

Министерство здравоохранения Российской Федерации

Государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

**Первый Московский государственный медицинский
университет имени И.М.Сеченова**

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

ОРГАНИЗАЦИЯ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ

Москва - 2012



Учебное - методическое пособие подготовлено на кафедре общественного здоровья и здравоохранения медико-профилактического факультета.

Авторы:

доцент, к.м.н. Н.А. Касимовская,
доцент, к.м.н. М.С. Микерова.

Под редакцией заведующего кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Заслуженного деятеля науки РФ, член-корр. РАМН, профессора В.З. Кучеренко.

Организация стационарной помощи /для студентов, обучающихся по специальностям 060101 «Лечебное дело», 060103 «Педиатрия», 060105 «Медико-профилактическое дело», 060201 «Стоматология»: М.- 2012 - 105 с.

Содержание

Список сокращений	4
Введение	5
Организация стационарной помощи	9
Анализ качества и эффективности стационарной медицинской помощи	34
Стационарзамещающие формы медицинской помощи	48
Редкие стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи	75
Обеспеченность стационарной помощью населения России	78
Анализ показателей деятельности стационара	97
Контрольные вопросы и задания	103
Примеры тестовых заданий	104

Список сокращений

АСУ – автоматизированная система управления

БСМП – больница скорой медицинской помощи

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КИЛИ – комиссия по изучению летальных исходов

ЛКК – лечебно-контрольная комиссия

ЛФК – лечебная физкультура

МСЧ – медико-санитарная часть

ОМС – обязательное медицинское страхование

СД – стационар на дому

СМП – скорая медицинская помощь

ЭКГ – электрокардиограмма

Введение

Больничные медицинские организации - ведущее звено в системе организации стационарной медицинской помощи населению, сложная и динамичная медико-социальная система. *Больничная медицинская организация* – комплексное учреждение здравоохранения, оказывающее все виды лечебно-диагностической, высококвалифицированной специализированной стационарной помощи населению при наиболее тяжелых заболеваниях, требующих комплексного подхода к диагностике и лечению с применением наиболее сложных методик, новейших и, как правило, дорогостоящих медицинских технологий, нередко оперативного вмешательства, постоянного врачебного наблюдения, интенсивных методов лечения и ухода.

Больничная медицинская организация проводит широкие мероприятия профилактического, противозидемического и социально-экономического плана (обеспечение санитарно-противозидемического режима, гигиеническое воспитание и санитарное просвещение, профилактика осложнений, реабилитация больных и инвалидов, восстановление трудоспособности больных и т. д.); сосредоточивает кадры

высококвалифицированных специалистов, основные материальные фонды системы здравоохранения, в том числе - здания, сооружения, сложнейшее оборудование, медицинскую технику и др. На базе больничных медицинских организаций проводятся научные исследования, подготовка и повышение квалификации врачей, специалистов сестринской и медико-технической служб.

Перечисленное и множество других факторов подчеркивают особую значимость стационарной помощи в системе здравоохранения.

Процесс изучения раздела «Организация охраны здоровья населения» по теме «Стационарная помощь» направлен на формирование у обучающихся следующих профессиональных компетенций:

- способности и готовности анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности;

- способности и готовности использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по

оказанию медицинской помощи взрослому населению и подросткам, анализировать показатели работы их структурных подразделений, проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам;

-способности и готовности использовать методы управления, организовать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции.

В результате изучения темы студент должен знать:

- основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно - технические документы;
- основные принципы управления и организации медицинской помощи населению;
- организацию врачебного контроля за состоянием здоровья населения;
- использование статистических показателей при оценке состояния здоровья населения и деятельности медицинских организаций;
- основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи различным группам населения, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных;

- принципы управления и организации медицинской помощи населению.

уметь:

- планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей и производственной среды;
- участвовать в организации и оказании лечебно - профилактической и санитарно - противоэпидемической помощи населению с учетом его социально-профессиональной (включая профессиональные занятия спортом) и возрастно-половой структуры;
- оценить эффективность диспансерного наблюдения за пациентами.

владеть:

- правильным ведением медицинской документации;
- оценками состояния общественного здоровья.

Организация стационарной помощи

Больничные учреждения в России дифференцируются по различным признакам: административно-хозяйственной значимости, типам, профильности, ведомственной принадлежности, виду собственности, интенсивности лечебно-диагностического процесса и др.

По *административно-территориальному положению* больницы могут быть областными, краевыми, окружными, республиканскими, городскими, районными, сельскими, участковыми; по ведомственной принадлежности - Министерства здравоохранения, Министерства путей сообщения, Министерства обороны РФ и др.; по профильности - многопрофильные и специализированные (однопрофильные); по порядку госпитализации - больницы скорой медицинской помощи, больницы для плановой госпитализации, больницы для общей (смешанной) госпитализации; по степени интенсивности наблюдения и ухода (интенсивного лечения, восстановительного лечения, долечивания, сестринского дела, медико-социальной помощи); по регламенту организации работы (детские и для взрослых, объединенные со станцией скорой медицинской помощи, объединенные с поликлиникой,

необъединенные); по виду собственности (государственные учреждения, муниципальные учреждения, унитарные предприятия, частные организации и др.)

В зависимости от характера патологии, течения и прогноза заболевания, тяжести состояния, пола и возраста больных стационарная помощь оказывается широкой сетью разных типов учреждений здравоохранения: *диспансерами, родильными домами, медико-санитарными частями, хосписами, центрами специализированной медицинской помощи* и др.

Кроме того, специализированная больничная помощь оказывается в стационарных отделениях диспансеров (кардиологических, кожно-венерологических, наркологических, онкологических, офтальмологических, противотуберкулезных, психоневрологических, эндокринологических), а также в лечебно-профилактических учреждениях особого типа (центрах восстановительной терапии, для воинов-интернационалистов, профессиональной патологии, по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями), наркологических реабилитационных и других.

Больницы, используемые не менее чем на 50 % с целью преподавания высшими медицинскими образовательными учреждениями (факультетами) или в научных целях

медицинскими научными организациями, являются клиническими учреждениями. Больницы, входящие в состав высших медицинских образовательных учреждений и медицинских научных организаций, или подчиненные им называются **клиниками**.

При наличии в одном населенном пункте, районе, области двух и более больниц одного наименования каждой из них присваивается порядковый номер.

Основная задача больниц - оказание медицинской помощи в тех случаях, когда проведение лечения или сложных диагностических исследований невозможно в амбулаторно-поликлинических условиях; если выздоровление или улучшение состояния больного может быть быстрее достигнуто в стационаре, чем при амбулаторном лечении; если пребывание больного дома представляет угрозу для окружающих (при ряде инфекционных и венерических заболеваний, некоторых видах психических расстройств и др.).



Таблица 1. Больничные медицинские организации

Специализированные больницы	Больницы	Другие
медицинской реабилитации, в том числе детская	участковая	Госпитали всех наименований
гинекологическая	районная	Медико-санитарная часть, в том числе центральная
гериатрическая	городская, в том числе детская	Дом (больница) сестринского ухода
инфекционная, в том числе детская	городская скорой медицинской помощи	Хоспис
наркологическая	центральная (городская, районная)	Лепрозорий
онкологическая	областная, в том числе детская (краевая, республиканская, окружная)	
офтальмологическая		
психоневрологическая, в том числе детская		
психиатрическая, в том числе детская		
психиатрическая (стационар) специализированного типа		
психиатрическая (стационар) специализированного типа с интенсивным наблюдением;		
туберкулезная, в том числе детская		

Городская больница является лечебно-профилактическим учреждением, обеспечивающим квалифицированное стационарное и поликлиническое обслуживание населения на основе достижений современной медицинской науки и (поликлиническая помощь оказывается в том случае, если больница объединена с поликлиникой. Работа поликлиники организуется в соответствии с действующим положением).

По виду, объему и характеру оказываемой медицинской помощи и системе организации работы городская больница может быть:

- по профилю - многопрофильной или специализированной;
- по системе организации - объединенной или не объединенной с поликлиникой;
- по объему деятельности - различной категоричности (количественной мощности).

Основными задачами городской больницы являются:

- оказание высококвалифицированной специализированной лечебно-профилактической помощи населению (стационарной и амбулаторно-поликлинической);

- обеспечение преимущественного медицинского обслуживания рабочих промышленных предприятий и подростков, занятых в промышленности и системе профессионально-технического образования;
- расширение объема и совершенствование диспансерного метода обслуживания населения;
- внедрение в практику обслуживания населения современных методов профилактики, диагностики и лечения больных на основе достижений медицинской науки и техники, а также передового опыта работы лечебно-профилактических учреждений;
- развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинского обслуживания населения и ухода за больными; повышение качества и культуры работы;
- изучение причин общей заболеваемости населения и заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих и служащих; разработка и проведение оздоровительных мероприятий, направленных на снижение и ликвидацию наиболее распространенных заболеваний;
- санитарно-гигиеническое воспитание населения;

- широкое привлечение общественности к разработке и проведению мероприятий по лечебно-профилактическому обслуживанию населения.

В соответствии с основными задачами городская больница должна осуществлять:

- обслуживание населения высококвалифицированной стационарной и амбулаторно-поликлинической медицинской помощью по участково-территориальному и цеховому принципу;
- оказание первой и неотложной медицинской помощи больным, обратившимся в стационар или поликлиническое отделение больницы, вне зависимости от их местожительства;
- преемственность в обследовании и лечении больных между поликлиникой и стационаром;
- своевременное обследование и лечение больных в стационаре, поликлинике и на дому с использованием современных достижений медицинской науки и практики;
- систематическое освоение и внедрение в практику новых эффективных методов и средств профилактики,

диагностики и лечения, организационных форм и методов работы передовых лечебно-профилактических учреждений;

- широкое применение в комплексной терапии лечебного питания, физических методов лечения и лечебной физкультуры, трудовой терапии и других методов восстановительного лечения;
- мероприятия по широкому внедрению и рациональному использованию в обслуживании больных лечебно-охранительного режима;
- диспансеризацию отдельных контингентов населения (здоровых) и больных, нуждающихся в систематическом динамическом наблюдении и проведении плановых лечебно-оздоровительных мероприятий;
- проведение плановых профилактических осмотров рабочих промышленных предприятий, подростков и других групп населения, занятых в ведущих отраслях народного хозяйства, с целью раннего выявления заболеваний, определяющих уровень временной и стойкой утраты трудоспособности и показатель смертности (сердечно-сосудистые заболевания,

злокачественные новообразования, туберкулез, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки и др.);

- экспертизу временной нетрудоспособности рабочих и служащих; выдачу листков нетрудоспособности и заключений о переводе на другую работу по состоянию здоровья; направление на врачебно-трудоустроенные экспертные комиссии лиц с признаками стойкой утраты трудоспособности; отбор больных на санаторно-курортное лечение, в профилактории и диетические столовые;
- мероприятия по повышению качества обслуживания, содержания и ухода за больными;
- учет и анализ заболеваемости населения; анализ эффективности работы персонала и качества оказываемой лечебно-профилактической помощи; изучение исходов и отдаленных результатов лечения;
- повышение профессиональной квалификации, теоретического уровня и проведение систематической воспитательной работы среди врачей, среднего медицинского и другого персонала больницы;

- проведение мер по распространению санитарных знаний и привитию гигиенических навыков населению, а также борьбе с вредными привычками (алкоголизм, курение и др.);
- систематическое привлечение широких слоев общественности к разработке и проведению мероприятий по снижению заболеваемости и повышению качества медицинского обслуживания населения, контролю за соблюдением правил и режима работы больницы, а также оказанию помощи в уходе за больными.

Городская больница в зависимости от категории и профиля должна иметь следующие структурные подразделения:

- а) стационар с приемным отделением;
- б) поликлинику (вопрос о включении в состав больницы поликлиники решается местными органами здравоохранения в зависимости от типа больницы, ее мощности, территориального расположения)
- в) лечебно-диагностические отделения, кабинеты и лаборатории;
- г) патологоанатомическое отделение (морг);

д) прочие структурные подразделения: аптеку, кухню, кабинет медицинской статистики, виварий, медицинский архив, библиотеку, склады и др.

Городская больница является самостоятельным лечебно-профилактическим учреждением и имеет в своем распоряжении здания с определенной территорией, соответствующее оборудование, инвентарь и другое имущество.

Городская больница может быть клинической (учебной) базой медицинского института, института усовершенствования врачей или научно-исследовательского института, а также базой производственной практики студентов медицинских вузов и учащихся медицинских училищ.

ВОЗ систематизировала унифицированные для всех типов больниц *функции* в 4 группы:

- восстановительные (диагностика и лечение заболеваний, уход, реабилитация и неотложная помощь);
- профилактические (лечебно-оздоровительная деятельность, профилактика осложнений, хронических и инфекционных заболеваний, инвалидности и др.);

- учебные (подготовка медицинского персонала и его последипломная специализация);
- научно-исследовательские.

Каждому типу больниц свойственны определенные *функции*. Так, *областная (краевая, окружная, республиканская) больница*, будучи высшим центром оказания высококвалифицированной специализированной стационарной и консультативной помощи населению соответствующих территорий, одновременно является организационно-методическим центром руководства лечебно-профилактическими учреждениями, размещенными на этих территориях, т.е. ей присуща организационно-методическая функция аппарата органа управления здравоохранением по лечебно-профилактической помощи.

В связи с реорганизацией здравоохранения в сельских районах и созданием *центральных районных больниц* на этот тип учреждения были возложены административно-управленческие функции, которые ранее выполнялись отделами здравоохранения районов. В отличие от других типов больниц центральная районная - не только лечебно-профилактический и организационно-

методический центр, но и орган управления здравоохранением района, что значительно отличает формы и методы работы этого учреждения. Аналогичное явление наблюдается в ряде городов республиканского, краевого, областного значения, где функции городских отделов здравоохранения возложены на центральные городские больницы. Таким образом, в России некоторые типы больниц выполняют одновременно функцию учреждения и органа здравоохранения и тем самым обеспечивают методическое, организационное, координирующее и контролирующее руководство всеми лечебно-профилактическими учреждениями конкретной территории.

В условиях специализации и интеграции медицинской помощи на базе крупных областных (республиканских, краевых, окружных), городских, районных больниц и стационаров диспансеров создаются республиканские, региональные, межобластные, городские, межрайонные *центры специализированной помощи*, имеющие современную лечебно-диагностическую базу, оснащенные современным оборудованием и медицинской техникой,

укомплектованные высококвалифицированными специалистами. Центры выполняют лечебно-консультативные, организационно-методические и научные функции по важнейшим клиническим специальностям, занимаются подготовкой кадров, внедрением достижений науки, техники и передового опыта в практику.

Любая больница (без поликлиники) по функциональному назначению имеет 4 сектора: управление, клинический и лечебно-диагностический секторы, хозяйственную часть.

Сектор управления больницы представляется администрацией - главным врачом и его заместителями. *Главный врач* руководит больницей на правах единоначалия. Вместе со своими заместителями он несет ответственность за организацию, уровень и качество лечебно-диагностического процесса в учреждении в соответствии с принятыми стандартами, современными требованиями науки и практики, рациональное использование кадровых, финансовых и материальных ресурсов отвечает за технику безопасности и соблюдение санитарно-противоэпидемических требований,

обеспечивает повышение квалификации всего персонала больницы и т.д.

Главный врач имеет заместителей по медицинской части, клинико-экспертной работе, по организационно-методической работе (в областных, республиканских, краевых, окружных и центральных районных больницах), по поликлинике (в случаях объединения больницы с поликлиникой), по административно-хозяйственной части, экономике, по гражданской обороне (спецработе), по кадрам, главную медицинскую сестру больницы как заместителя (помощника) по работе с сестринским персоналом и др. в зависимости от мощности и типа больницы.

К сектору управления больницей относятся также канцелярия, оперативный отдел, кабинет медицинской статистики, отдел АСУ, финансово-экономический отдел и бухгалтерия, библиотека и др.

Современное *больничное хозяйство* - сложный комплекс, включающий как отдел лечебно-диагностической аппаратуры и медицинской техники, так и подразделение для обеспечения нормального функционирования больницы: систему энерго-, тепло- и

водоснабжения, связь, пищеблок, прачечную, транспорта, дезинфекционную камеру и т. д.

Независимо от мощности и профиля коечного фонда в состав *клинического и лечебно-диагностического секторов* входят следующие подразделения: приемное отделение, в котором должен быть изолятор, возможны диагностические койки и блок интенсивной терапии и реанимации; клинические (платные) отделения для пребывания больных; диагностические подразделения, включающие рентгеновское отделение (кабинет), отделения функциональной диагностики, эндоскопии, ультразвуковой диагностики; патологоанатомическое отделение; лаборатории (клиническая, биохимическая, бактериологическая, иммунологическая, серологическая, радиоиммунной диагностики и др.); лечебные подразделения - операционный блок, отделения физиотерапии и лечебной физкультуры, лучевой терапии, гипербарической оксигенации, гемодиализа и гемосорбции; аптека; централизованная стерилизационная; отделение переливания крови и другие подразделения. Наличие тех или иных из указанных подразделений зависит от функции и мощности

конкретной больницы, степени централизации диагностических и лечебных служб в городе (районе).

Важную роль в четкой организации работы больниц выполняют приемное и реанимационное отделения.

Приемное отделение. С созданием крупных больниц расширяются задачи приемного отделения, усложняются функции, объем и характер его деятельности. От культуры работы персонала приемного отделения, быстроты и правильности диагностики, четкой сортировки больных по тяжести состояния, объема врачебной помощи во многом зависит успех лечения. Особенно ответственна, роль приемных отделений многопрофильных больниц скорой медицинской помощи, куда поступают в экстренном порядке больные и пострадавшие, нуждающиеся в установлении первичного диагноза и проведении срочных, нередко весьма сложных лечебно-профилактических мероприятий.

Приемные отделения больниц, круглосуточно принимающих экстренных больных, выполняют следующие функции:

— прием и регистрация поступающих больных,

оформление необходимой документации;

- врачебный осмотр больных и первичная диагностика;
- сортировка больных по характеру и тяжести заболевания, оказание неотложной медицинской помощи в определенной дежурным врачом очередности;
- круглосуточное проведение необходимых консультаций, лабораторно-клинических, инструментальных и функциональных исследований экстренным больным;
- наблюдение за больными, неясными в диагностическом плане;
- изоляция лиц, подозрительных на инфекционные заболевания или находящихся в состоянии алкогольного опьянения;
- санитарная обработка госпитализируемых больных и их транспортировка в специализированные отделения;
- приемственность в оказании экстренной помощи больным со станцией скорой помощи, поликлиниками и другими лечебно-профилактическими учреждениями;
- оповещение милиции, пожарной охраны и других учреждений о несчастных случаях в быту и на производстве, по поводу которых пострадавшие

обратились за помощью в больницу скорой помощи;

- выдача сведений о состоянии и судьбе пострадавшего или больного, если в больнице отсутствует специальная справочно-информационная служба;
- экстренное извещение родственников больного в случаях, когда в больницу поступил ребенок или подросток без сопровождения взрослых; когда поступил больной в бессознательном состоянии, угрожающем жизни; в случае смерти больного или пострадавшего в приемном отделении, а также, когда больного переводят в другое лечебное учреждение.

Приемное отделение БСМП имеет теплый тамбур-гараж, регистратуру-приемную, ряд кабинетов врачей специалистов, процедурные, перевязочные, комнаты санитарной обработки больных, а также справочную и помещение для родственников.

В приемных отделениях больниц СМП создаются экспресс-лаборатории, рентгеновский кабинет, кабинет функциональной диагностики УЗИ и др.

Приемное отделение располагает обменным фондом каталок, носилок, шин и т. д. Наличие запасных стандартных комплектов транспортных шин позволяет

производить их обмен с доставившей пострадавшего бригадой скорой помощи, не нарушая иммобилизацию до определенного срока.

В приемные отделения СМП больные поступают по направлению бригад скорой помощи, врачей поликлиник до 25% самотеком (без направлений лечебно-профилактических учреждений).

Больные и пострадавшие, находящиеся в угрожающем жизни состоянии, минуя общепольничное приемное отделение, поступают прямо в реанимационное отделение или в специализированные отделения, где функционируют блоки интенсивной терапии.

Все остальные больные поступают через приемное отделение, которое должно быть рассчитано минимум на два потока: поток больных, доставляемых бригадами скорой помощи, и поток больных, направляемых поликлиниками и поступающих самотеком.

В условиях БСМП и в больницах, обеспечивающих круглосуточное дежурство по экстренной помощи, в приемном отделении обеспечивает бригада врачей: хирург, травматолог, терапевт и рентгенолог. Врачи других специальностей (гинеколог, уролог, нейрохирург,

невропатолог и др.) дежурят, как правило, в соответствующих профильных отделениях и при необходимости вызываются в приемное отделение на консультацию.

После осмотра врачом больной из приемного отделения поступает либо в специализированное отделение (если установлен диагноз), либо в диагностическое отделение (палату), входящее структурно и территориально в приемное отделение.

Реанимационное отделение. Наиболее ответственная функция больницы СМП по оказанию экстренной помощи больным, находящимся в угрожающем жизни состоянии, выполняется ее важнейшим структурным подразделением – реанимационным отделением. Оно призвано качественно и своевременно осуществлять комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций организма, нарушенных вследствие самых разнообразных причин, и предотвращать опасности дальнейших нарушений.

Наиболее распространенный тип реанимационного отделения – отделение общего типа. Для выполнения

сложнейшего медико-технологического процесса, осуществляемого в реанимационном отделении общего типа (реанимационные пособия, интенсивное лечение, интенсивный уход, функциональные и лабораторные исследования, санитарно-гигиеническое обеспечение и т.д.), в структуре отделения предусматриваются соответствующие помещения: реанимационный зал с предреанимационной, лаборатория срочных анализов, комнаты для персонала, помещение для аппаратуры и т.д. Количество постов в отделении распределяется из расчета 1 пост на 3 койки в палатах интенсивной терапии. Два поста дежурных медсестер могут быть размещены смежно. Самого тщательного внимания требует профилактика внутрибольничной инфекции.

В зависимости от задач, решаемых конкретной больницей, численности обслуживаемого населения и потребности его в различных видах медицинской помощи клинические и лечебно-диагностические подразделения стационара могут иметь различную мощность. Так, в больницах скорой медицинской помощи необходимы крупное отделение интенсивной терапии и реанимации, достаточное количество плановых и экстренных

операционных, подразделение для экспресс-диагностики. В больницах восстановительного лечения, широко использующих методы нелекарственного лечения, помимо отделений физиотерапии и лечебной физкультуры должны быть предусмотрены помещения для проведения механотерапии, социальной и профессиональной реабилитации, водо- и грязелечебница, бассейн.

Деятельность больницы (ее производственный процесс) формируется в соответствии с организационной структурой, мощностью и функциями, определяемыми иерархическим уровнем оказания стационарной медицинской помощи населению, специализацией и интеграцией отдельных ее видов, уровнем развития материально-технической базы основных, лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений, обеспеченностью медицинскими кадрами и их квалификацией и т. д.

В клиническом секторе основной структурной единицей больницы является клиническое (палатное) отделение, возглавляемое заведующим, который назначается и освобождается приказом главного врача. Заведующий отделением непосредственно руководит

работой ординаторов и через старшую медсестру отделения - работой среднего медперсонала. Отделения состоят из 30-70 и более коек, используют в своей деятельности все лечебные и диагностические службы больницы. Главная задача заведующего отделением – обеспечить постоянное повышение качества лечебно-диагностического процесса.

Лечебно-диагностический процесс является основной производственной деятельностью больницы, обуславливающей ее формы и методы функционирования. Ведущими принципами организации лечебно-диагностического процесса в стационаре являются последовательность и непрерывность составляющих процесс элементов, его дифференциация по степени интенсивности лечения и ухода в зависимости от тяжести состояния больных.

Система управления лечебно-диагностическим процессом основана на общих и частных алгоритмах действий лечащих врачей. Общий алгоритм является программой взаимодействия лечащего врача с остальными участниками лечебно-диагностического процесса, частный - программой последовательных решений лечащего врача

по обследованию, диагностике, лечению и реабилитации больных, исходя из конкретной ситуации.

Каждая из ситуаций представляет один из последовательных этапов технологии лечебно-диагностического процесса, отражающего текущее состояние больного, соответствующие ему действия врача, прогнозируемые исходы этих действий.

Алгоритмизация дает возможность структурировать и стандартизировать лечебно-диагностический процесс по основным периодам, стадиям и элементам с учетом основных целей госпитализации больных в стационар.

Анализ качества и эффективности стационарной медицинской помощи

Анализ качества и эффективности стационарной медицинской помощи предполагает оценку соответствия уровня лечебно-диагностического процесса в больнице (в отделении) принятым стандартам, достижениям медицинской науки, наличию медицинского оборудования и оснащенности вспомогательно-диагностических подразделений, а также оценку полноты использования имеющихся возможностей, целесообразности использования кадров, качества ухода за больными, общей культуры обслуживания и т.д.

Качество стационарной медицинской помощи определяется рядом объективных показателей: летальностью, частотой расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов, частотой послеоперационных осложнений, сроками госпитализации больных, требующих экстренного хирургического вмешательства (аппендицит, ущемленная грыжа, кишечная непроходимость, внематочная беременность и др.)

Методом экспертных оценок по специально разработанным программам определяются такие показатели, как своевременность постановки основного и сопутствующего диагнозов, полнота обследования и лечения, их соответствие принятым стандартам ведения больных.

Качество лечения и его эффективность во многом определяются квалификацией лечащего врача, степенью использования в практической деятельности новейших методов диагностики и лечения. При оценке процесса лечения необходимо определить обоснованность, логичность и последовательность действий врача, а также рациональное использование всех современных средств и методов в каждом конкретном случае.

Наличие плана обследования и лечения, комплексность и целенаправленность его этиологический, патогенетический и функциональный подход к лечению больного, контроль за выполнением обследований и назначений – все это должно найти отражение при оценке качества лечебно-диагностического процесса.

Уровень и качество стационарной медицинской помощи во многом зависит от своевременности и полноты

обследования и лечения больного во внебольничных учреждениях, от четкой и адекватной диагнозу подготовки больного к стационарному лечению. Поэтому целесообразно подготовку больного к госпитализации выделять в *самостоятельную предварительную стадию лечебно-диагностического процесса*. От того, насколько полно и адекватно обследован больной в предварительной стадии, зависит интенсивность обследования и эффективность лечения больного в последующих стадиях в стационаре.

В предварительной стадии лечебно-диагностического процесса наиболее полно проявляется важный элемент системы рационального использования коечного фонда - преемственность в работе внебольничных и больничных учреждений. Критериями оценки результативности преемственности между стационаром и внебольничными учреждениями являются обоснованность направления на госпитализацию и своевременность ее, профильность направления и степень подготовленности больных к стационарному лечению.

Относительно непродолжительной по времени, но несущей в себе важный аспект эффективности первых

контактов больничной службы с больным, является *начальная стадия лечебно-диагностического процесса*. Она характеризует период пребывания больного в приемном отделении: ожидание, обследование и консультации, оформление и санитарно-гигиенические процедуры.

Длительность и качество обслуживания больных в приемном отделении больницы зависят прежде всего от правильности действий дежурного врача (бригады дежурных врачей), который решает вопрос о показаниях целесообразности и необходимости госпитализации больного, а также от клинико-диагностических и консультативных возможностей отделения.

Основными показателями, характеризующими уровень работы приемного отделения, должны быть: процент совпадения диагнозов приемного отделения с клиническими, профильность госпитализации больных, показатель обоснованности госпитализации. Об оперативности обслуживания больных при приеме в больницу можно судить по средней длительности пребывания больных в приемном отделении. По данным

специальных исследований выявлено, что больные находятся в приемном отделении городских больниц в среднем около двух часов. Ясно, что необходимо добиваться снижения такого показателя.

В начальной стадии важно обратить внимание на продолжительность пребывания больного в клиническом отделении до осмотра лечащим (или дежурным на правах лечащего) врачом.

Особого внимания заслуживает поступление больных в пятницу, субботу и воскресенье, когда необходимо, исходя из конкретных условий работы больницы, обеспечивать врачебный осмотр, обследование и лечение, начиная с первых дней пребывания больного в отделении.

Немалые резервы в плане интенсификации, повышения качества лечебно-диагностического процесса, сокращения длительности пребывания больных в стационаре заложены в *диагностической стадии*. Ведущим элементом в ней является первичный осмотр больного лечащим врачом. Он, как правило, должен проводиться в день поступления больного в стационар. Для этого в больницах устанавливают порядок

поступления плановых больных в первой половине дня. Это дает возможность лечащим врачам в этот же день детально осмотреть вновь поступившего больного, оформить осмотр записью в истории болезни, разработать в первый же день пребывания больного в стационаре подробный план его обследования и лечения.

В аспекте повышения качества лечебно-диагностического процесса и в плане контроля за деятельностью лечащих врачей большую роль играют осмотры больных заведующим отделением. Периодичность осмотров больных заведующим отделением какими-либо официальными положениями не регламентируется. Практика отечественного здравоохранения определила целесообразным не менее, чем 3-разовый осмотр каждого больного заведующим отделением: в день поступления (или на следующий день), этапный осмотр в процессе пребывания больного в стационаре и за один-два дня до выписки больного. При необходимости заведующий отделением с принятой в отделении форме с учетом этики и медицинской деонтологии вносит коррективы в диагностику основного и сопутствующего заболеваний, в планы обследования и

лечения больных, в подготовку больных к выписке. После того как больной осмотрен лечащим врачом и заведующим отделением, формируется план-программа его комплексного обследования с применением современных клиничко-лабораторных, функциональных, радиоизотопных, рентгеноконтрастных, эндоскопических и других методов обследования. К сожалению, врачи стационаров часто не используют имеющиеся результаты внебольничного обследования больных и допускают их повторение в условиях стационара.

Интенсификация лабораторно-клинических и функционально-диагностических исследований несет в себе широкие возможности более эффективного использования коечного фонда больниц.

Повсеместно имеются резервы совершенствования *консультативной помощи* больным в стационарах. Для повышения эффективности и качества консультаций в их организации и проведении должна быть определенная система. Лечащий врач обязан подготовить и обследовать больного перед консультацией, обосновать и согласовать с заведующим отделением вызов консультанта, определить цель консультации. Консультация должна

проводиться в присутствии лечащего врача или заведующего отделением. Консультант обязан обрисовать свое заключение и записать его в истории болезни.

Плановые консультации желательно проводить после 12-13 часов, так как к этому времени врачи заканчивают обход и могут принять участие в консультации. Экстренные консультации проводятся в час назначения, плановые – в 1-й или 2-й день.

В плане интенсификации консультативной помощи целесообразно внедрять централизованную систему организации консультаций. Организация и контроль за проведением внутри- и внебольничных консультаций обеспечивается *диспетчерскими*, а в крупных многопрофильных больницах - *оперативными* отделами.

Одним из резервов повышения качества стационарной медицинской помощи является проведение своевременного и полного лечения не только основного, но и сопутствующих заболеваний, если позволяет состояние больного. Сопутствующие заболевания отмечаются более, чем у половины госпитализированных больных. Однако их лечение проводится только у 1/3 больных с сопутствующими заболеваниями.

При анализе *лечебно-восстановительной стадии* пребывания больного в стационаре также необходимо обращать внимание на полноту и своевременность выполнения врачебных назначений.

В этой стадии находит свое воплощение принцип дифференциации и интеграции лечебно-диагностического процесса в стационаре по степени интенсивности и ухода в зависимости от тяжести состоят больных.

Основную роль в организации лечебно-диагностического процесса в отделении играет его заведующий, являющийся высококвалифицированным специалистом и организатором, умеющий обеспечивать, намечать и систематически проводить мероприятия по повышению качества медицинской помощи больным.

Заведующий отделением обеспечивает систематический контроль за качеством лечебно-диагностического процесса путем клинических обходов, экспертной оценки историй болезни, методом непосредственного наблюдения за работой врачей.

Из других форм контроля основное место имеет систематический выборочный контроль по данным историй болезни, который проводит заместитель главного

врача больницы по медицинской части. Этот контроль состоит в том, что зам. главного врача проводит оценку качества ведения больных в отделениях по историям болезни, представляемым ему за 1-2 дня до выписки. Оценивая в общем (схематично) все истории болезни, часть из них зам. главного врача подвергает более глубокому анализу. Все выявленные дефекты по возможности устраняются, но отмечаются в специальном журнале.

Активную помощь заместителю главного врача больницы в проведении систематического углубленного контроля за качеством лечебно-диагностического процесса в стационаре должна оказывать лечебно-контрольная комиссия (ЛКК). Важной и обязательной формой контроля качества лечебно-диагностического процесса в стационаре являются *патологоанатомические вскрытия* умерших больных с последующим разбором. Случаи расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов выносятся на клинико-анатомические конференции с предварительной тщательной подготовкой и глубоким анализом причин расхождения. В анализе причин смерти больных в стационаре большую роль играют создаваемые

в крупных многопрофильных больницах комиссии по изучению летальных исходов (КИЛИ). В условиях обязательного медицинского страхования (ОМС) важная роль в объективности оценки качества медицинской помощи в стационаре принадлежит вневедомственной экспертизе, которую проводят независимые эксперты системы ОМС (высококвалифицированные специалисты соответствующего профиля).

Рациональное использование коечного фонда предполагает максимально полное удовлетворение потребности населения в госпитализации при условии высокой социальной и медицинской эффективности оказания стационарной помощи больным, эффективном использовании имеющихся ресурсов, при соответствии деятельности больничных учреждений принятым стандартам и современным требованиям медицинской науки и практики здравоохранения. Интенсификация деятельности стационарных учреждений заключается в увеличении пропускной способности больниц (рост числа лиц, получивших лечение) при обеспечении высокого качества больничной помощи, сокращении сроков пребывания больных в стационаре и предотвращении

неоправданных затрат вследствие простоя коек и неэффективного использования медицинского оборудования.

Основными элементами системы рационального использования коечного фонда являются: интенсификация и повышение качества лечебно-диагностического процесса на догоспитальном этапе; совершенствование преемственности в деятельности больничных и внебольничных учреждений в осуществлении современной концепции здравоохранения - единство профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных; развитие сети подразделений стационарозамещающих форм деятельности, в частности, дневных стационаров, организуемых в поликлиниках и больницах; диагностических подразделений при приемных отделениях больниц, отделений краткосрочного пребывания и т.д. Необходимость четкого взаимодействия и преемственности имеет особо важное значение при оказании стационарной медицинской помощи сельскому населению. Одним из важнейших принципов реализации этого положения является этапность в обследовании, консультациях и лечении наиболее сложных больных:

участковая больница – районная, центральная районная больница - межрайонные специализированные отделения (центры) - областная (краевая, окружная, республиканская) больница.

Существенным резервом сокращения длительности госпитального этапа и повышения эффективности использования коечного фонда является распределение количества коек в зависимости от интенсивности лечебно-диагностического процесса.

Для анализа результатов оценки достигнутого уровня, эффективности использования ресурсов, интенсивности работы коечного фонда и медицинских кадров, определения стратегии развития сети стационарных учреждений в целом, конкретной больницы и отдельных подразделений применяется комплекс социально-экономических нормативов и показателей, важнейшими из которых являются: обеспеченность населения больничными койками на 1000 жителей, в т. ч. по отдельным профилям; фондовооруженность коечного фонда больницы и структурных подразделений из расчета тыс. руб. на 1 койку; капитальные вложения - тыс. руб. на 1 койку; среднее число жителей на 1 больничное

учреждение и на 1 больничную койку; охват населения госпитализацией (в %); число госпитализаций на 1000 жителей; среднее число больных, пролеченных за год на одной койке (оборот койки); занятость койки в году; среднее число дней простоя койки в году; средняя длительность госпитализации (в днях); число дней госпитализации на 1000 жителей; число занятых врачебных (сестринских) должностей на 100 коек; показатели пролеченных больных одним врачом за год; среднее число больных, обслуженных одним врачом в день; соотношение должностей врачей и должностей сестринского персонала и т. д.

Стационарзамещающие формы медицинской помощи

В течение последнего десятилетия ведется реструктуризация коечного фонда, так как практически каждый пятый житель страны ежегодно проводит в стационаре более 16 дней. При этом результаты исследований показывают, что от 20 до 50% лиц, получивших лечение в стационарах, были госпитализированы без достаточных на то оснований, а в некоторых случаях и необоснованно. Проведение реструктуризации предполагает сокращение избыточного количества стационарных коек, что предусматривает ликвидацию имеющихся в системе здравоохранения диспропорций.

Одним из путей повышения экономической эффективности системы здравоохранения и более экономичного использования больничных ресурсов является развитие стационарзамещающих форм медицинской помощи.

Стационарзамещающая помощь - это форма оказания медицинской помощи в дневных стационарах поликлиник, отделениях (палатах) дневного пребывания в

стационаре, стационарах на дому и других, более редких формах при учреждениях здравоохранения, осуществляющих лечебно-профилактическую деятельность, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

В стационарозамещающих отделениях основными видами медицинской помощи являются квалифицированная и специализированная медицинская помощь. Профиль стационарозамещающего отделения определяется с учетом потребности населения в данной форме медицинской помощи руководителем лечебно-профилактического учреждения. Основные профили стационарозамещающих отделений - хирургический, акушерско-гинекологический, терапевтический, педиатрический. Объем медицинской помощи, оказываемый в стационарозамещающих отделениях, зависит от вида и профиля оказываемой организациями здравоохранения медицинской помощи, структурными подразделениями которых они являются.

Стационарозамещающие отделения являются структурными подразделениями организаций здравоохранения, осуществляющих лечебно-

профилактическую деятельность и предназначены для проведения лечебных, профилактических и реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, а также для больных, выписанных из стационара круглосуточного пребывания и требующих дальнейшего восстановительного лечения.

Основными *задачами* стационарозамещающих отделений являются:

- 1) оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи;
- 2) обеспечение медицинской помощью больных, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения в стационаре;
- 3) проведение комплекса лечебно-профилактических мероприятий диспансерным больным, лицам с факторами риска, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения;
- 4) разгрузка общей стационарной сети за счет больных с острыми заболеваниями, не требующих экстренной и неотложной стационарной помощи, а также за счет лиц с хроническими заболеваниями и беременных с

неосложненным течением, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения;

5) своевременное комплексное лечение больных с острой патологией, не требующих экстренной и неотложной стационарной помощи, и больных с хронической патологией, прикрепленных к лечебно-профилактическому учреждению, с целью предотвращения госпитализации в стационар круглосуточного пребывания и достижения стабильных конечных результатов;

6) осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного лечения;

7) подбор адекватной терапии больным с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания.

Преимуществами стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи являются:

- снижение затрат на оказание медицинской помощи;
- рациональное использование коечного фонда;
- высокий уровень медицинских услуг;
- возможность оказания медико-социальной помощи;

— усиление деятельности консультативно —
диагностической службы.

Внедрение стационарозамещающих технологий как в городе, так и на селе требует разработки и внедрения рычагов экономического стимулирования их деятельности.

Внедрение стационарозамещающих форм организации медицинской помощи на базе сельских учреждений (сельских врачебных амбулаторий, участковых, районных и центральных районных больниц) является достаточно эффективным и целесообразным, так как позволяет более рационально использовать материально-техническую базу и медицинские кадры лечебно-профилактических учреждений, повысить доступность медицинской помощи населению.

Дневные стационары предназначены для проведения профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мер с применением современных малозатратных медицинских технологий в соответствии со стандартами и протоколами ведения пациентов лицам из групп с повышенным риском заболеваемости, больным и инвалидам, беременным

женщинам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения.

В амбулаторно-поликлинических учреждениях дневные стационары являются структурными подразделениями амбулаторий, поликлиник, диспансеров, МСЧ, женских консультаций.

Основной целью работы дневных стационаров является совершенствование организации медицинской помощи, а также повышение экономической эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений на основе внедрения и широкого использования стационарозамещающих и ресурсосберегающих медицинских технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

В соответствии с этой целью в каждом амбулаторно-поликлиническом отделении определяют конкретные задачи *дневного стационара*, которые сводятся к следующим позициям:

- проведение комплексных профилактических и оздоровительных мероприятий лицам из групп риска повышенной заболеваемости, в т. ч. профессиональной, а также длительно и часто болеющим;

- проведение сложных и комплексных диагностических исследований и лечебных процедур, связанных с необходимостью специальной подготовки пациента и краткосрочного медицинского наблюдения за ним после проведения указанных лечебных и диагностических мероприятий;
- подбор адекватной терапии больным хроническими заболеваниями с впервые установленным диагнозом заболевания или хроническим больным при изменении степени тяжести заболевания;
- проведение комплексного курсового лечения с применением современных медицинских технологий пациентам, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения;
- осуществление реабилитационного и оздоровительного комплексного курсового лечения больных и инвалидов, беременных женщин;
- проведение экспертизы состояния здоровья, степени утраты трудоспособности и решение вопроса о направлении на медико-социальную экспертную комиссию.

На госпитализацию в дневной стационар амбулаторно-поликлинических учреждений целесообразно направлять следующие группы пациентов:

- лиц, за которыми после проведения определенных диагностических процедур, лечебных мероприятий, в т. ч. оперативных вмешательств, необходимо осуществлять краткосрочное (в течение нескольких часов) медицинское наблюдение;
- больных, у которых возможно развитие неблагоприятных реакций после переливания крови и ее препаратов, внутривенного вливания кровезамещающих жидкостей и других растворов, после специфической гипосенсибилизирующей терапии и др.;
- лиц, нуждающихся в длительном внутривенном вливании медикаментозных препаратов;
- пациентов, которым показаны различные процедуры (ванны, грязевые аппликации, массаж, вытяжение и т. д.) с обязательным последующим отдыхом (релаксацией);
- больных, требующих специальной подготовки (если они не могут провести ее самостоятельно) для проведения некоторых диагностических исследований;

- пациентов, нуждающихся в проведении сложных врачебных манипуляций (пункция плевры с удалением плевральной жидкости, артроскопия и др.);
- пациентов, требующих неотложной помощи по поводу состояний, возникших во время пребывания в поликлинике и на близлежащей территории (приступ бронхиальной астмы, пароксизм тахикардии и тахиаритмии, гипертонический криз и др.);
- пациентов, требующих долечивания после интенсивного лечения в условиях полного стационара (послеоперационные, постинсультные, постинфарктные состояния и т. д.);
- лиц, в отношении которых следует решить сложные вопросы врачебно-трудовой экспертизы с применением лабораторных и функциональных исследований;
- лиц, нуждающихся в контролируемом лечении (подростки, пожилые, беременные женщины и др.);
- пациентов, нуждающихся в сложных реабилитационных процедурах;
- лиц, имеющих социальные показания для пребывания в дневном стационаре и т. д.

Противопоказаниями для госпитализации в дневной стационар являются:

- тяжелое состояние больных, нуждающихся в круглосуточном врачебном наблюдении и уходе, т. е. требующих полной госпитализации в больницы;
- потребность в круглосуточном парентеральном введении препаратов;
- резко ограниченная возможность пациентов к самостоятельному передвижению;
- необходимость соблюдения обязательного круглосуточного постельного режима;
- потребность соблюдения диетического режима, выполнение которого невозможно в домашних условиях;
- статус больных, когда их самочувствие и состояние может ухудшиться при нахождении на холодном воздухе, жаре и т. д. по дороге в дневной стационар, домой и др.

Этот перечень может изменяться в зависимости от конкретных местных условий и возможностей поликлиники.

Примером данного вида оказания медицинской помощи является дневной стационар хирургического

профиля, где производят операции по поводу вросшего ногтя, абсцессов, флегмон, панарициев и ряда других заболеваний. После операции больной наблюдается в течение 2-4 часов, после чего при необходимости, транспортируется домой на медицинском транспорте.

Создание дневных стационаров при поликлиниках позволяет проводить в амбулаторных условиях лечебные и диагностические процедуры, ранее осуществляемые только в больничных учреждениях, оказывать помощь пациентам, нуждающимся в активном обследовании и лечении, которые не могут по ряду причин быть госпитализированы в больницу, а также тем, у кого во время посещения поликлиники возникло неотложное состояние. Вместе с тем, требуют тщательного экспертного анализа контингенты больных, прошедших через дневной стационар, с точки зрения показаний к лечению в учреждении данного типа. Так, необходимость пребывания пациента в стационаре в течение лишь 2-3 часов может указывать на то, что у этого больного нет потребности лечиться в дневном стационаре поликлиники, а направление пациента в дневной стационар свидетельствует о чисто организационных сложностях,

возникающих в условиях проведения амбулаторного лечения (трудно организовать ежедневный врачебный осмотр, очереди в процедурный и физиотерапевтический кабинеты, отсутствие отдыха после процедур и ряд других проблем). Для их устранения было бы достаточно создать оборудованные процедурные кабинеты с кушетками для больных, которым производятся внутривенные и капельные вливания, комнату отдыха, в которой дежурит медсестра, наблюдающая за состоянием пациентов после приема процедур, кабинета неотложной терапии, буфета и др.

С другой стороны, следует определить, в какой мере можно отрывать активное лечение и обследование от условий стационара, готового в любую минуту подключиться к оказанию экстренной помощи больному при возникшем осложнении (анафилактический шок, кровотечение и т.п.). При организации дневного стационара на базе амбулаторно-поликлинического учреждения должна быть обеспечена высококвалифицированная неотложная помощь, гарантирована возможность перевода в больницу больных, которым в ходе лечения в дневном стационаре

понадобилось круглосуточное наблюдение и медицинская транспортировка.

В дневных стационарах специализированных профилей при поликлиниках показания к пребыванию в них и объем проводимых лечебно-диагностических мероприятий определяют врачи-специалисты и доводят эту информацию до участковых врачей-терапевтов, врачей общей (семейной) практики. Необходимо, чтобы дневные стационары органично вписывались в систему специализированных служб.

Оценивая положительное стремление приблизить активное медицинское воздействие к месту жительства и работы больного, нельзя не отметить, что амбулаторно-поликлинические учреждения являются основными звеньями службы первичной медико-санитарной помощи, уровнем первого и, как правило, длительного контакта пациента с системой здравоохранения. Именно они должны взять на себя заботу о длительной медико-социальной поддержке и последовательной реабилитации для лиц, прикрепленных к внебольничной медицинской организации и нуждающихся в этих видах помощи.

В настоящее время такая деятельность затруднена по ряду причин. Среди них: недостаточная материальная база, нехватка площадей, недостаток финансовых средств и т.д. Все это усугубляется отсутствием тесной связи и преемственности служб здравоохранения и социального обеспечения, психологической неготовностью работников территориальных поликлиник взять на себя решение части социальных забот своих пациентов, недостаточным развитием в стране реабилитационной службы, особенно ее низовых, массовых звеньев.

Наиболее ярким примером учреждений дневного пребывания, нацеленного на социальную реабилитацию больных, являются лечебно-трудовые мастерские при психоневрологических диспансерах. В них применяется широкий спектр современных методов лечения (фармакотерапия, психотерапия, трудотерапия и др.) При этом труд больных является не только лечебным мероприятием, но и повышает материальную обеспеченность больных, их значимость в глазах членов семей, открывает определенные жизненные перспективы.

Интересен также зарубежный опыт медико-гигиенического обучения групп пациентов, объединенных

по профилю заболевания на базе дневного стационара при амбулаторных учреждениях. Широко распространены программы обучения заболевших сахарным диабетом, для желающих похудеть, для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, бронхиальной астмой. Помимо обучения программы включают физические упражнения, контроль за клиническими симптомами, психосоциальную помощь и т.д.

Итак, дневные стационары на базе поликлиник должны ориентироваться не только на активные методы лечения и обследования, но и в значительной степени – на работу с пациентами старших возрастов с хроническими заболеваниями, что, с одной стороны, имеет большое социальное значение, а с другой – освободит койки для больных, действительно нуждающихся в стационарном лечении.

Медицинская и лекарственная помощь населению в условиях дневного стационара оказывается в рамках территориальной программы государственных гарантий по обеспечению населения бесплатной медицинской помощью, а также на условиях добровольного медицинского страхования или платных медицинских

услуг в соответствии с нормативно-правовыми актами Российской Федерации. Питание больных в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения организуется исходя из местных условий за счет пациента.

В *структуру* дневного стационара могут включаться:

- палаты, оснащенные необходимым оборудованием и инвентарем;
- процедурный кабинет;
- хирургический кабинет с малой операционной;
- комната для пребывания медицинского персонала;
- комната для приема пищи больными;
- иные кабинеты по решению руководства лечебно-профилактического учреждения.

Для осуществления функций дневного стационара могут быть использованы диагностические, лечебные, реабилитационные и другие подразделения лечебно-профилактического учреждения, в структуре которого он организован.

Штаты медицинского персонала дневного стационара в амбулаторно-поликлиническом учреждении определяются по действующим штатным нормативам

лечебно-профилактических учреждений, в структуре которых созданы, с учетом двухсменного режима работы.

В дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений ведение пациентов осуществляется лечащим врачом (участковым терапевтом, педиатром, акушером-гинекологом, врачом общей практики и другими врачами-специалистами). При необходимости привлекаются соответствующие консультанты. Нормы нагрузки медицинского персонала устанавливаются с учетом ведения больных в дневном стационаре.

Стационары дневного пребывания в больнице организуются для госпитализации больных с острыми и хроническими заболеваниями, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но которым показана лечебно-профилактическая помощь в дневное время.

Организация подразделений дневного пребывания в больницах несколько упрощается тем, что она осуществляется на базе функционирующей инфраструктуры (аптека, прачечная, транспорт и др.)

Вместе с тем до настоящего времени по темпам открытия названных подразделений больницы значительно уступают поликлиникам. Это объясняется своеобразными правовыми, организационными и финансовыми аспектами отделений дневного пребывания в больнице от существующих традиционных для больницы круглосуточно функционирующих госпитальных (клинических, палатных) отделений.

В общем плане отделения дневного пребывания больных в стационаре повторяет цели, задачи, режим работы, штаты, систему финансирования, описанные в разделе дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В таких отделениях, как правило, палаты работают по пятидневке, больные находятся в них с 7 до 18 часов ежедневно. Средняя длительность пребывания составляет 4-5 дней.

Оправдано существование стационаров дневного пребывания, особенно в педиатрической практике. Например, дневной кардиологический стационар для детей с врожденными пороками сердца ставит перед собой задачу установить или уточнить топический диагноз,

оценить эффективность ранее проводимых лечебных и реабилитационных мероприятий с целью отработки тактики дальнейшего ведения больного.

Находясь днем в сложном диагностическом процессе, вечером ребенок возвращается домой в свою обычную микросреду, которая в норме оказывает положительное психотерапевтическое влияние. Перспективными представляются для дневных стационаров в больницах такие профили, как гастроэнтерология, гематология, артрология, а также отделения восстановительного лечения (долечивания).

Разновидностью дневных стационаров, являющихся развитием идеи отделений краткосрочного пребывания на базе специализированных подразделений, являются *однодневные стационары*. Палаты однодневного пребывания функционируют на базе офтальмологических, гинекологических, проктологических, детских хирургических, нефрологических и др. отделений. Больным в течение дня может быть проведено комплексное обследование и хирургическое лечение, в т.ч. под общей анестезией. Через 2-3 часа после выхода из наркоза и восстановления основных жизненно важных

функций, а также при отсутствии осложнений больной может быть выписан домой. При наличии проблем в лечении и самочувствии больного, он остается в отделении для дальнейшего лечения.

Работу отделений и палат дневного пребывания в отдельных случаях логично сочетают с другими прогрессивными организационными формами. Например, в психиатрии имеется опыт работы дневного и ночного стационара на базе одного помещения со сменным характером их работы. Другим вариантом взаимодействия полустационаров является организованный при психоневрологическом диспансере комплекс *дневного-ночного* стационара с этапом круглосуточного пребывания больных. Причем, период круглосуточного пребывания не превышает нескольких дней. С другой стороны, представляется возможным в традиционном стационаре вести часть пациентов в режиме дневного пребывания. Разнообразие переходных форм от традиционного круглосуточного стационарного к амбулаторному лечению в условиях больницы позволит выбрать оптимальный режим для каждого больного с точки зрения медико-социальной целесообразности и экономической

эффективности. Отсутствие гибкости в этом вопросе будет ограничивать возможности врача и пациента.

С целью повышения экономической эффективности дневные стационары, как на базе поликлиник, так и на базе больниц, могут быть дополнены вечерними программами и программами выходного дня. Эти программы целесообразно проводить для работающих контингентов по договору с предприятиями или в медико-санитарных частях и профилакториях.

Стационары на дому. В условиях реструктуризации лечебно-профилактической помощи получит свое дальнейшее развитие такая неординарная организационная форма оказания медицинской помощи как стационары на дому при амбулаторно-поликлинических учреждениях.

В конце XX века в России в условиях старения населения, на фоне сложной социально-экономической ситуации в стране растет заболеваемость населения, происходит накопление числа хронических заболеваний и сопутствующей патологии. Такие больные требуют систематического наблюдения, комплексного обследования и лечения, подчас достаточно интенсивного,

которое не всегда возможно провести в амбулаторных условиях. Однако, не во всех случаях круглосуточная госпитализация, необходимая больному, по мнению врача, является желанной и столь же осознанно необходимой, по мнению самого больного.

Как правило, *«стационар на дому»* является структурным подразделением отделения неотложной помощи поликлиники. Стационары на дому могут создаваться также на базе МСЧ, поликлинических отделений больниц, диспансеров, женских консультаций и даже больниц.

Направляют больных на данное лечение участковые врачи-терапевты, «узкие специалисты» и врачи неотложной помощи.

Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводит заведующий отделением по представлению лечащего врача. Все записи производятся в амбулаторной карте. Руководство стационаром на дому осуществляется заведующим отделением неотложной помощи или заведующим терапевтическим (педиатрическим) отделением.

Организация СД при поликлиниках может быть построена по принципу централизации, децентрализации и смешанному:

Централизованная форма работы предусматривает специальное выделение штатов (врача и медицинской сестры). Медицинской сестрой делаются все необходимые заборы анализов, процедуры и инъекции 1 – 2 раза в день. Дополнительные инъекции больным делаются участковой медсестрой. При такой форме врач и медицинская сестра стационара на дому обслуживают в день 12 - 14 больных. Стационар на дому обеспечивается транспортом.

Децентрализованная форма предполагает обслуживание участковым врачом и медицинской сестрой 2 - 3 больных своего участка. Эти формы работы требуют четкого определения показаний к лечению больных в стационаре на дому, чтобы не заменять посещения участкового врача на дому стационаром на дому.

Обслуживание больных может осуществляться по децентрализованному типу. Но при этом также выделяются 1-2 выездные процедурные медицинские

сестры для проведения больным процедур: инъекций (1 – 2 раза), заборов крови, мочи и др. Выездная процедурная медицинская сестра обслуживает 12 - 14 больных близлежащих участков, при этом она обеспечивается автотранспортом. Участок работы может включать около 20 тыс. населения.

В выходные дни и ночное время пациенты в стационарах на дому обслуживаются службой скорой медицинской помощи. В стационаре на дому больной один раз в неделю консультируется заведующим отделением. Объем помощи включает ежедневный осмотр врачом, внутривенные и внутримышечные инъекции, капельницы, банки, физиотерапевтические процедуры, ЛФК, клинико-лабораторное и ЭКГ исследование, консультации специалистов поликлиники и др. В большинстве случаев в стационарах на дому наблюдаются лица старших возрастов с хронической патологией. Вместе с тем, имеется опыт организации стационара на дому для трудоспособного возраста. Например, в ряде поликлиник лица трудоспособного возраста получали лечение по поводу заболеваний органов дыхания (острая пневмония, хронический бронхит и бронхиальная астма в стадии

обострения). Их доля в общем числе пролеченных в стационаре на дому составила 60%, а 25% приходится на болезни сердечно-сосудистой системы (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь и др.). Возможна предварительная госпитализация таких больных в традиционный стационар для снятия острых явлений, с последующим переводом на долечивание в стационар на дому. При ухудшении состояния больной немедленно переводится для лечения в больницу. Практика организации стационаров на дому оправдала себя также в педиатрии, в акушерстве и гинекологии (вплоть до родов на дому).

Стационары на дому для хирургической группы больных создаются там, где в структуре поликлинического отделения имеется операционный блок, оснащенный современной медицинской аппаратурой, в котором осуществляются некоторые операции (электрокоагуляции полипов, удаление доброкачественных подкожных опухолей, удаление геморроидальных узлов и др.) с последующим наблюдением больного врачом хирургом по типу стационара на дому.

Штаты стационара на дому устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, предусмотренными для амбулаторно-поликлинических учреждений. При этом главным врачам лечебно-профилактических учреждений дано право использовать штатную численность в зависимости от производственной необходимости.

При использовании стационара на дому для лиц старшего возраста, инвалидов, особенно с целью реабилитации следует помнить и о возможных негативных сторонах этой формы организации медицинской помощи. В частности, дома пациент остается один на один со своей болезнью, что значительно затрудняет его социальную адаптацию. Вместе с тем, от медицинских работников требуется работа не только с пациентом, но и с членами его семьи, которые должны быть обучены правилам ухода и нуждаются в психологической поддержке.

В перспективе развития стационаров на дому, можно предвидеть их трансформацию с приходом в поликлиники врача общей практики. Это уже сейчас может реализовываться в сельской местности в первую

очередь и в городах, где внедрена общеврачебная (семейная) практика.

В другом варианте стационары на дому могут перерасти в центры амбулаторной помощи, полностью укомплектованные кадрами и оснащенные современной техникой, где будут оказывать не только специализированную, но и социальную помощь. Деятельность этих центров не исключает в определенных случаях (по желанию больного) лечиться дома, при установлении на дому индивидуального круглосуточного поста медицинской сестры и т.д., оказание платных услуг.

Редкие стационарозамещающие формы оказания медицинской помощи

К числу других, более редких стационарозамещающих форм относятся

- *вечерние и ночные* стационары,
- стационары *выходного дня*,
- комплексы: *дневной стационар – пансионат* и др.

Ночным стационарам в отечественной литературе уделяется недостаточное внимание, хотя определенный опыт все же имеется. Например, в психиатрии *ночные стационары* создают благоприятные условия для решения таких задач, как лечение больных, у которых работоспособность не страдает и сохраняется установка на продолжение работы или учебы, изъятие больного из патогенной семьи, лечение нервно-психических расстройств, проявляющихся в ночное время (например, нарушение сна).

Иногда *ночные стационары* целесообразно размещать на базе одного помещения с дневным стационаром.

На ряде промышленных предприятий функционируют ночные профилактории, в которых проводится в целях динамического наблюдения плановое обследование и профилактическое лечение работников предприятия.

Вечерние стационары (программы) разворачивают как в комплексе с дневными стационарами в одном с ними помещении, так и самостоятельно.

Анализ деятельности вечерней программы показал достоверное снижение дней нетрудоспособности пациентов.

Стационары выходного дня широко практиковались при профилакториях. Однако с переходом на новые условия хозяйствования проявится рыночный аспект этой медико-организационной формы, когда совершенно очевидна экономическая выгода от создания на платной основе в помещении дневного стационара, работающего по пятидневке, стационара выходного дня для желающих.

За рубежом широко практикуется опыт коммерческих учреждений выходного дня, где клиент может получить комплекс профилактического лечения

(массаж, водные процедуры, физиотерапия, лечебная физкультура и т.д.).

Необходимо отметить и развитие *альтернативных видов стационарозаменяющих технологий*. Исходя из структуры общей заболеваемости по данным обращаемости и госпитализации в дневные стационары в перспективе следует развивать больницы сестринского ухода, гериатрические больницы и больницы длительного ухода.

Обеспеченность стационарной помощью населения России

По данным Огрызко Е.В. ФГУ ЦНИИОИЗ (Москва, 2010), в 2009 году в целом по стране функционировало 5877 всех стационаров, из них – 5084 больничных учреждений и 793 диспансера, имеющих стационары. За период 2000 – 2009 гг. число всех стационаров уменьшилось на 40,9% (число больничных учреждений и диспансеров, имеющих стационары, уменьшилось на 42,6% и 26,8% соответственно).

Из числа всех стационаров – 86,5% приходится на больничные учреждения. На долю областных, краевых, республиканских больниц (включая клинические), городских больниц (включая клинические), детских больниц, больниц сельских районов, родильных домов приходится 86,2% всех больничных учреждений (без диспансеров). В 2009 году в Российской Федерации функционировало 793 диспансера, имеющих стационары. В динамике за последние десять лет их число сократилось на 26,8%. В структуре диспансеров, имеющих стационары, - 37,2% диспансеров приходится на

противотуберкулезные, 21,4% - кожно-венерологические, 14,9% - наркологические, 12,6% - онкологические, 11,1% - психоневрологические, 2,3% - кардиологические, 0,4% - эндокринологические, 0,1% - прочие. В 2009 году в Российской Федерации 66,0% больничных учреждений приходилось на муниципальные учреждения (больницы – 75,4%, диспансеры – 5,8%), 30,9% больничных учреждений – на учреждения подчинения субъекта Российской Федерации (больницы – 21,0%, диспансеры – 94,2%), 3,1% больничных учреждений приходится на учреждения федерального подчинения (больницы – 3,6%).

В больничные учреждения (вместе с местами дневного пребывания) поступило 34 млн. человек, из них – 94,8% больных поступило в больницы и 5,2% больных – в диспансеры. В динамике за десять лет число поступивших во все стационары увеличилось на 7,2% (число поступивших больных в больницы и стационары увеличилось на 6,8 и 15,5% соответственно). В областные, краевые, республиканские больницы (включая клинические), городские больницы (включая клинические), детские городские больницы (кроме

областных), специализированные больницы, больницы сельских районов, родильные дома поступило 28,5 млн. чел., то есть 88,5% от всех поступивших в больницы. В динамике за 2000 – 2009 гг. число поступивших в эти учреждения увеличилось на 3,7%.

В 2009 году в Российской Федерации поступило 1,8 млн. человек в диспансеры, из них – 42,5% человек поступили в онкологический, 15,6% - в наркологический, 14,9% - в кожно-венерологический диспансер, 11,8% - в противотуберкулезный, 8,5% - в психоневрологический, 6,45% - в кардиологический диспансер, 0,2% - в эндокринологический, 0,05% - в прочие диспансеры.

Анализ распределения числа поступивших в стационары по уровню подчиненности в целом по стране показал, что в 2009 году 67,9% больных поступило в стационары муниципального подчинения, 28,9% больных – в стационары подчинения субъекта Российской Федерации и 3,2% больных поступили в стационары федерального подчинения. В больницы муниципального подчинения поступило 71,5% больных, в больницы подчинения субъекта Российской Федерации – 25,1% больных, в

учреждения федерального подчинения – 3,4% больных. В диспансеры подчинения Российской Федерации поступило 97,9% больных, в диспансеры муниципального подчинения – 2,1% больных.

В 2009 году показатель госпитализации в целом по стране составил 22,5 на 100 населения. За последнее десятилетие наблюдается небольшой рост показателя госпитализации (2000 г. – 22,0 на 100 человек, 2001 г. – 22,5, 2002 г. – 22,7, 2003 г. – 22,8, 2004 г. – 22,3, 2005 г. – 22,4, 2006 г. – 22,2, 2007 г. – 22,6, 2008 г. – 22,4, 2009 г. – 22,5 на 100 населения).

Уровень госпитализации выше среднероссийского был зарегистрирован в Сибирском (24,0), Приволжском (23,4) и Южном (23,0), Дальневосточном (22,9) федеральных округах. Ниже среднероссийского показателя госпитализация отмечалась в Уральском (22,2), Северо-Западном (21,7), Центральном (21,5), Северо-Кавказском (20,2). Максимальный уровень госпитализации был в Республике Тыва (36,2), Чукотском автономном округе (32,1), Алтайском крае (28,7),

Республиках Алтай (29,8) и Мордовия (27,2), Магаданской (28,4) и Сахалинской (28,4) областях, а минимальный – в Калининградской области (17,6), Республике Дагестан (17,7), Чеченской республике (19,2), Красноярском крае (19,3).

Анализ распределения показателя госпитализации по профилю коек выявил самый высокий уровень госпитализации на педиатрических койках (7,0 на 100 детского населения), на койках патологии беременности (3,7 на 100 женского населения), на койках для беременных и рожениц (3,6 на 100 женского населения), терапевтических (2,6 на 100 населения), хирургических койках (2,4 на 100 населения), инфекционных (1,7 на 100 населения), койках для производства аборт (1,0 на 100 женского населения), неврологических койках (1,3 на 100 населения).

В 2009 году в целом по стране коечный фонд составил 1 млн. 278 тыс 932 койки. Половина коечного фонда (54,5%) относилась к койкам муниципального подчинения, 41,1% - подчинения субъекта Российской

Федерации и 4,4% коечного фонда относились к койкам федерального подчинения.

За 2000 – 2009 гг. число коек уменьшилось на 294968 коек или на 18,7%. Сокращение коечного фонда произошло за счет уменьшения числа терапевтических коек на 66144 (на 32%), инфекционных коек – на 29269 (29,0%), коек для производства абортотв – на 2705 (45,1%), педиатрических (соматических) коек – на 25653 (28,6%), хирургических коек – на 23878 (18,7%), гинекологических коек – на 21507 (25,4%), общих коек – на 20936 (18,7%), психиатрических (психоневрологических) – на 18306 (10,8%), дерматовенерологических коек – на 12263 (42,7%), коек для беременных и рожениц (кроме патологии беременности) – на 11608 (на 21,6%), гастроэнтерологических – на 10109 (39,8%), туберкулезных – на 8761 (10,4%), травматологических – на 8664 (16,2%), оториноларингологических – на 8165 (29,5%), неврологических – на 7883 (9,6%), пульмонологических – на 5944 (26,7%), урологических – на 3978 (14,4%), наркологических – на 2947 (10,2%), офтальмологических – на 2878 (10,5%), кардиологических

Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

– на 2450 (4,5%), гнойной хирургии – на 1949 (на 9,6%),
нейрохирургических – на 1161 (7,4%),
эндокринологических – на 1153 (8,7%),
ревматологических – на 1049 (14,0%), таракальной
хирургии – на 922 (16,2%), стоматологических – на 851 (на
12,8%), ожоговых – на 638 (15,9%),
кардиоревматологических для детей – на 516 (17,4%),
аллергологических – на 492 (14,9%), профпатологических
– на 284 (16,2%), проктологических – на 299 (6,9%),
радиологических и рентгенологических – на 90 (1,1%). За
этот же период увеличилось число хосписных коек в 1,9
раз, коек сестринского ухода – на 2686 (на 13,8%), коек
восстановительного лечения – на 2130 (29,4%), коек
патологии беременности – на 1860 (5,2%),
кардиохирургических – на 1318 (33,5%), онкологических –
на 1181 (на 4,0%), сосудистой хирургии – на 536 (8,4%),
геронтологических – на 401 (31,8%), ортопедических – на
67 (0,7%), токсикологических – на 38 (3,1%).

В структуре коечного фонда круглосуточного
пребывания 62,2% составляли койки десяти профилей, в
том числе – психиатрические (психоневрологические) –

11,8%, терапевтические – 11,0%, хирургические – 8,1%, туберкулезные – 5,9%, неврологические – 5,8%, инфекционные – 5,6%, педиатрические (соматические) – 5,0%, гинекологические (кроме коек для производства абортов) – 4,9%, кардиологических – 4,1%, травматологические койки – 3,5%. Обеспеченность населения койками в 2009 году в целом по стране составила 90,1 на 10000 населения и за последние десять лет уменьшилась на 17,4%. Обеспеченность населения койками терапевтического профиля на 10000 населения составила 19,4 (в 2000 г. – 25,2) и за последние десять лет снизилась на 23%, хирургического – 17,3 (в 2000 г. – 19,8) и снизилась на 12,6%, онкологического – 2,8 (в 2000 г. – 2,6) и снизилась на 7,1%, инфекционного – 5,1 (в 2000 г. – 7,0) и снизилась на 27,1%, педиатрического – 24,6 (2000 г. – 35,5) и снизилась на 30,7%, неврологического – 5,2 (в 2000 г. – 5,7) и снизилась на 8,8%, для беременных и рожениц (беременных и рожениц, патология беременных) составила 20,9 (в 2000 г. – 23,0) и снизилась на 9,1%, гинекологического профиля – 8,7 (в 2000 г. – 11,8) и снизилась на 26,3%, туберкулезного – 5,3 (в 2000 г. – 5,8) и снизилась на 8,6%, психиатрического – 10,8 (в 2000 г. –

12,0) и снизилась на 10%, наркологического – 1,8 (в 2000 г. – 2,0), офтальмологического 1,7 (в 2000 г. – 1,9) и снизилась на 10,5%, оториноларингологического – 1,4 (в 2000 г. – 1,9) и снизилась на 26,3%, дерматовенерологического – 1,2 (в 2000 г. – 2,0) и снизилась на 40%. Показатель средней занятости койки в году (среднее число дней работы в году) является одним из важнейших критериев объема деятельности стационара и эффективности использования его коечного фонда. Средняя занятость койки во всех больничных учреждениях, включая стационары диспансеров в целом по стране в 2009 г. составляла 325 дней в году и за период 2000 – 2009 гг. увеличилась на 3,8%. Анализ показателя средней занятости койки в стационарах по уровню подчиненности показал, что в целом по стране за 2009 г. этот показатель для стационаров составлял 325 дней в году (в больницах – 321 день в году, в диспансерах – 335 дней в году), в стационарах федерального подчинения – 279 дней в году (в больницах – 279 дней в году), в стационарах подчинения субъекта Российской Федерации – 327 дней в году (в больницах – 323 дня в году, в диспансерах – 315 дней в году). Показатель средней занятости койки выше

среднероссийского был в Приволжском (333 дней в году), Сибирском (328 дней в году), Северо-Кавказском (326 дней в году) и Уральском (326 дней в году), а ниже среднероссийского значения – в Северо-Западном (324 дня в году), Дальневосточном (322 дня в году), Южном (321 день в году) и Центральном (318 дней в году) федеральных округах. В субъектах страны максимальные значения были зарегистрированы в республиках Татарстан (348 дней в году) и Дагестан (345 дней в году), Ставропольском крае (345 дней в году) и Московской области (345 дней в году). Минимальные значения показателя – в Чеченской Республике (278 дней в году), Республике Северная Осетия-Алания (286 дней в году), Амурской области (294 дня в году), г. Москве (299 дней в году). В динамике за 2000 – 2009 гг. в целом по стране средняя занятость койки выросла на 29,2% на койках для беременных и рожениц (кроме патологии беременности), кардиохирургических – на 13,8%, койках для патологии беременности – на 10,2%, геронтологических – на 10,2%, инфекционных – на 9,9%, койках для производства аборт – на 8,9%, общих койках – на 8,1%, педиатрических (соматических) – на 7,3%, хосписных – на 6,9%, онкологических – на 5,2%,

гинекологических (кроме коек для производства аборт) – на 5%, торакальной хирургии – на 4,9%, токсикологических – на 4,7%, проктологических – на 4,5% и т.д. В то же время средняя занятость уменьшилась на профпатологических койках (7,8%), офтальмологических (6,9%), психосоматических (5,7%), ожоговых (4,3%), нефрологических (2,8%), нейрохирургических (2,7%), гнойной хирургии (2,1%), ортопедических (1,3%), туберкулезных (0,9%), ревматологических и стоматологических (0,1%). Анализ распределения средней занятости койки по типам больничных учреждений в Российской Федерации за 2000 – 2009 гг. выявил, что средняя занятость койки в областных, краевых, республиканских больницах (включая клинические) в 2009 году составила 335 дней в году и за последнее десятилетие выросла на 0,6%, средняя занятость койки в детских областных, краевых, республиканских больницах (включая клинические) составила 313 дней в году (в 2000г. – 313 дней), средняя занятость койки в городских больницах (включая клинические) составила 332 дня в году и за 2000 – 2009г. выросла на 3,1%, средняя занятость койки в детских городских больницах (кроме областных)

составила 300 дней и выросла на 2,4%, средняя занятость койки в специализированных больницах составила 299 дней в году и выросла на 5,3%, средняя занятость койки в центральных районных больницах составила 322 дня в году и выросла на 3,5%, средняя занятость койки в участковых больницах составила 305 дней в году и выросла на 1%, средняя занятость койки в родильных домах составила 300 и за последние 10 лет увеличилась на 15,4%.

В 2009 году в целом по стране средняя занятость койки в диспансерах составила 335 дней в году. В динамике за 2000 – 2009 гг. наблюдалась тенденция роста этого показателя (2000 г. – 327 дней в году, 2001 г. – 328, 2002 г. – 331, 2003 г. – 330, 2004 г. – 330, 2005 г. – 331, 2006 г. – 332, 2007 г. – 331, 2008 г. – 333, 2009 г. – 335 дней в году). За период 2000 – 2009 гг. средняя занятость койки в онкологических, кардиологических и наркологических диспансерах увеличилась на 5,2; 9,0 и 1,9% соответственно. Работа койки в 2009 г. в психоневрологических, эндокринологических и противотуберкулезных диспансерах составила 340, 339 и

327 дней в году и уменьшилась на 1,2;7,9 и 0,9% соответственно.

Сопоставительный анализ обеспеченности населения койками и средней занятости койки в году выявил субъекты, в которых был избыточный фонд. Так, при высокой обеспеченности населения койками отмечалась неудовлетворительная работа коечного фонда в республиках Северная Осетия-Алания (обеспеченность – 99,1 на 10 тыс. населения и средняя занятость койки в году – 286), Саха (Якутия) (обеспеченность койками – 115,3 на 10 тыс. населения и средняя занятость койки в году – 318), в г. Москве (обеспеченность койками – 93,7 и средняя занятость койки в году – 299), Костромской (обеспеченность койками – 106,3 на 10 тыс. населения и средняя занятость койки в году – 294), Ярославской (обеспеченность койками – 103,3 на 10 тыс. населения и средняя занятость койки в году – 303), Тульской (обеспеченность койками – 105,7 на 10 тыс. населения и средняя занятость койки в году – 317), Амурской (обеспеченность койками – 102,3 на 10 тыс. населения и средняя занятость в году – 294).

В других субъектах при низкой обеспеченности койками отмечалась высокая эффективность работы коечного фонда. Так, в Республике Татарстан (обеспеченность койками – 76,2 на 10 тыс. населения и средняя занятость койки – 348 дней в году) и Чувашской Республике (обеспеченность койками 88,5 на 10 тыс. населения и средняя занятость в году – 328), Ульяновской (обеспеченность койками – 87,0 на 10 тыс. населения и средняя занятость койки в году – 348), Ленинградской (обеспеченность койками – 74,4 на 10 тыс. населения и средняя занятость в году – 338), Челябинской (обеспеченность койками – 85,2 на 10 тыс населения и средняя занятость койки в году – 335) областях, г. Санкт-Петербурге (обеспеченность койками – 90,3 на 10 тыс. населения и средняя занятость койки в году – 315 дней), Пермском крае (обеспеченность койками 84,1 на 10 тыс. населения и средняя занятость койки в году – 328). Недостаточная обеспеченность населения койками может быть устранена посредством увеличения коек, однако такое решение отражает экстенсивный путь развития здравоохранения, требует существенных капиталовложений, а потому в настоящее время является

невозможным. Более рациональными способами уменьшения дефицита коек являются: внедрение стационарозамещающих форм медицинской помощи (стационаров на дому, дневных стационаров и др.); непрерывное повышение качества и эффективности внебольничной и больничной помощи, повышение квалификации медицинского персонала, проведение комплексных мероприятий по первичной, вторичной и третичной профилактике заболеваний населения, усиление преемственности и взаимосвязи в работе стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений, внедрение новых (ресурсосберегающих) современных высокоэффективных диагностических и лечебных технологий. Средняя длительность пребывания больного на койке в целом по стране в 2009 г. составила 12,8 дней. В динамике за последние десять лет наблюдалась тенденция снижения этого показателя (2000 г. – 15,4 дней, 2001 г. – 15,0 дней, 2002 г. – 14,7 дней, 2003 г. – 14,4 дня, 2004 г. – 14 дней, 2005 г. – 13,8 дней, 2006 г. – 13,6 дней, 2007 г. – 13,2 дня, 2008 г. – 13,1 дней, 2009 г. – 12,8 дней) в стационаре в целом по стране, что является отражением интенсификации лечебно-диагностического процесса

внедрения новых медицинских технологий и соответствует современным требованиям и более рациональному использованию коечного фонда.

Выше среднероссийского значения средняя длительность пребывания на койке в 2009 г. отмечалась в Центральном (13,3 дней), Дальневосточном (13,3 дней) и Северо-Западном (13,1 дней) федеральных округах, ниже среднероссийского показателя – в Южном (12,3 дней), Северо-Кавказском (12,3 дней), Сибирском (12,6 дней), Приволжском (12,7 дней), Уральском (12,7 дней) федеральных округах. Максимальные значения этого показателя отмечались в Магаданской (15,6 дней), Костромской (14,9 дней), Курганской (14,8 дней) областях, Чукотском автономном округе (15,6 дней), Удмуртской Республике (14,4 дней), а минимальные значения – в Республиках Алтай (9,8 дней), Северная Осетия-Алания (10,8 дней) и Ингушетия (10,5 дней).

Анализ распределения показателя средней длительности пребывания больного на койке в стационаре показал, что в 2009 г. этот показатель для стационаров

составил 12,8 дней (в больницах – 12,2 дня, в диспансерах – 25,1 дней), в больницах – 14,9 дней, в стационарах подчинения субъекта Российской Федерации – 17,9 дней (в больницах – 14,9 дней, в диспансерах – 25,1 дней), в стационарах муниципального подчинения – 10,7 дней (в больницах – 10,6 дней, в диспансерах – 26,1 дней).

Следует обратить внимание, что высокие значения средней длительности пребывания были на туберкулезных койках (85,9 дней), психиатрических и психоневрологических койках (68,7 дней), койках сестринского ухода (39,5 дней), психосоматических койках (24,7 дней), хосписных койках (24 дня), где в основном лежат больные с хронической патологией, и низкие значения этого показателя отмечались на хирургических (9,8 дней), стоматологических (9,1 дней), офтальмологических (8,4 дней), оториноларингологических (8,7 дней), инфекционных (8,2 дней), коек для беременных и рожениц (кроме патологии беременности) (7,1 дней), коек для производства аборт (2,1 дня), где, в основном, находятся больные с острой патологией. Анализ средней длительности пребывания

больных на койках в различных типах больничных учреждений (без диспансеров) в 2009 году показал, что самые высокие показатели характерны для лепрозориев (279,7 дней в году), туберкулезных (85,9 дней), психиатрических и психоневрологических больниц (69,8 дней), больниц (дома) сестринского ухода (72,7 дней), наркологических реабилитационных центров (63,1 дней), хосписов (21,9 дней), где лечатся больные с тяжелой хронической патологией.

Средняя длительность пребывания больного на койке в диспансерах в целом по стране в 2009 г. составила 25,1 дней. В динамике за последние десять лет наблюдалась тенденция снижения этого показателя с 29,7 дней в 2000 году до 25,1 дня в 2009 году. Самые высокие показатели были на туберкулезных и психоневрологических койках (85,3 и 43,9 дней в году). Эти показатели в динамике за 2000 – 2009 гг. увеличились (туберкулезные – с 83,0 дней в 2000 г. до 85,3 в 2009 г., психоневрологические – с 40,7 дней в 2000 г. до 43,9 в 2009 г.) В 2009 г. средняя длительность пребывания больного на дермато-венерологических койках составила

16,3 дней (за 10 лет снизилась на 13,8%), наркологических – 14,5 дней (за 10 лет снизилась на 16,7%), эндокринологических – 14,3 дней (на 17,3%), онкологических – 13,6 дней (на 28%), кардиологических – 13,1 дней (на 15,5%).

За последнее десятилетие произошли существенные изменения в больничных учреждениях Российской Федерации, число всех стационаров уменьшилось на 40,9% за счет изменения правового статуса. Наблюдается сокращение коечного фонда в целом по стране на 18,7%. Обеспеченность населения койками уменьшилась на 17,4%, небольшой рост госпитализации с 22,0 на 100 человек в 2000 г. до 22,5 на 100 человек. Одним из важнейших критериев объема деятельности стационара и эффективности использования его коечного фонда является показатель средней занятости койки в году. Средняя занятость койки во всех стационарах в 2009 г. в целом по стране составила 325 дней в году и за десять лет увеличилась на 3,8%.

Анализ показателей деятельности стационара

Показатель	Методика расчета	Назначение применения	Норматив	Основные факторы, влияющие на показатель
Среднегодовая занятость койки (в днях) или время функционирования койки 1. По учреждению 2. По отделению	Проведено койко-дней	Для оценки полноты использования	не > 360	Недостаточность обеспечения коечного фонда. Избыток коечного фонда по сравнению с потребностью, неудовлетворительная организация отбора пациентов на госпитализацию и выписку, наличие в стационаре отделений где допускается невысокая занятость койки (инфекционное, педиатр, родильное) ремонт, карантин при несоблюдении противоэпид. Мероприятий.
	Число среднегодовых коек	коёчного фонда стационара, для планирования деятельности стационара, для планирования потребности в койках.	терапевт. - 340 хирург. - 330 родильн. - 300 инфекц. - 310 гинеколог. - 320	



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Средняя длительность пребывания больного на койке(в днях)	Проведено больным койко-дней	Для оценки организации лечебно- диагностической работы, для	Более: Терап. – 19 Хирург. - 13 Родильн. - 10 Инфекц. - 18 Генеколог – 6	Тяжесть состояния больных, сложн. случаи заболеваний, нарушение своевременности и полноты диагностических исследований, лечения, недостаточная квалификация врача, отсутствие или недочеты планов обследования, внутрибольничная инфекция.
	Число выбывших больных (выписанных и умерших)	планирование деятельности стационара	Менее: Терап. – 19 Хирург. - 13 Родильн. - 10 Инфекц. - 18 Генеколог – 6	Высокое качество диагностики и лечения на поликлиническом этапе, преждевременная выписка, преобладание больных с легкой патологией, недостаточная квалификация врачей, отсутствие или недочеты планов обследования.

Средняя длительность лечения в днях по нозологии	Проведено койко- дней выписанными больными с определенным диагнозом Число больных, выписанных с этим диагнозом	Для оценки организации лечебно- диагностической работы	Выше или ниже среднего показателя по каждой нозологии	Тяжелое состояния пациента, сложные случаи, недостаточный контроль за леч. процессом, недостаточная квалификация врача, отсутствие или недочеты планов обследования, недостаточная диагностика.
Летальность	$\frac{\text{Число умерших} \times 100\%}{\text{Число выбывших из стационара}}$	Для оценки эффективности стационарной помощи	> 1,2 – 1,4	Тяжелое состояние больных, сложные случаи заболеваний, неудовлетворительная диагностика, лечения, ухода за больными, несвоевременная госпитализация, плохая работа реанимационной службы.



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Частота расхождения клинического и патологоанатомическог о диагноза по нозологиям	Число заключительных клинических диагнозов, не совпавших с патологоанатомическим $\times 100\%$ общее число патологоанатомическим вскрытий	Для оценки качества врачебной диагностики в стационаре	Выше среднего показателя по каждой нозологии	Тяжелое состояние больных, сложные случаи заболеваний, неудовлетворительная диагностика, переоценка или недооценка врачами клинических и лабораторных данных.
Оборот койки	Число выбывших больных Число среднегодовых коек	Для оценки качества работы стационара	Терап. – 30,4 Хирургич. - 28	Тяжелое состояние больных, сложные случаи заболеваний, неудовлетворительная диагностика, плохая организация лечебно- диагностической работы, низкая квалификация специалистов, необоснованное сокращение или затягивание срока пребывания пациента в стационаре.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Обеспеченность койками на 1000 населения	Число среднегодовых коек x 1000	Для оценки качества организации стационарной помощи населению	140 - 150	Неправильное проектирование стационаров, занижение или завышение потребности населения в стационарной помощи.
	среднегодовая численность населения			
Процент повторной госпитализации	Число повторных госпитализации за 1 год x 100% Число всех госпитализаций за год	Качество работы амбулаторно-поликлинической и стационарной службы	15%	Плохая организация лечебно-диагностического процесса в стационаре, недолечивание стационарных больных, плохая организация восстановительного лечения и реабилитации в поликлинике.



Первый МГМУ им. И.М. Сеченова

Необоснованное поступление больных в отделения стационара	$\frac{\text{Необоснованное поступление больных в отделения стационара}}{\text{число больных, прошедших через отделение}} \times 100\%$	Качество диагностической работы и квалификации специалистов	9%	Низкая квалификация врачей приемного отделения и врачей СМП, плохая диагностическая база МО
Процент переводов из одного отделения в другое	$\frac{\text{Число переведенных в другое отделение}}{\text{Число всех больных поступивших в отделение}} \times 100\%$		12%	Высокий уровень заболеваемости полиорганной патологией, недооценка врачами симптомов и клинических данных.

Контрольные вопросы и задания

1. По каким признакам и как подразделяются больничные медицинские организации?
2. Какова номенклатура больничных медицинских организаций в РФ?
3. Каковы основные задачи и основные функции больниц (по определению ВОЗ)?
4. Назовите секторы больницы и главные функции каждого сектора.
5. По каким критериям проводится анализ качества и эффективности стационарной помощи?
6. Какие факторы влияют на повышение качества и эффективности работы больничных медицинских организаций?
7. Каковы резервы интенсификации лечебно-диагностического процесса?
8. Назовите основные показатели деятельности больничных медицинских организаций.
9. Укажите основные стационарзамещающие формы медицинской помощи
10. Каковы преимущества стационарзамещающих форм оказания медицинской помощи?

Примеры тестовых заданий:

Инструкция: выберите один или несколько правильных ответов

001. К больничным учреждениям относятся:

1. больницы;
2. специализированные больницы;
3. госпитали;
4. дома (больницы) сестринского ухода;
5. дома-интернаты для инвалидов;
6. дома ребенка;
7. хосписы.

002. Основными функциями больниц, согласно положениям ВОЗ, являются:

- а) восстановительные
- б) профилактические
- в) научно-исследовательские
- г) учебные
- д) контролирующие

003. Основными задачами городской больницы являются:

1. оказание высококвалифицированной
специализированной лечебно-профилактической
помощи населению;

2. расширение объема и совершенствование диспансерного метода обслуживания населения;
3. внедрение в практику обслуживания населения современных методов профилактики, диагностики и лечения больных на основе достижений медицинской науки и техники;
4. развитие и совершенствование организационных форм и методов медицинского обслуживания населения;
5. контроль за деятельностью амбулаторно-поликлинических учреждений.

004. К стационарзамещающим формам медицинской помощи относятся:

1. вечерний стационар
2. стационар на дому
3. стационар дневного пребывания в больнице
4. диагностический центр