
СТРАНИЦА ГЛАВНОГО ВРАЧА

В. И. Сабанов, Т. С. Дьяченко, Е. В. Юрова*, Е. В. Щербинина

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения ВолгГМУ,
Департамент здравоохранения администрации Волгограда*

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СИСТЕМЕ МУНИЦИПАЛЬНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛГОГРАДА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

УДК 614.21:616-08(470.45)

В статье проведен анализ показателей деятельности муниципальных стационаров в Волгограде по основным профилям оказываемой медицинской помощи в динамике за период с 2006 по 2010 гг. Сформулированы предложения по рациональному использованию коечного фонда и его структуре, направленные на оптимизацию деятельности стационаров и повышение качества медицинской помощи населению.

Ключевые слова: муниципальное здравоохранение, стационарная помощь, среднегодовая занятость койки, оборот койки, средняя длительность стационарного лечения, показатели летальности.

V. I. Sabanov, T. S. Djachenko, E. V. Yurova, E. V. Tsherbinina

ORGANIZATION OF IN-PATIENT MEDICAL AID IN SYSTEM OF MUNICIPAL HEALTHCARE OF VOLGOGRAD NOWADAYS

The paper presents an analysis of activity indices of municipal in-patient departments in Volgograd according to their basic medical care profiles in dynamics over a period from 2006 to 2010. Proposals about rational use of hospital bedspace and its structure to optimize the in-patient management and to increase medical care quality, are discussed.

Key words: municipal healthcare, in-patient care, average annual bedspace use, hospital bed turnover, average duration of in-patient treatment, mortality indices.

В Волгограде структура коечного фонда и его специализация складывалась исторически и порой обуславливалась причинами немедицинского порядка. В настоящее время планирование и управление комплексом лечебно-профилактических учреждений, структурно разделенных по формам собственности и подчиненности, становится все более сложным из-за множества решений, принимаемых на разных уровнях управления и в целом по всей службе здравоохранения. Переход от централизованной модели построения и управления отраслью здравоохранения к децентрализованной строится на системе сбалансированного нормирования объемов и видов деятельности медицинских учреждений в рамках программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи. В системе лечебно-профилактической помощи населению важная роль принадлежит подсистеме муниципального здравоохранения.

Данный сектор в национальной системе здравоохранения базируется на муниципальной форме собственности и управляется местной администрацией. Именно в этом секторе сосредоточена значительная часть ресурсов здравоохранения страны: более 80 % всех амбулаторно-поликлинических учреждений и около 77 % всех больниц, в которых развернуто около 60 % всего коечного фонда. Значительная роль при оказании медицинской помощи принадлежит стационарным медицинским учреждениям, в которых ежегодно оказывается более 20 % населения [2].

В последние годы в рамках реализации национального проекта «Здоровье» и концепции развития здравоохранения Российской Федерации предпринимались попытки переориентации объемов оказываемой медицинской помощи из более дорогостоящего стационарного сектора здравоохранения в менее дорогостоящий — амбулаторный. Однако достичь жела-

емого результата пока не удалось. В то же время внимание к проблемам стационарных учреждений со стороны органов управления здравоохранением и фондов обязательного медицинского страхования снизилось. Без проведения мониторинга состояние основных фондов больниц, показателей обеспеченности населения стационарной помощью, показателей использования коечного фонда невозможно обеспечить качество и эффективность стационарного лечения [1].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить вопросы организации стационарной медицинской помощи населению в муниципальной системе здравоохранения Волгограда и проанализировать основные показатели деятельности муниципальных больничных учреждений в динамике за 2006—2010 гг.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели использованы углубленный статистический и экспертный методы. Проанализированы данные статистической отчетности двадцати одного муниципального многопрофильного круглосуточного стационара Волгограда за 2006—2010 гг. Укрупненная аналитическая оценка показателей деятельности стационаров проведена по основным профилям оказываемой медицинской помощи.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Волгоград является типовой моделью города современной России с миллионным населением, крупным промышленным центром Южного Федерального округа. По данным территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Волгоград-

ской области, в Волгограде среднегодовая численность населения составляла в 2006 г. — 1029,4 тыс. человек, в 2007 г. — 1023,3 тыс., в 2008 г. — 1019,7 тыс., в 2009 г. — 1017,9 тыс., в 2010 г. — 1016,0 тыс. Для сравнения, в 1999 г. численность населения города составляла 1056,6 тыс. человек.

Лечебно-профилактическая помощь населению оказывается в учреждениях различной формы собственности: государственной, муниципальной, частной. В муниципальной системе города функционирует 68 учреждений здравоохранения, в том числе круглосуточная стационарная помощь оказывается в 21 больнице. Обеспеченность населения Волгограда стационарной помощью в динамике за 2006—2010 гг. представлена в табл. 1.

Общее количество коек в больничных учреждениях, расположенных на территории муниципалитета, вне зависимости от их ведомственной подчиненности и формы собственности, составляло в 2010 г. в абсолютных цифрах 12793, или 125,4 в пересчете на 10000 населения. За истекшее пятилетие количество коек сократилось на 774, или на 5,7 %.

Стационарная помощь населению, за исключением узкоспециализированной и при социально обусловленных заболеваниях, осуществляется в муниципальных стационарных учреждениях. Норматив объема стационарной помощи по программе госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению составляет 2812,5 койко-дня на 1000 населения. В табл. 2 приведены данные о количестве койко-дней, проведенных больными в муниципальных стационарных учреждениях Волгограда, из расчета на 1000 населения. Данный показатель варьировал в пределах от 2028,0 до 2072,5 койко-дней на 1000 населения.

ТАБЛИЦА 1

Обеспеченность населения Волгограда стационарной помощью в динамике за 2006—2010 гг.

Годы	Общее количество коек в больничных учреждениях на территории муниципалитета		В том числе среднегодовое количество коек в муниципальных больничных учреждениях		
	абсолютное кол-во	на 10 000 населения	абсолютное кол-во	удельный вес, %	на 10 000 населения
2006	13513	131,3	6658	49,3	64,7
2007	13489	131,8	6603	49,0	64,5
2008	13454	131,9	6638	49,3	65,1
2009	13437	132,0	6629	49,3	65,1
2010	12739	125,4	6483	50,7	63,8

ТАБЛИЦА 2

Объем госпитализаций в муниципальные стационары и госпитализированная заболеваемость населения Волгограда в динамике за 2006—2010 гг.

Годы	Среднегодовое количество коек	Количество госпитализированных		Количество выполненных койко-дней	На 1000 населения	
		абс.	%		госпитализаций	дней стационарного лечения
2006	6658	198382	100,0	2132121	192,7	2071,2
2007	6603	202349	102,0	2113845	197,7	2065,7
2008	6638	204085	102,9	2067911	200,1	2028,0
2009	6623	205024	103,3	2069753	201,4	2033,4
2010	6483	210507	106,1	2105700	207,2	2072,5

Муниципальные стационарные учреждения по типу функционирования относятся к общепрофильным и оказывают основные виды стационарной помощи по широкому профилю. Терапевтический профиль представлен следующим составом коек: общетерапевтические, кардиологические, гастроэнтерологические, нефрологические, гематологические, пульмонологические. В состав коек хирургического профиля вошли: общехирургические, нейрохирургические, торакальные, кардиохирургические, сосудистой хирургии, гнойной хирургии, травматологические, ожоговые, ортопедические, урологические. Самостоятельным профилем представлены неврологические койки. Группу прочих коек составили офтальмологические, гинекологические, для беременных и рожениц, патологии беременных, койки для новорожденных, геронтологические. Структурное расширение коек по профилю представлено следующим образом: терапевтический профиль — 28,3 %, хирургический профиль — 29,4 %, неврологический профиль — 7,4 %, прочие специализированные койки — 34,9 %. В общем коечном фонде койки для оказания помощи детям составляют около 22 %.

Число больничных коек в муниципальных больничных учреждениях с 2006 г. уменьшилось на 175, или на 2,6 %, при этом численность населения города за данный период уменьшилась на 13400 человек, или на 1,3 %. Обеспеченность больничными койками также снизилась — с 65,1 на 10000 населения в 2008 и 2009 г. до 63,8 в 2010 г. На фоне этого происходит рост госпитализированной заболеваемости (табл. 2). Если в 2006 г. количество больных, поступивших в стационары Волгограда, составило 198382 человека, то в 2010 г. их количество возросло до 210507 человек, или увеличилось на 6,1 %.

Увеличение показателей госпитализированной заболеваемости обусловлено влиянием целого комплекса причин. Негативным моментом является изменение возрастной структуры населения Волгограда. На 1 января 2006 г. численность населения старше трудоспособного возраста составляла 232521. На 1 января 2010 г. она увеличилась до 246451 человека, или на 6 %. Сохраняется тенденция к увеличению и абсолютной численности, и удельного веса населения пожилого и старческого возраста, что является одной из основных причин изменения структуры заболеваемости, ее роста и соответственно роста потребности в стационарной медицинской помощи. Постарение населения, ухудшение качества жизни значительной части населения в условиях рыночной экономики привело к значительному росту общей и первичной заболеваемости населения и соответственно росту госпитализированной заболеваемости.

Среди причин, также способствующих росту госпитализированной заболеваемости, имеют место проблемы, связанные с доступностью и качеством амбулаторно-поликлинической помощи, прежде все-

го специализированной, так как в большинстве территориальных поликлиник не укомплектованы штаты врачей-специалистов и участковых терапевтов.

Снижение показателей обеспеченности населения Волгограда муниципальными больничными койками вызывает озабоченность. Следует отметить, что ряд больничных зданий нуждается в реконструкции или капитальном ремонте. Имеются больничные здания, находящиеся в аварийном состоянии. Так, в больнице № 18 по этой причине не функционируют два отделения: терапевтическое на 50 коек и неврологическое на 50 коек. Однако ежегодно койки этих больничных отделений включаются в общий коечный фонд муниципальных стационаров. На фоне увеличения потребности населения Волгограда в стационарной помощи сокращение муниципального коечного фонда без введения в эксплуатацию новых больничных мощностей может привести не только к снижению доступности плановой, но и экстренной госпитализации больных.

В настоящее время в здравоохранении на первый план выдвигается задача интенсификации и повышения эффективности деятельности учреждений. Для стационарных медицинских учреждений это в первую очередь означает рациональное и эффективное использование коечного фонда.

Показатели средней занятости койки по всем стационарам Волгограда варьируют в очень незначительных пределах — от 312,5 до 321,1. Данные показатели являются оптимальными для стационарных учреждений Волгограда. Очень важным моментом, оказывающим влияние на показатели работы койки в году, является сложившаяся практика считать за 1 день работы койки день поступления и день выписки больного. Отсюда получается, что чем больше оборот койки, тем меньше число дней использования койки в году из-за большой частоты циклов поступления и выписки больных. Оборот койки в целом по всем лечебным учреждениям города претерпевал тенденцию к росту. Данный показатель вырос с 29,9 в 2006 г. до 32,1 в 2010 г. Рост показателя оборота койки также обусловлен уменьшением средней длительности пребывания больного на койке с 10,7 дня в 2006 г. до 10,0 — в 2010 г.

Практика свидетельствует, что показатель средней занятости койки в году зависит от многих факторов: от структуры коечного фонда стационара, от его мощности, типа используемых диагностических и лечебных технологий и других характеристик медицинского учреждения [3].

На среднюю длительность стационарного лечения влияют различные факторы. Из них наиболее существенные — возраст больных, диагноз, характер заболевания, порядок госпитализации, профиль отделения и др. В табл. 3 показатели деятельности коечного фонда в муниципальных стационарных учреждениях Волгограда приведены в зависимости от профиля оказываемой медицинской помощи.

ТАБЛИЦА 3

Показатели деятельности коечного фонда муниципальных стационарных учреждений Волгограда в динамике за 2006—2010 гг.

Показатели	Профиль коек	Годы				
		2006	2007	2008	2009	2010
Среднегодовая занятость	терапевтический	335,9	330,0	315,2	315,3	327,7
	хирургический	331,6	331,4	321,7	319,2	330,4
	неврологический	344,0	327,5	296,8	287,9	297,6
	прочие	293,8	304,8	322,7	310,2	323,7
	итого	320,2	320,1	315,5	312,5	321,1
Оборот койки	терапевтический	24,9	24,9	24,8	24,6	24,9
	хирургический	30,4	31,7	31,8	31,6	32,1
	неврологический	24,8	24,3	22,6	22,3	24,0
	прочие	34,4	35,5	36,0	36,9	40,5
	итого	29,8	30,6	30,7	30,9	32,1
Средняя длительность пребывания больного на койке	терапевтический	13,5	13,3	12,7	12,8	13,2
	хирургический	10,9	10,4	10,1	10,1	10,3
	неврологический	13,8	13,5	13,1	12,7	12,4
	прочие	8,5	8,6	9,0	8,4	8,0
	итого	10,7	10,5	10,1	10,1	10,0

Сроки пребывания больных в стационаре обоснованы не только причинами медицинского порядка. Усредненные показатели использования коечного фонда по профилям коек далеко не всегда объективно отражают истинное состояние. Так, из табл. 3 видно, что среднегодовая занятость коек неврологического профиля в 2008—2010 гг. находилась на низком уровне, составляя 287,9—297,6 дней. Общее количество коек в неврологических отделениях муниципальных больниц составляло в 2008 г. — 491, в 2009 г. — 485, в 2010 г. — 481. Реальные показатели среднегодовой занятости неврологической койки в больнице № 15 достигали уровня 384,7 дня, в больнице № 16 — 375,1 дня, в больнице № 4 — 354,5 дня. В больнице № 25 данный показатель варьирует в пределах 335,1—339,0 дней. В то же время в течение трех с половиной лет закрыто неврологическое отделение в больнице № 18, хотя департамент здравоохранения администрации Волгограда в количество среднегодовых коек по неврологическому профилю включает 50 коек данной больницы. Поэтому на фоне кажущегося благополучия с оказанием стационарной помощи больным с неврологическими заболеваниями на самом деле неврологические отделения муниципальных больниц перегружены, что, естественно, влияет на качество медицинской помощи. Среди больных неврологического профиля отмечаются высокие уровни летальности, что отражено в табл. 4. Помимо того что в больнице № 18 не работает 50 неврологических коек, такая же участь, как отмечено выше, постигла и пятидесятикоечное терапевтическое отделение данного учреждения. При среднегодовом фонде терапевтических коек в количестве 631 в 2010 г. в муниципальных больницах фактически функционирует 581 койка. При анализе использования коечного фонда в раз-

резе специализированных отделений муниципальных больниц также отмечаются существенные колебания их использования. Таким образом, в муниципальных стационарных учреждениях города имеются резервы улучшения качества стационарной помощи и эффективного использования коечного фонда в результате устранения дефектов в организации их деятельности.

При анализе деятельности стационара обязательно дается характеристика больничной летальности. Данный показатель характеризует качество стационарного и поликлинического обслуживания больных, лечившихся в стационаре. На величину этого показателя оказывает влияние степень тяжести заболевания, возраст больного, своевременность госпитализации, адекватность проводимого лечения и ряда других причин. При изучении причин летальности важен анализ каждого случая смерти с применением экспертного метода. Наряду с тем, что на показатели летальности влияют также организация и качество догоспитального лечения, его снижение связано с поиском новых эффективных методов диагностики и лечения и новых организационных форм, с повышением квалификации медицинского персонала.

Анализ показателей летальных исходов в муниципальных стационарных учреждениях Волгограда в динамике за 5 лет исследования свидетельствует о стабилизации его уровня. В целом по всем стационарам города он составил 1,6—1,7 % (табл. 4). Среди больных хирургического профиля показатель летальных исходов варьировал в пределах 1,4—1,6 %. Произошел рост показателя летальности среди больных терапевтического профиля с 1,4 % в 2006 г. до 1,9 % в 2009 и 2010 г.

Необходимо отметить устойчивую тенденцию роста показателя летальности среди больных с неврологическими заболеваниями — с 4,6 % в 2006 г. до 7,4 % в 2010 г.

ТАБЛИЦА 4

Динамика летальных исходов в муниципальных стационарных учреждениях Волгограда в 2006—2010 гг.

Профиль стационарной помощи	Умерло больных (абс.)					Показатели летальности, %				
	2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Терапевтический	715	771	712	845	879	1,4	1,7	1,6	1,9	1,9
Хирургический	865	863	944	943	920	1,6	1,4	1,6	1,6	1,5
Неврологический	469	622	659	677	774	4,6	6,3	6,4	6,8	7,4
Прочие	1055	875	898	897	962	1,3	1,0	1,0	1,0	1,1
Итого	3124	3171	3213	3213	3555	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7

Если обратиться к абсолютным данным о летальных исходах, то следует отметить, что наряду с ростом госпитализированной заболеваемости количество умерших в стационарах Волгограда также постоянно увеличивается. Если в 2006 г. было зафиксировано 3124 летальных исхода, то в 2010 г. их количество достигло 3555 случаев, то есть рост составил 13,8 %.

Как отмечено выше, особенно значительный рост летальных исходов связан с заболеваниями неврологического профиля. Количество умерших больных с этими заболеваниями из года в год увеличивалось: с 2006 по 2010 г. оно изменилось с 469 до 774 случаев, или выросло на 65 %. В то же время ежегодное число госпитализируемых больных неврологического профиля практически остается стабильным с колебаниями от 11114 до 11527 больных.

Результаты исследований летальных исходов в неврологических отделениях свидетельствуют о преобладании летальных исходов от необратимых последствий инфаркта мозга и обширных внутримозговых кровоизлияний. Выявлены системные дефекты в оказании медицинской помощи на госпитальном этапе, требующие проведения врачебных конференций, увеличения расходов на приобретение медикаментов, технического оснащения, коррекции работы неврологических палат интенсивной терапии, четкой и грамотной работы приемных отделений [4].

Вместе с тем необходимо отметить низкий уровень первичного звена здравоохранения по профилактике и лечебно-оздоровительной работе с пациентами, страдающими заболеваниями системы кровообращения. Правильно организованная профилактика неврологической патологии, обусловленной заболеваниями системы кровообращения, может снизить их распространенность на 80 % и, следовательно, смертность от них.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Требуется ежегодное тщательное планирование использования муниципального коечного фон-

да. Наряду с расчетом основных плановых показателей для больницы в целом (оборот среднегодовой койки, среднее число дней работы койки в году, число койко-дней и число госпитализированных) необходимо планировать показатели деятельности отдельно для каждого специализированного отделения многопрофильной больницы. С целью большей эффективности использования коечного фонда возможно дополнительно рассчитывать коэффициент экстенсивного использования коек, число непрерывно работающих коек, число госпитализированных. Это будет способствовать установлению оптимальной пропорции между числом госпитализированных, среднегодовых коек, времени их работы и простоя.

Уровень и качество стационарной помощи, удовлетворение потребности в различных ее видах связано и зависит от организации работы амбулаторно-поликлинического звена, помощи на дому и на станциях скорой медицинской помощи. Преемственность и комплексный подход к анализу работ всех служб здравоохранения позволит определить уровень, состояние и качество медицинской помощи населению по различным параметрам, выявить резервы, разработать предложения по рациональному использованию коечного фонда и его структуре, повышению качества медицинской помощи, специализации кадров и т. д.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вишняков Н. И., Рывкин А. Ю., Берозашвили А. Т. и др. // Проблемы управления здравоохранением. — 2011. — № 1(56). — С. 6—10.
2. Сабанов В. И., Ивашева В. В. / Материалы научно-практической конференции, посвященной 90-летию Волгоградского муниципального здравоохранения. — Волгоград, 2008. — С. 21—23.
3. Стационарная медицинская помощь (основы организации) / Под ред. А. Г. Сафонова, Е. А. Логиновой. — М.: Медицина, 1989. — 352 с., ил.
4. Щербинина Е. В., Сабанов В. И. // Волгоградский научно-медицинский журнал. — 2011. — № 2. — С. 55—57.