

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ КОЙКАМИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

PROVIDING WITH THE HOSPITAL - BEDS AND EFFICIENCY OF THEIR USAGE

***Аннотация.** В данной статье проведен анализ коечного фонда республики и в разрезе регионов в динамике, эффективность использования коечного фонда в Кыргызстане, доля необоснованных госпитализаций и структура причин необоснованной госпитализации, результаты экспертизы по «зонам неэффективности».*

***Abstract:** This article analyzes the hospital-bed fund of the republic and in the context of regions in the dynamics, the efficiency in using hospital-bed fund in Kyrgyzstan, the proportion of unjustified hospitalizations and structure of the reasons for unjustified hospitalization, expert findings on "inefficiency zones".*

***Ключевые слова:** эффективность, койка, экспертиза, госпитализация, диверсификация, стационар, медицинские услуги.*

***Key words:** efficiency, hospital-bed, expert finding, hospitalization, diversification, ansley, medical service.*

Актуальность работы. На современном этапе реформирования здравоохранения в нашей стране актуальной становится задача предоставление качественной медицинской помощи, адаптация ее к условиям рынка, расширение объема медицинских услуг. Предоставление качественных медицинских услуг на стационарном уровне подразумевает безопасное и функциональное оборудование для пациентов, семей, персонала и посетителей, а также самое немаловажное долгосрочное использование, что повлечет изыскание финансовых средств для приобретения расходных материалов и на текущий ремонт.

Как показала практика, концентрация больничного производства с дальнейшей дифференциацией и специализацией медицины не обеспечивают успехов в области охраны здоровья населения. Настоящий период развития региональных систем здравоохранения многих стран, в основном, характеризуется диверсификацией деятельности больничных центров в сферу внебольничной помощи (Стародубов В.И., 1999; Щепин О.П., 2000; Пакус И.А., 2002; Каратаев М.М., Кочкоров М.К., 2002; Кучеренко В.З. и соавт., 2003; Katzin J et al., 2001).

Как известно, основное достоинство жестко централизованной командно-административной системы здравоохранения заключается в возможности оперативного маневрирования ограниченными силами и средствами при выполнении ограниченных задач чрезвычайных периодов. Ее эффективность в полной мере продемонстрирована опытом советского здравоохранения лишь до середины 90-х годов, когда наметились негативные тенденции в динамике здоровья населения (рост общей и младенческой смертности, снижение продолжительности жизни и т.д.) и стали очевидными и неэффективность использования ресурсной базы здравоохранения, и необходимость его реформирования (Ройтман М.П., Линденбратен А.Л., 1996; Лисицын Ю.П., 2001; Richards T., 1996).

Потенциальные возможности повышения производительности существующих больниц весьма велики. От 30 до 35 % объема больничной помощи могло быть оказано

без ущерба для качества лечения на амбулаторно-поликлиническом уровне (Щепин О.П., 2000).

Преобразование части больничных мощностей, отведенных под неотложное лечение в менее дорогостоящие учреждения экстренной терапии и лечения хронических заболеваний для пациентов, которым требуется менее интенсивная терапия на длительный восстановительный период и для реабилитации хронических состояний, потребует более низких затрат на один койко – день, чем в клинике интенсивной терапии. Сюда же относятся такие мероприятия, как осуществление лечения на дому в качестве альтернативы длительной госпитализации для некоторых видов заболеваний, проведение несложных амбулаторных хирургических вмешательств (А.Г. Матюшенко, 1987; Т.Н. Макарова, Н.Н. Лебедева, 1998).

Цель исследования. Изучить обеспеченность койками населения республики и оценка эффективности её использования.

Материал и методы исследования. Материалом исследования явились отчетные данные стационарных учреждений, результаты экспертной оценки деятельности госпиталей, данные фонда обязательного медицинского страхования при правительстве Кыргызской Республики и его территориальных подразделений и областных медико-информационных центров.

В работе использованы статистические, аналитические методы исследования и экспертной оценки.

Результаты и обсуждение

Волевым путем коечный фонд больничного комплекса страны за период с 1991 по 2015 гг. сократился на 27772 коек или 52,1%, а в отдельных регионах системы здравоохранения коечный фонд сократился более чем на 70% (табл.1). Если на начальном этапе показатели обеспеченности койками на 10 тыс. населения по регионам отличались незначительно, то к 2007 г. эти показатели на 10 тыс. населения стали резко отличаться. Минимальный показатель – 26,6, максимальный - 46,3 на 10 000 населения. Другая структурная особенность в том, что на фоне сокращения коек в регионах увеличился коечный фонд республиканских учреждений, объемы которого увеличились на 30,6% или на 1636 коек.

Таблица 1
Обеспеченность койками в период с 1991 по 2015 гг..

Наименование областей	Годы наблюдения						Разница 1991 - 2007	
	1991		1999		2015		абс число	%
	абс число	На 10 тыс населения	абс число	На 10 тыс населения	абс число	На 10 тыс населения		
Кыргызская Республика	53305	118,9	36108	74,7	25533	52,7	-26960	52,1
Баткенская	-	-	2511	64,3	1850	44,1	-632	25,2
Джалал-Абадская	9750	121,8	5558	63,7	4005	40,8	-5746	58,9
Иссык-Кульская	4685	109,3	2380	57,5	1387	29,7	-3401	72,6
Нарынская	3220	119,3	1999	74,7	917	33	-2328	72,3
Таласская	2235	110,8	1404	70,1	704	33	-1517	67,9
Ошская	13660	100,9	10106	64,5	5277	46,3	-7556	55,3
Чуйская	9620	121,7	4607	59,8	2203	30,5	-7302	75,9
г. Бишкек	4790	74,1	2369	31	2109	26,6	-2625	54,8
Республ. учрежден.	5345		5174		6186		+1636	+30,6

Таким образом, в Кыргызстане пересмотрены нормативы обеспечения населения больничными койками в сторону их сокращения. Коечный фонд страны сократился на половину и составил 51,8 койки на 10 тыс. населения.

Экономический эффект не вызывает сомнений, но встает вопрос, не отразилось ли столь интенсивное сокращение больничных коек на качестве стационарного лечения. Как видно из табл.2, интенсивность использования коечного фонда в стране возросла на 9,9%, составив в 1991 году 294 дня, в 1999 г. – 304 дня и 2015 г. - 291 дня. Положительным моментом является то, что увеличился оборот койки с 19,4 (1991г.) до 30,1 (2015 г.) и сократилось время пребывания больного в стационаре с 14,9 (1991г.) до 10,8 (2015 г.) дней. Однако, несмотря на более рациональное использование коечного фонда, число больных, прошедших стационарное лечение, сократилось на 24,0% с 1034,2 тыс.(1991г.) до 785,7 тыс. (2007г.), а показатель госпитализации с 23,1 до 15,1 на 100 человек численности населения.

Таблица 2

Эффективность использования коечного фонда в Кыргызстане

Показатели	1991	1999	2015
Работа койки в году (дней)	294	304	291
Уровень госпитализации абс число	1034282	769904	939613
Показатель госпитализации на 100 человек	23,1	16,3	15,8
Длительность госпитализации	14,9	14,1	10,8
Оборот койки за год (раз)	19,4	21,3	30,1
Обеспеченность населения койками (на 10 тыс. населения)	118,9	74,7	52,7
Больничная летальность (%)	0,6	0,7	0,8

Показатель занятости койки, превышающий 340 дней для городской койки и 310 дней для сельской, свидетельствует о перегрузке больницы, и, следовательно, о недостаточной организации обслуживания больных. Как видно из табл. 3 такая ситуация складывается в лечебных учреждениях Иссыккульской и Таласской областей, что подтверждается высокими показателями больничной летальности. В этих областях занятость койки составляет соответственно 345 и 383 дней, а больничная летальность самая высокая - 1,1%.

Таблица 3

Занятость койки по регионам системы здравоохранения

Регион	Занятость койки			Госпитализировано на 100 жителей			Больничная летальность (%)	
	1999	2005	2015	1999	2005	2015	1999	2015
Кыргызстан	304	307	291	16,3	12,9	15,8	0,7	0,7
Баткенская обл	318	305	292	16,1	12,3	15,2	0,7	0,6
Жалал-Абадская	301	285	295	14,7	10,6	13,1	0,5	0,6
Иссык-Кульская	276	337	283	11,9	10,2	11,8	0,7	1,1
Нарынская обл	264	325	263	16,4	9,7	10,7	0,3	0,8
Ошская обл	311	302	296	17,1	12,6	15,1	0,7	0,6
Таласская обл	288	301	268	14,0	12,4	12,7	0,4	1,1
Чуйская обл	287	337	271	13,2	11,0	12,9	0,6	0,9
город Бишкек	349	340	311	10,3	8,1	8,9	1,1	0,86
город Ош		329	321		10,4	13,7		0,5
Респуб. учр.		294	288				0,8	1,0

Экспертиза обоснованности госпитализации показала, что не обоснованная госпитализация составляет 3,0 %. По регионам и в динамике уровень необоснованных госпитализаций подвержен существенным колебаниям (табл.4).

Таблица 4

Доля необоснованных госпитализаций, 2006 -2015 гг. (%)

Области	Количество необоснованных госпитализаций			% необоснованных госпитализаций от числа экспертированных карт		
	2006	2010	2015	2006	2010	2015
Годы						
Баткенская	29	18	26	3,6	1,2	1,9
Джалал-Абадская	53	70	30	1,4	1,9	2,6
Иссык-Кульская	48	50	54	3,9	3,7	4,5
Нарынская	1	0	10	0,1	0,0	0,9
Ошская	57	163	210	1,9	4,3	4,6
Таласская	0	11	13	0,0	1,2	1,8
Чуйская	179	94	108	7,0	2,3	3,6
г. Бишкек	90	59	54	1,5	1,0	0,9
г. Ош	20	11	95	2,8	1,2	9,1
Республика	477	476	600	2,4	2,1	3,0

Причинами необоснованной госпитализации в стационар главным образом явились отсутствие учреждений дневного стационара в поликлинике, стационара на дому и отсутствие врачебного персонала на местах (табл.5).

Таблица 5

Структура причин необоснованной госпитализации

Причины необоснованности госпитализации	%
Не адекватное лечение в поликлинике, в дневном стационаре, стационаре на дому	21,6
Не полное обследование в поликлинике	18,4
Отсутствие учреждений дневного стационара	16,7
Отсутствие врача по месту жительства	18,4
Госпитализация социальных больных	9,5
Случаи обязательной госпитализации (МСЭ, ВВК)	9,6
Прочие	5,8

Таким образом, новые нормативы обеспеченности населения больничными койками – 52 койки на 10 000 населения являются предельными. Дальнейшее снижение нормативов обеспечения населения больничными койками приводит к перегрузке больниц, обслуживание больных становится неуправляемым, что на практике выражается

увеличением больничной летальности и инвалидности. Альтернативой госпитального лечения являются стационары, замещающие способы лечения пациентов. Однако, амбулаторно-поликлинические службы этими методами могут ограничить госпитализацию до определенных пределов. На данном этапе амбулаторно-поликлиническим службам удалось сократить число госпитализированных больных на 24%. Дальнейшее сокращение числа больных, нуждающихся в стационарном лечении, может быть осуществлено за счет первичной и вторичной профилактики, но как мы отмечали ранее, этим ГСВ пока занимаются недостаточно. Другой путь сокращения числа госпитализаций - ликвидация необоснованных госпитализаций.

Результаты экспертизы выявили следующие «зоны неэффективности»: отсутствие жесткого отбора на госпитализацию, отсутствие преемственности между поликлиникой и стационаром и, как результат, снижение качества лечебного процесса в стационаре: неадекватное лечение в стационаре 19,3%; необоснованная госпитализация в 25,0 - 30,0 %, возрастающий процент больничной летальности и инвалидности.

Итак, с учетом качества стационарных услуг в деятельности ГСВ преобладают затратные механизмы: около 20% пациентов направляется на консультации к врачам специалистам и 23% на госпитализацию, в том числе с неполным обследованием пациентов в центрах семейной медицины - 18,4%; диагноз не подтвердился в стационаре у 14,0% больных. В результате не снижается число лиц первично признанных инвалидами – 23,2 на 10 тыс. населения (2005г. – 24,1). В 2015 году на 6,1% выросло число лиц, первично признанных инвалидами, в Таласской, Джалал-Абадской областях – на 4,5%, а в Ошской - на 2,5%. Болезни системы кровообращения остаются важной проблемой, доля которых в структуре причин инвалидности занимает второе место (14,3%) и первое место в структуре смертности (47,7%).

Литература:

1. Каратаев М.М., Кочкоров М.К. Пути улучшения стационарной помощи населению // Медицина и фармация. - Бишкек, 2002.- том 2, № 2.- С. 3-5.
2. Кучеренко В.З., Яковлев Е.П., Кудрявцев Ю.Н., Трофимов А.С. Некоторые подходы к оценке качества лечебно-диагностического процесса // Проблемы управления здравоохранением.- М., 2003.- № 1.- С. 13-17.
3. Лисицын Ю.П. «Модус» здоровья россиян// Экономика здравоохранения. – М., 2001. - № 2.- С. 32-37.
4. Матюшенко А.Г. Определение экономической эффективности медицинской науки и здравоохранения // Врачебное дело. – 1987. - № 3. – С. 20-35.
5. Макарова Т. Н., Лебедева Н. Н. Преодоление структурных диспропорций - одно из важнейших направлений реформы российского здравоохранения //Журнал «Главный врач». – 1998. - №5.- С.6-13.
6. Пакус И.А. Проблемы реструктуризации стационарной медицинской помощи населению крупного города и управления её качеством. – М., Медицина. – 2002.- С.174.
7. Ройтман М. П., Линденбратен А. Л. От нового хозяйственного механизма в здравоохранении к обязательному медицинскому страхованию. //Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. - №1.- С.30-36.
8. Стародубов В. И. Реформы российского здравоохранения: настоящее и будущее //Здравоохранение. – 1999. - № 3.- С.7-13.
9. Щепин О. П. Основные направления совершенствования системы здравоохранения Российской Федерации // Медицина и здравоохранение в дни войны и мира. Материалы научно-практической конференции 25-26 апреля 2000 года, Москва, - 2000. - С. 118-124.
10. Katzin J. et all. “ Innovations in resource allocation, pooling and purchasing in the Kyrgyz health care system” HNP Working Paper. World Bank, Health and Population Advisory Service, 2001, Washington, DC .
11. Richards T. European health policy: must redefine it is raison d’etre. British Medical Journal,- 1996,v.312,- P.1622-1623.

