии врачебных комиссий поликлиник, стационаров и женской консультации. Также работают комиссия по профилактике внутрибольничной инфекции, по работе с жалобами, комиссия по разбору младенческой смертности.

В соответствии с ежемесячным и еженедельным планом администрацией больницы проводятся обходы всех подразделений больницы, контроль доступности записи к врачам - специалистам в регистратурах поликлиник, соблюдение времени посещения к врачам поликлиник и женской консультации по времени, указанному в талоне.

Ежемесячно проводятся Медсоветы, на которых обсуждаются и принимаются решения по актуальным и стратегическим вопросам деятельности и развития больницы, отделений и служб. Ежегодно проходят Медсоветы, посвященные вопросам качества медицинской помощи, экспертизе временной нетрудоспособности, профилактике внутрибольничных инфекций.

В ежемесячном режиме проводится анализ дефектов направлений на госпитализацию, дефекты ведения первичной медицинской документации, о чем докладывается на аппаратных совещаниях. Заместители главного врача, заведующие структурными подразделениями ведут журналы по дефектуре, выявленные дефекты разбираются, учитываются при распределении дополнительных стимулирующих выплат сотрудникам больницы.

Активно ведется работа со страховыми компаниями, ТФОМС СО по реэкспертизе.

Начиная с 2005 года, в **процесс управления персоналом**, наряду с традиционными методами, были внедрены ряд мероприятий, которые привели к увеличению показателей укомплектованности персонала.

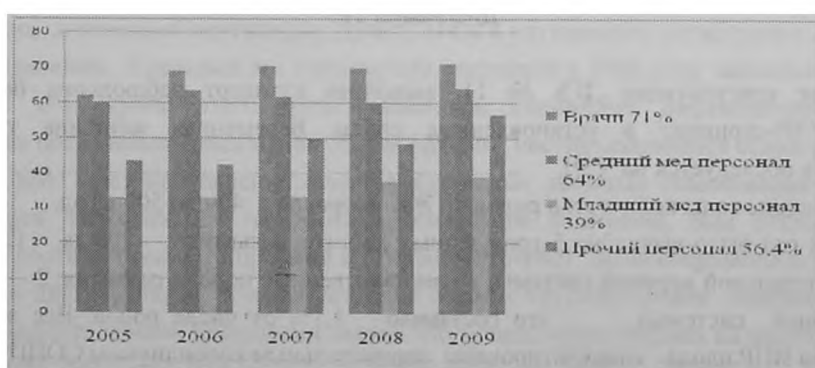


Диаграмма 12. Укомплектованность по категориям персонала

На следующем слайде показано количество работающих сотрудников в динамике с 2005 года:

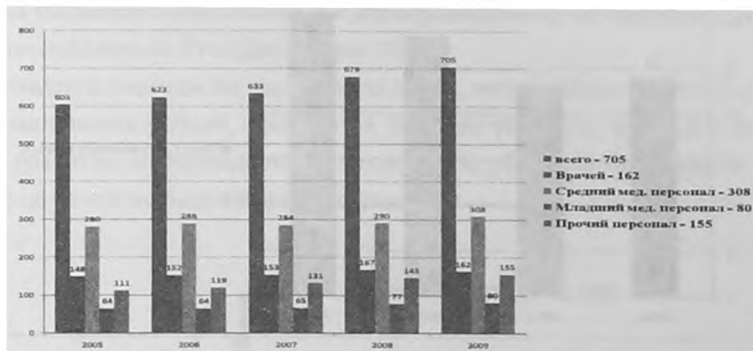


Диаграмма 13

Остановимся подробнее на вышеуказанных мероприятиях:

- многоступенчатый отбор персонала на вакантные позиции – представляет собой многоуровневую оценку, которая сводит к минимуму риск ошибок при найме врачебного и среднего медицинского персонала;
- периодическая оценка участковых врачей-педиатров – проводится с целью стимулирования участковых врачей к повышению квалификации, улучшению качества и эффективности оказания первичной медицинской помощи. Периодическая оценка участковых врачей основывается на компетентном анализе деловых качеств и результатов их труда;
- введение в регистратуры поликлиник должности администратора, в обязанности которого входит встреча пациентов и предоставление первоочередной информации по работе поликлиник;
- регулярное проведение тренингов по конфликтологии среди среднего медицинского персонала, направленных на формирование навыков поведения в конфликтных ситуациях;
- проведение тренингов с участием руководства больницы по изучению бизнес процессов и формированию команды;
- построение единой локальной сети направленной на формирование единого информационного ресурса для сотрудников больницы;
- разработка мотивационных схем для разных категорий персонала, нацеленных на достижение конечного результата.

Результаты:

1. Снижение количества обоснованных жалоб от населения;
2. Повышения профессионального уровня сотрудников;
3. Награждение Премией профессионального признания «Медицинский Олимп 2002» в номинации «Лучший участковый педиатр» педиатра поликлиники №2 Кухаревой А. И.
4. Получение звания «Лучшая больница 2006 года» ;
5. Награждение Премией «Медицинский Олимп 2008» в номинации «Организационная технология года».

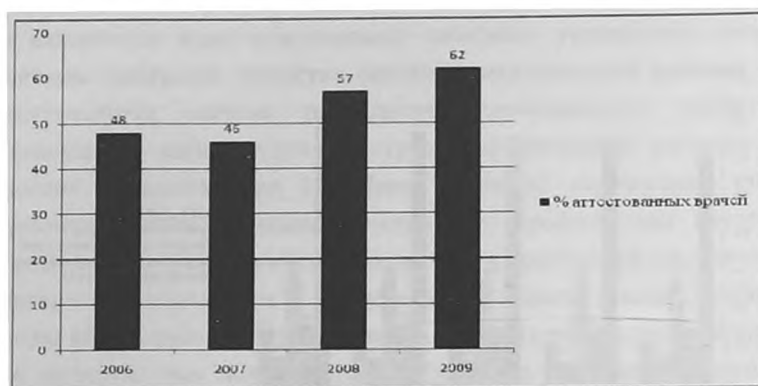


Диаграмма 14. % аттестованных врачей

На сегодняшний день в бюджете больницы можно выделить три основных **источника финансирования/дохода**: бюджетные ассигнования, средства ОМС и предпринимательскую деятельность.

Качественное удовлетворение потребности населения в медицинской помощи и достижение экономической эффективности деятельности привело к решению дальнейшего и более активного **развития предпринимательской деятельности**. Сначала хаотично, с сопротивлением персонала и непониманием руководителей подразделений, затем более осознано и бурно.

В 2002 году приказом Управления здравоохранения г.Екатеринбурга в ДГБ №11 были организованы два хозрасчетных отделения: педиатрическое отделение №3 поликлиники №1 и отделение реабилитации №2. Это стало основой для дифференциации услуг, расширения спектра деятельности, увеличения числа пациентов, воспользовавшихся услугами данных подразделений.

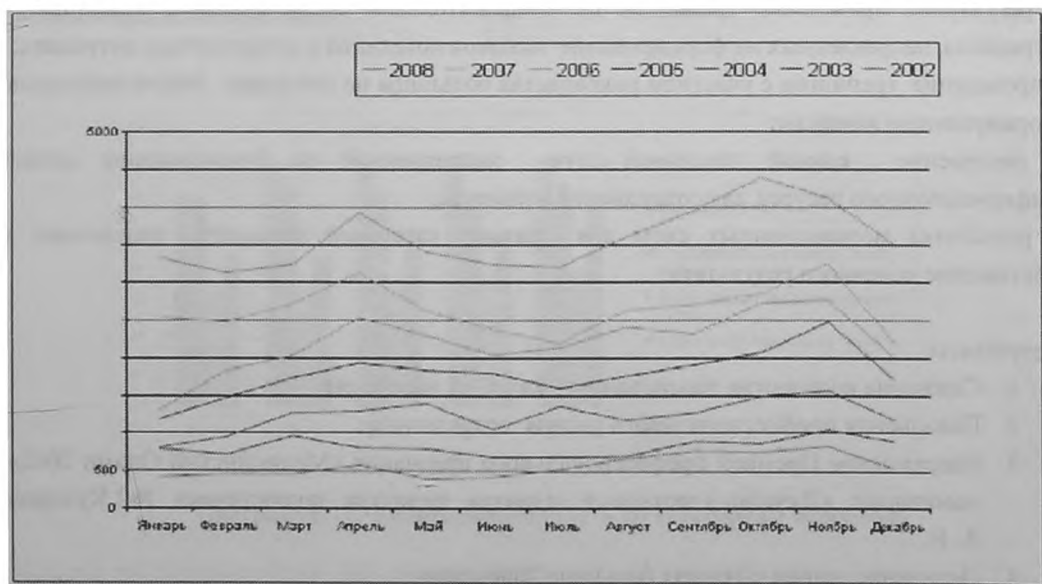


Диаграмма 15. Динамика доходов, полученных от предпринимательской и иной деятельности приносящей доход

Динамика расходов больницы по предпринимательской деятельности основных статей затрат наглядно показана на Рис./Диаграмме 16.

Увеличиваются расходы на заработную плату, медикаменты. Ежегодно, а в 2008 году это более 2 миллионов рублей, проводятся текущие ремонты, более 8 миллионов рублей затрачены на развитие информационных технологий, обучение персонала и прочие статьи, направленные на развитие больницы (Диаграмма 17).

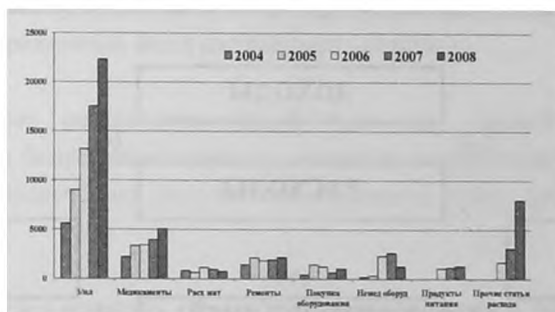


Диаграмма 16.

Расходы по предпринимательской деятельности в динамике

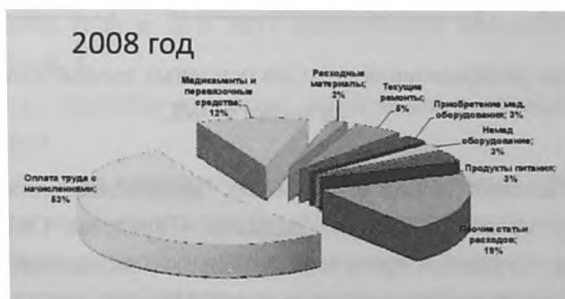


Диаграмма 17.

Структура расходов по предпринимательской деятельности

В целом, развитие платных услуг позволяет больнице укомплектовывать персоналом подразделения, повышать мотивацию персонала за счет увеличения оплаты труда, закупать необходимое оборудование, повышать квалификацию персонала и оплачивать мероприятия, способствующих сплоченности коллектива. Все это положительно отражается на удовлетворенности пациентов, у которых, с одной стороны есть выбор, а с другой – возможность получать качественную медицинскую помощь в лучших условиях.

Внедрение в 2007 году системы **бюджетирования ориентированного на результат** позволило определить основные подходы к решению таких задач как:

- распределение бюджетных ресурсов не по видам затрат, а по стратегическим целям;

- контроль над издержками государственных (муниципальных) услуг путем оптимизации расходов основных статей затрат лечебного процесса и диагностики, т.е. выбора наиболее экономичного способа их предоставления;

- повышение ответственности основных зарабатывающих подразделений за принятие решений и эффективность расходов;

- оценка эффективности расходов и качества оказания государственных (муниципальных) услуг путем дополнительных выплат стимулирующего характера (НХМ) на основе экономических показателей, критериев качества, результативности труда и т.д.



Рис. 1. Схема распределения доходов основных зарабатывающих отделений из средств ОМС.

Так, при распределении доходов основных зарабатывающих подразделений (для примера возьмем одну из составляющих бюджета – средства ОМС, величина которых определяется на основании реестра пролеченных больных/посещений) учитываются:

- рекламации/снятия на основе экспертной оценки СМО,
- прямые расходы (оплата труда основных зарабатывающих подразделений (ОЗП) и параклинических служб с начислениями, медикаменты и перевязочные средства, мягкий инвентарь, продукты питания, прочие расходные материалы, пр.) и
- косвенные (накладные) расходы (оплата труда вспомогательных служб (таких как административно-управленческая, хозяйственная и т.д.) с начислениями, прочие расходы).

Полученный финансовый результат ОЗП (при его положительном значении) формирует:

1. дотационный фонд (до 35%) – направляется на покрытие расходов условно «не зарабатывающих» подразделений (например, отделение реанимации и интенсивной терапии) с низким уровнем тарифов и т.д.;
2. фонд дополнительных стимулирующих выплат (НХМ) (до 50%) – направлен на повышение качества оказания медицинской помощи, профессионального роста и дифференцированного подхода к оплате труда работников больницы;
3. фонд развития/резервный фонд (оставшиеся средства).

Полученный финансовый результат ОЗП (при его положительном значении) формирует:

4. дотационный фонд (до 35%) – направляется на покрытие расходов условно «не зарабатывающих» подразделений (например, отделение реанимации и интенсивной терапии) с низким уровнем тарифов и т.д.;
5. фонд дополнительных стимулирующих выплат (НХМ) (до 50%) – направлен на повышение качества оказания медицинской помощи, профессионального роста и дифференцированного подхода к оплате труда работников больницы;
6. фонд развития/резервный фонд (оставшиеся средства).

Анализ полученных результатов способствует при дальнейшем планировании финансовой деятельности более рациональному, целевому и эффективному использованию финансовых ресурсов, обеспечению доступности и качества услуг, достижению конечных результатов деятельности.

Подводя итоги, хочется отметить **самые значимые события** в развитии больницы за последние годы:

- в августе 2003 года открыт диагностический корпус на ул. Нагорная, 48 в рамках городского конкурса-акции Администрации г. Екатеринбурга «280 подарков городу» к 280-летию юбилею Екатеринбурга.
- в результате реорганизации детской инфекционной службы г. Екатеринбурга в августе 2004 года к ДГБ №11 присоединен инфекционный корпус на ул. Челюскинцев, 5.
- в 2004 году открытие отделения реанимации и интенсивной терапии, ПЦР – лаборатории.
- в 2006 году после капитального ремонта открывается поликлиника №1.
- в 2007 году после капитального ремонта торжественно открыто педиатрическое отделение пациентов раннего возраста, соответствующее самым высоким требованиям по условиям пребывания пациентов.
- развитие дневных стационаров в больнице:
 - открыты дневные стационары гастроэнтерологического (2006), нефрологического (2007) и кардиоревматологического (2008) профиля.

Важнейшие проблемы больницы:

- Финансово-экономический кризис в стране и развивающийся дефицит ресурсов
- Отсутствие четких стандартов. Где предел повышения доступности?
- Отсутствие системы «сквозных» МЭС и, как следствие, ложная «переполненность» отделений стационаров.
- Ограничение оперативности лечебных учреждений в решении текущих вопросов
- Отсутствие экономической заинтересованности врачей в улучшении здоровья детей (больше посещений – больше денег)

Стратегическими направлениями развития больницы на ближайшие 3-5 лет являются:

- Развитие стационарных отделений как стационаров неотложной помощи - % неотложных госпитализаций должен составить не менее 90;
- Развитие амбулаторно-поликлинической службы по всем направлениям: увеличение доступности посещений, диагностических исследований;
- Дальнейшее развитие дневных стационаров. На 2010 уже получен дополнительный муниципальный заказ на 20 пациенто-мест;
- Повышение культуры предоставления медицинской помощи;
- Жесточайший контроль за использованием ресурсов:
переход к управлению расходами через руководителей отделений. «покупка» услуг диагностической службы зарабатывающими подразделениями, т.е. децентрализация управления расходами;
- Дальнейшая дифференциация оплаты труда сотрудников в зависимости от качества их работы;
- Ускорение развития информационных технологий в больнице.

В 2009 году Детская городская больница №11 отмечает свой 60-летний юбилей. Желаем коллективу больницы дальнейшего развития и укрепления достигнутых позиций в системе здравоохранения города Екатеринбурга и области!