

**ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
В ДИНАМИКЕ ЗА 2010-2016 ГОДЫ**

М.Н. БАНТЬЕВА, В.П. КУЗНЕЦОВА, Л.В. РУГОЛЬ

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России,
ул. Добролюбова, д. 11, Москва, 127254, Россия*

Аннотация. В последние годы в России активно идет процесс структурно-функциональной оптимизации коечного фонда.

С использованием данных федерального статистического наблюдения методом описательной статистики проанализированы основные показатели стационарной помощи в Российской Федерации, федеральных округах и субъектах в динамике за 2010-2016 гг.

За исследуемый период уровень госпитализации на койки круглосуточного пребывания в России снизился с 224,8 до 200,1 на 1000 населения (на 11,0 %), число коек уменьшилось на 14,1%; снизились обеспеченность койками (с 87,5 до 73,3 на 1000 населения – на 16,2%), средняя длительность пребывания на койке (с 12,6 до 11,0 – на 12,7%) и, к сожалению, число дней работы койки в году (с 325 до 318 дней – на 2,2%); вырос показатель оборота койки (с 25,8 до 28,5 – на 10,5%). Схожая тенденция прослеживается по всем федеральным округам.

Крайние значения показателя обеспеченности койками круглосуточного пребывания по субъектам РФ различаются в 2,7 раза, среднего числа дней работы койки в году – в 1,2 раза, средней длительности пребывания на койке – в 1,6 раза, оборота койки – в 1,6 раза. Выявленные различия существенны, что свидетельствует о несбалансированности проводимых структурных преобразований.

Оптимизация коечного фонда не предполагает сугубо его сокращение, последнее обязательно должно подкрепляться объективными нуждами и особенностями конкретного региона, с развитием альтернативных медицинских служб.

Ключевые слова: коечный фонд, сокращение коек, обеспеченность койками, оборот койки, длительность пребывания на койке, число дней работы койки в году.

**MAIN INDICATORS OF INPATIENT CARE IN THE RUSSIAN FEDERATION IN THE
DYNAMICS FOR 2010-2016**

M.N. BANTEVA, V.P. KUZNETSOVA, L.V. RUGOL

*Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health
of the Russian Federation, Dobrolybov Str., 11, Moscow, 127254, Russia*

Abstract. In recent years, the process of structural and functional optimization of the hospital bed fund is actively underway in Russia.

Using the data of federal statistical observation, the main indicators of inpatient care in the Russian Federation, federal districts and regions in the dynamics for 2010-2016 were analyzed using descriptive statistics.

During the period under study, the hospitalization rate in Russia reduced from 224.8 to 200.1 per 1000 population (by 11.0%); decreased: the number of hospital beds by 14.1%, provision bed index (from 87.5 to 73.3 per 1000 population – 16.2%), the average length of stay in hospital bed (from 12.6 to 11.0 – by 12.7%) and, unfortunately, the number of days of hospital bed work in the year (from 325 to 318 days - by 2.1%); the turnover index of the hospital bed increased (from 25.8 to 28.5 – by 10.4%). A similar trend can be traced across all federal districts.

The extreme values of the provision bed index of round-the-clock bed for the regions of the Russian Federation differ by 2.7 times, the average number of days of hospital bed work in the year - 1.2 times, the average length of stay in bed – 1.6 times, the bed turnover – 1.6 times. The revealed differences are significant, what indicates the imbalance of the structural transformations that are being carried out.

Optimization of the hospital bed fund does not imply a purely contraction, the latter necessarily must be supported by the objective needs and characteristics of a particular region, with the development of alternative medical services.

Key words: hospital bed fund, reduction of hospital beds, provision bed index, bed turnover, length of stay on the hospital bed, the average number of days of hospital bed work in the year.

Введение. По данным публикаций многих авторов в оптимизации системы оказания медицинской помощи населению важная роль отводится структурно-функциональным преобразованиям [5,8]. Одной из основных задач Государственной программы «Развитие здравоохранения на 2014-2018 годы» определена оптимизация коечного фонда и сети стационаров [3].

В Российской Федерации основой оказания медицинской помощи по-прежнему остается помощь в стационарах больниц и диспансеров [10], несмотря на то, что она является наиболее затратной поскольку требует системного и постоянного привлечения большого объема основных видов ресурсов (кадрового, материального, технического, финансового, информационного) [11]. Достаточно широки показания к госпитализации, уровень госпитализации и особенно длительность пребывания на койке заметно выше, чем в европейских странах. Число койко-дней на 1 жителя почти в 2 раза выше, чем в среднем по Европейскому Союзу, а около 30% госпитализаций в стране, особенно в отделения терапевтического, педиатрического, неврологического и гинекологического профилей, являются необоснованными с медико-экономической точки зрения [1].

Коечный фонд больниц используется неэффективно: велики сроки лечения больных, необоснованно долго проводится их обследование в стационарах, зачастую госпитализируются необследованные амбулаторно плановые пациенты, или эти обследования дублируются, используются устаревшие технологии лечебно-диагностического процесса, стандарты лечения больных не стимулируют оборот койки, и у врачей нет заинтересованности в ранней выписке больного, сокращении сроков стационарного лечения [7]. Результаты отдельных научных исследований свидетельствуют о том, что от 20 до 30% лиц, получающих лечение в стационарах, могли бы получать эффективную и значительно менее дорогостоящую медицинскую помощь в условиях центров амбулаторной хирургии, дневных стационаров и стационаров на дому [2, 6].

Несмотря на продолжающееся более 20 лет сокращение коечного фонда и структурные преобразования сети медицинских организаций, в том числе круглосуточных стационаров, цель создания оптимальной модели организации медицинской помощи населению РФ не достигнута, территориальные различия в ресурсообеспеченности и показателях деятельности системы лечебно-профилактической помощи, проблемы равнодоступности медицинской помощи сохраняются [4, 9].

Цель исследования – проанализировать основные показатели стационарной помощи государственной системы здравоохранения в Российской Федерации, федеральных округах и субъектах в динамике за 2010-2016 гг.

Материалы и методы исследования. В статье проанализированы данные о коечном фонде стационаров круглосуточного пребывания государственной системы здравоохранения Российской Федерации, содержащиеся в формах федерального статистического наблюдения N47, 30 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций», и «Сведения о медицинской организации».

Результаты и их обсуждение. В 2005 году в целом в России функционировало 8859 стационаров, а в 2016 – 5097 (уменьшение на 42,5%), из них 4572 – медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях (далее – больницы) (89,7%) и 525 диспансера, имеющих стационары (10,3%). За период 2010-2016 гг. число всех стационаров уменьшилось с 5705 до 5097, соответственно – на 10,7% (число больниц и диспансеров, имеющих стационары, уменьшилось на 7,8% и 29,2%, соответственно).

Уменьшение числа стационаров, помимо сокращения коечного фонда, объясняется еще и объединением медицинских организаций, что в большей степени затронуло диспансеры, имеющие в структуре стационары, число которых сократилось в общем на 29,2%.

В 2016 году в России подавляющее большинство больниц (91,6%) находились в подчинении субъекту РФ, 5,42% – в муниципальном подчинении, 2,93% – в федеральном подчинении.

Всего за 2010 год в стационары поступил 32 139 791 пациент, а за 2016 – 29 351 395, из них 94,3% – в больницы и 5,7% – в диспансеры. Число поступивших в больницы и стационары диспансеров уменьшилось на 8,8% и 5,7%, соответственно. В динамике за семь лет число госпитализаций на 1000 населения во все стационары уменьшилось на 11,0%: с 224,8 – в 2010 г. до 200,1 – в 2016).

В 2016 году в целом по стране коечный фонд составил 1 074 382 койки. За период 2010-2016 гг. абсолютное число коек уменьшилось на 175 738, или на 14,1%. Такая же тенденция сокращения коечного фонда характерна и для всех федеральных округов, за исключением Южного *федерального округа* (ФО), в состав которого с 2016 года вошел Крымский ФО. Так максимальное сокращение числа коек произошло в Центральном ФО – на 18,2%, в Приволжском и Дальневосточном ФО их число уменьшилось – на 16,4 и 16,5% соответственно, в Уральском ФО – на 15,8%, в Сибирском ФО – на 15,0%, в Северо-Западном ФО – на 13,2% и минимально в Северо-Кавказском ФО – на 7,0% (табл. 1).

**Число коек круглосуточного пребывания в Российской Федерации и федеральных округах
в динамике за 2010-2016 гг. (абсолютные числа)**

Территориальная единица	годы							2016/ 2010 (+/- %)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Российская Федерация	1250120	1225370	1202590	1167709	1137997	1097134	1074382	-14,1
Центральный ФО	331550	323774	317995	308786	296296	278188	271333	-18,2
Северо-Западный ФО	116865	114987	113484	110762	106470	104608	101411	-13,2
Южный ФО	118821	69748	116031	113046	104888	104608	120822	+1,7
Северо-Кавказский ФО	71000	117819	70227	69227	67183	66517	65995	-7,0
Приволжский ФО	260987	256965	252618	243525	233473	222844	218243	-16,4
Уральский ФО	104483	103410	100234	96316	92271	89981	88012	-15,8
Сибирский ФО	181951	176031	170968	166891	162010	157836	154722	-15,0
Дальневосточный ФО	61915	60073	58475	56589	54502	52941	51691	-16,5

По годовым периодам наиболее активное сокращение абсолютного числа коек от общего сокращения за период 2010-2016 гг. пришлось на 2014-2015 гг. – 23,3%, на 2012-2013 гг. – 19,8%, на 2013-2014 – 16,9%, на 2010-2011 – 14,1%, на 2011-2012 – 13,0% и меньше всего на 2015-2016 гг. – 12,9%.

Обеспеченность койками круглосуточного пребывания населения Российской Федерации за последние семь лет уменьшилась на 16,2% и в 2016 году в целом по стране составила 73,3 на 10000 населения, по сравнению с 2010г. – 87,5. Такая же тенденция наблюдалась по всем федеральным округам. Наиболее значительное уменьшение обеспеченности койками за период 2010-2016 гг. произошло в Центральном ФО – на 19,4%, минимальное – в Северо-Кавказском ФО – 9,7% (табл. 2).

Таблица 2

**Обеспеченность койками круглосуточного пребывания населения Российской Федерации
и федеральных округов в динамике за 2010-2016 гг. (на 10 000 населения)**

Территориальная единица	годы							2016/ 2010 (+/- %)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Российская Федерация	87,5	85,8	84,1	81,3	77,8	75,0	73,3	-16,2
Центральный ФО	86,2	84,2	82,5	79,5	76,1	71,4	69,4	-19,4
Северо-Западный ФО	85,8	84,4	83,1	80,3	76,9	75,6	73,2	-14,7
Южный ФО	85,8	85,1	83,6	81,0	74,9	74,7	73,8	-14,0
Северо-Кавказский ФО	75,2	73,9	74,0	72,2	69,6	68,9	67,9	-9,7
Приволжский ФО	87,3	86,0	84,7	81,9	78,6	75,0	73,5	-15,8
Уральский ФО	86,4	85,6	82,5	78,7	75,2	73,3	71,5	-17,2
Сибирский ФО	94,5	91,4	88,8	86,5	83,9	81,7	80,1	-15,2
Дальневосточный ФО	98,5	95,6	93,3	90,9	87,8	85,2	83,4	-15,3

В 2016 году уровень обеспеченности населения койками выше среднероссийского зафиксирован в 4 федеральных округах: в Дальневосточном ФО – 83,4 на 10000 населения, несколько ниже в Сибирском ФО – 80,1, еще ниже – в Южном ФО – 73,8 и Приволжском ФО – 73,5.

Ниже среднефедерального значения обеспеченность населения койками в Северо-Западном ФО – 73,2 на 10000 населения, Уральском ФО – 71,5, Центральном ФО – 69,4 и самый низкий – в Северо-Кавказском ФО – 67,9 на 10000 населения.

В 2016 г. в 57 субъектах РФ обеспеченность койками выше среднероссийского, в 28-и – ниже. Интервал между максимальным и минимальным значениями показателя составил 81,3 койки на 10000 населения, а различие между крайними значениями показателя – 2,6 раза.

Наименее обеспечена койками круглосуточного пребывания республика Ингушетия (48,9); в объеме от 58,2 до 80 коек включительно на 10000 населения обеспечено большинство субъектов РФ.

В меньшей части субъектов РФ (в 17 из 85) показатель обеспеченности находился в пределах от 81 до 100 коек на 10000 населения: Республики - Саха (Якутия), Коми; Алтайский край; области – Камчатская, Орловская, Иркутская, Курганская, Костромская, Томская, Тверская, Ярославская, Саратовская; Еврейская автономная область; Ненецкий и Ямало-Ненецкий АО.

Высокая обеспеченность (от 101 до 120 коек на 10000 населения) зафиксирована в таких субъектах РФ, как республика Тыва; Новосибирской, Магаданской и Сахалинской областях; и наиболее высокая (выше 120) – в Чукотском АО (130,2). В регионах крайнего севера подобная ситуация объясняется низкой плотностью расселения населения и является необходимостью для обеспечения доступности населению медицинской помощи.

Показатель оборота койки дает представление о среднем числе пациентов, получивших лечение в течение года на одной койке, и характеризует интенсивность использования коечного фонда. В 2016 году показатель оборота койки в целом по стране составил 28,5. За последние семь лет наблюдается увеличение данного показателя на 10,4%. Такая же закономерность наблюдается во всех федеральных округах. Так в Центральном ФО отмечается максимальное увеличение данного показателя (+20,2%), Северо-Западном ФО (+11,4%), Уральском ФО (+9,5%), Северо-Кавказском ФО (+9,2%), Дальневосточном ФО (+7,8%), Южном ФО (+7,5%), Приволжском ФО (+5,9%) и минимальное повышение в Сибирском ФО (+3,0%) (табл. 3).

Таблица 3

Оборот койки круглосуточного пребывания Российской Федерации и федеральных округов в динамике за 2010-2016 гг.

Территориальная единица	годы							2016/ 2010 (+/- %)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Российская Федерация	25,8	25,7	26,1	26,6	27,3	27,9	28,5	+10,5
Центральный ФО	24,2	24,2	24,4	25,1	25,9	27,8	29,1	+20,2
Северо-Западный ФО	25,4	24,9	25,2	25,7	26,5	27,4	28,3	+11,4
Южный ФО	26,8	26,8	27,1	27,5	27,9	28,4	28,8	+7,5
Северо-Кавказский ФО	27,2	27,1	27,4	28,0	29,0	29,2	29,7	+9,2
Приволжский ФО	26,9	26,7	27,1	27,5	28,1	28,4	28,5	+5,9
Уральский ФО	26,2	26,8	27,0	27,5	27,8	28,1	28,7	+9,5
Сибирский ФО	26,5	26,4	26,7	27,2	27,2	27,0	27,3	+3,0
Дальневосточный ФО	24,4	23,9	24,7	25,2	25,5	26,3	26,3	+7,8

В 2016 году максимальные значения оборота койки (более 30) отмечены в территориях: Республиках Алтай (35,2), Ингушетия (34,7), Чеченская (32,0), Татарстан (31,5), Адыгея (30,8), Дагестан (30,5), Чувашская (30,3), Хакасия и Карелия (по 30,0); Краснодарском крае (31,7), Новосибирской (30,9), Ленинградской (30,6), Липецкой (30,1), Кировской областях (30,0), г. Москва (35,0) и Тюменской области без АО (32,8), Ханты-Мансийском АО (30,8). Минимальные значения показателя оборота койки зафиксированы в 4 территориях: Тверской (23,0), Томской (24,3), Сахалинской (24,4) областях, Еврейской и Чукотском АО по (22,1). Различие между максимальным и минимальным значениями показателя оборота койки в 2016 году составило 1,6 раза.

Наиболее высоким оборотом в 2016 году характеризуются следующие профили коек: токсикологические (77,3), гинекологические (49,5), офтальмологические (49,9), для беременных и рожениц (47,2) и оториноларингологические (44,0). Низким оборотом характеризуются койки: туберкулезные (3,8), психиатрические (5,1), сестринского ухода (12,1), паллиативные (14,9), геронтологические (16,4), что обусловлено профилем заболевания, определяющим длительное лечение.

Показатель средней занятости койки в году (среднее число дней работы койки в году) является одним из важнейших критериев объема деятельности стационара и эффективности использования коечного фонда. Средняя занятость койки во всех стационарах, включая койки диспансеров, оказывающих помощь в стационарных условиях, в целом по стране в 2016 г. уменьшилась за период 2010-2016 гг. с 325 до 318 дней в году (на 2,1%), что с одной стороны, закономерно при росте оборота койки, а с другой стороны может свидетельствовать о снижении интенсивности использования коечного фонда.

Показатель средней занятости койки в 2016 году выше среднероссийского зафиксирован в Северо-Западном ФО – 325 дня (-0,9% за период изучения), Северо-Кавказском ФО – 323 дня (-0,9%), Уральском ФО – 321 день (-1,8%), Приволжском и Дальневосточном ФО по – 320 дней (-3,3% и -1,5% соответственно). Ниже среднероссийского значения показатель средней занятости койки отмечается в Уральском ФО – 316 дней (-1,8%), Центральном и Южном ФО по – 313 дней (-1,9% в каждом соответственно) (табл. 4).

В субъектах страны максимальные значения в 2016 году были зарегистрированы в Магаданской области – 335 дней в году, Республике Бурятия – 334 дня, г. Санкт-Петербург – 333 дня. Минимальные значения показателя – в Карачаево-Черкесской Республике – 299 дней, Алтайском крае – 298 дней, Республике Марий Эл – 296 дней в году, Тверской области – 288 дней, Еврейской автономной области – 270 дней.

Средняя занятость койки круглосуточного пребывания в Российской Федерации и федеральных округах в динамике за 2010-2016 гг.

Территориальная единица	годы							2016/ 2010 (+/- %)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Российская Федерация	325	323	323	322	321	319	318	- 2,2
Центральный ФО	319	319	317	316	311	315	313	- 1,9
Северо-Западный ФО	328	324	323	324	325	321	325	- 0,9
Южный ФО	319	319	320	318	322	319	313	- 1,9
Северо-Кавказский ФО	326	324	327	328	327	322	323	-0,9
Приволжский ФО	331	328	330	329	327	322	320	-3,3
Уральский ФО	327	326	324	322	322	319	321	-1,8
Сибирский ФО	326	327	325	325	322	320	316	-3,1
Дальневосточный ФО	325	320	323	326	324	324	320	-1,5

Самый высокий уровень показателя средней занятости койки 2016 году (в днях) приходится на радиологические (345), гематологические (339), психиатрические (333), онкологические (334), неврологические (331), урологические (329), терапевтические койки (328), меньший показатель характерен для кардиохирургических (294), инфекционных коек (290), коек для беременных и рожениц (277).

Средняя длительность пребывания на койке в целом по стране в 2016 г. составила 11,0 дней. В динамике за последние семь лет наблюдается положительная тенденция снижения этого показателя на – 12,7% (с 12,6 в 2010 г.). Что является отражением интенсификации лечебно-диагностического процесса внедрения новых медицинских технологий и соответствует современным требованиям и более рациональному использованию коечного фонда (табл. 5).

Таблица 5

Средняя длительность лечения на койке круглосуточного пребывания в Российской Федерации и федеральных округах в динамике за 2010-2016 гг. (в днях)

Территориальная единица	годы							2016/ 2010 (+/- %)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Российская Федерация	12,6	12,4	12,3	12,0	11,6	11,4	11,0	- 12,7
Центральный ФО	13,2	13,0	12,8	12,4	11,9	11,2	10,6	-19,7
Северо-Западный ФО	12,9	12,8	12,6	12,4	12,1	11,6	11,3	- 12,4
Южный ФО	11,9	11,7	11,6	11,4	11,3	11,1	10,7	- 10,1
Северо-Кавказский ФО	12,0	12,0	11,9	11,7	11,3	11,0	10,9	- 9,2
Приволжский ФО	12,3	12,2	12,1	11,8	11,5	11,3	11,1	- 9,8
Уральский ФО	12,5	12,2	12,0	11,7	11,6	11,4	11,2	- 10,4
Сибирский ФО	12,3	12,2	12,0	11,8	11,7	11,7	11,5	- 6,5
Дальневосточный ФО	13,3	13,2	12,9	12,7	12,5	12,1	12,0	- 9,8

Средняя длительность пребывания на койке в 2016 г. несколько выше среднероссийского значения отмечалась в 5 федеральных округах: максимальное значение в Дальневосточном – 12,0 дней (-9,7% за изучаемый период), Сибирском – 11,5 дня (-6,5%) Северо-Западном – 11,3 дня (-12,4%), Уральском – 11,2 (-10,4%), Приволжском – 11,1 (-9,7%). Несколько ниже среднероссийского показатель в 3-х федеральных округах: Северо-Кавказском – 10,9 дня (-9,7%), Южном – 10,7 дня (-10,0%) и минимальное значение в Центральном ФО – 10,6 дня (-12,7%).

Максимальные значения этого показателя отмечались в Чукотском АО – 14,2 дня, Курганской – 13,1 дня, Смоленской и Сахалинской областях по – 12,9 дня, а минимальные значения – в Республиках Ингушетия – 9,5 дня и Алтай – 9,3 дня, г. Москва – 8,8 дня.

Следует обратить внимание, что высокие значения средней длительности пребывания отмечены для туберкулезных коек (83,1 дня), психиатрических (65,3 дня), коек сестринского ухода (27,0 дней), радиологических коек (22,4 дня), где лечатся в основном пациенты с хронической патологией; и низкие значения этого показателя отмечены в отношении коек для беременных и рожениц (кроме патологии

беременности) (5,9 дня), инфекционных (6,9 дня), хирургических и урологических коек по (8,4 дня), где, в основном, стационарную помощь получают здоровые лица или пациенты с острой патологией.

Выводы. За период 2010-2016 гг. число всех стационаров в России уменьшилось на 10,6%, однако, помимо сокращения коечного фонда, это объясняется еще и объединением медицинских организаций. В динамике за семь лет число поступивших во все стационары уменьшилось на 8,6%. Уровень госпитализации снизился с 2010 по 2016 год с 224,8 до 200,1 на 1000 населения (на 11%).

В 2016 году в целом по стране коечный фонд в абсолютных единицах составил 1 074 382 койки. За период 2010-2016 гг. число коек уменьшилось на 175 738 коек, или на 14,1%. Схожая тенденция сокращения коечного фонда характерна и для всех федеральных округов, за исключением Южного, из-за того, что в его состав с 2016 года вошел Крымский ФО. Максимальное сокращение числа коек произошло в Центральном федеральном округе – на 18,2%.

За период 2010-2016 гг. в России отмечена следующая динамика основных показателей коечного фонда: снизились обеспеченность койками (с 87,5 до 73,3 на 1000 населения – на 16,2%), средняя длительность пребывания на койке (с 12,6 до 11,0 – на 12,7%) и, к сожалению, число дней работы койки в году (с 325 до 318 дней – на 2,1%), вырос показатель оборота койки (с 25,8 до 28,5 – на 10,4%). Схожая тенденция прослеживается во всех ФО. Снижение числа дней работы койки в году, с одной стороны, закономерно при росте оборота койки, а, с другой стороны, может свидетельствовать о снижении интенсивности использования коечного фонда.

Показатель обеспеченности койками круглосуточного пребывания на 10 000 населения во всех ФО колеблется около среднефедерального значения (73,3), что свидетельствует о том, что сокращение коечного фонда произошло относительно пропорционально. Лишь в Дальневосточном и Сибирском ФО данный показатель выше среднего по России (83,4 и 80,1 на 10 000 населения, соответственно), что закономерно объясняется необходимостью содержания коек на территориях с низкой плотностью населения, для обеспечения доступности ему стационарной медицинской помощи.

В 2016 году в ФО к среднему по РФ близки и показатели оборота койки (28,5) и средней длительности пребывания на койке (11 койко-дней), за исключением Дальневосточного ФО и Сибирского ФО, где оборот койки самый низкий (26,3 и 27,3), а средняя длительность пребывания на койке самая высокая (12 и 11,5 койко-дня, соответственно), что также объясняется большей отдаленностью проживающего населения от медицинских организаций, сопровождаемой более редкими случаями госпитализаций и более длительным пребыванием на койке для нужд дообследования и долечивания.

Показатель среднего числа дней работы койки в году по ФО в 2016 году колеблется около среднефедерального значения (318) и минимален в Центральном и Южном ФО (313), а максимален в Северо-Западном ФО (325).

При анализе показателей работы коечного фонда по отдельным субъектам РФ в 2016 году можно отметить, что крайние значения показателя обеспеченности койками круглосуточного пребывания по субъектам РФ различаются в 2,7 раза, среднего числа дней работы койки в году – в 1,2 раза, средней длительности пребывания на койке – в 1,6 раза, оборота койки – в 1,6 раза. Данные соотношения такие же, как в 2014 г. [6], что свидетельствует о том, что сокращение коек в субъектах могло происходить директивно, без учета нужд и особенностей каждого конкретного региона.

Положительная тенденция оптимизации использования коечного фонда, сопровождающаяся высокими оборотом койки и средним числом дней работы койки в году, наряду с уровнем ниже среднероссийского показателя обеспеченности койками и средней длительности пребывания на койке отмечается в таких субъектах, как г. Москва, г. Санкт-Петербург, Республики Ингушетия и Татарстан, Чеченская Республика и Тюменская область.

Также отмечаются регионы с показателем обеспеченности койками круглосуточного пребывания выше среднероссийского уровня, но с низкими показателями числа дней работы койки в году и/или оборота койки в сочетании с высокими показателями средней длительности пребывания на койке, что свидетельствует о неэффективном использовании в них коечного фонда (Тверская, Костромская, Курская, Томская и Курганская области, Республики Тыва и Марий Эл, Алтайский край). Подобная ситуация закономерно прослеживается и в некоторых регионах Крайнего Севера.

Показатели деятельности стационаров субъектов РФ значительно отличаются, что свидетельствует о несбалансированности проводимых структурных преобразований на базе исходно разного ресурсного обеспечения, отсутствии научно обоснованной нормативной базы для реструктуризации коечного фонда, зависимости проводимых преобразований от финансовых возможностей конкретного региона, тарифов на медицинские услуги.

Оптимизация коечного фонда не предполагает сугубо его сокращение, последнее обязательно должно подкрепляться объективными нуждами и особенностями конкретного региона, а также сочетаться с мероприятиями, направленными как на предотвращение необоснованных госпитализаций (развитие дневных стационаров, центров амбулаторной хирургии, домов сестринского ухода и др.), так и на сокращение сроков стационарного лечения (интенсификация лечебно-диагностического процесса, развитие

реабилитационных учреждений и др.). Для этого необходимо развитие альтернативных медицинских служб, которое, вопреки преследуемой цели экономии средств, может привести к тому, что общие затраты на здравоохранение не уменьшатся.

Литература

1. Вишневецкий А.Г., Кузьминов Я.И., Шейман И.М. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса. Доклад VII Международной научной конференции «Модернизация экономики и государство», 4-6 апреля 2006 года // Отечественные записки. 2006. №2 (27). С. 4–28.
2. Калининская А.А., Шляфер С.И., Девишев Р.И. Экономическая эффективность организации стационара дневного пребывания в больнице (на примере Нелидовской ЦРБ Тверской области) // Экономика здравоохранения. 2000. №4. С. 10–11.
3. Леонов С.А. Матвеев Э.Н., Бантьева М.Н. Методические подходы к реструктуризации сети учреждений здравоохранения на региональном уровне. Модульная многоуровневая программа повышения квалификации по экономике здравоохранения. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 160 с.
4. Линденбратен А.Л. Некоторые аспекты экономического анализа реформ в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2008. № 9. С. 24–27.
5. Линденбратен А.Л. Актуальные проблемы совершенствования здравоохранения в субъектах РФ // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. № 4. С. 23–24
6. Сквирская Г.П. О развитии стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению // Здравоохранение. 2000. №1. С. 5–10.
7. Стародубов В.И., Калининская А.А., Шляфер С.И. Стационарозамещающие формы организации медицинской помощи. Монография. М.: РИО «ЦНИИОИЗ», 2001. 212 с.
8. Шейман И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи. М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2009. 66 с.
9. Щепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. М.: Медицина, 2002. 176 с.
10. Щепин В.О., Попенко И.В., Корецкий И.В. Общественное здоровье и структурно-функциональные преобразования систем здравоохранения // Вестник РУДН. 2004. №2(26). С. 17–22.
11. Щепин В.О. Структурно-функциональный анализ коечного фонда лечебно-профилактических организаций государственной системы здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. №1. С. 15–19.

References

1. Vishnevskij AG, Kuz'minov YAI, SHEjman IM. Rossijskoe zdavoohranenie: kak vyjti iz krizisa [Russian health care: how to get out of the crisis]. Doklad VII Mezhdunarodnoj nauchnoj konferencii «Modernizaciya ehkonomiki i gosudarstvo», 4-6 aprelya 2006 goda. Otechestvennye zapiski. 2006;2 (27): 4-28. Russian.
2. Kalininskaya AA, SHlyafer SI, Devishev RI. EHkonomicheskaya ehffektivnost' organizacii stacionara dnevnogo prebyvaniya v bol'nice (na primere Nelidovskoj CRB Tverskoj oblasti) [Economic efficiency of the hospital day stay in the hospital (for example CRB Nelidovskiy, Tver region)]. EHkonomika zdavoohraneniya. 2000;4:10-1. Russian.
3. Leonov SA Matveev EHN, Bant'eva MN. Metodicheskie podhody k restrukturizacii seti uchrezhdenij zdavoohraneniya na regional'nom urovne. Modul'naya mnogourovnevaya programma povysheniya kvalifikacii po ehkonomike zdavoohraneniya [Methodological approaches to restructuring the network of health institutions at the regional level]. Moscow: GEHOTAR-Media; 2008. Russian.
4. Lindenbraten AL. Nekotorye aspekty ehkonomicheskogo analiza reform v zdavoohranenii [Lindenbraten some aspects of economic analysis of reforms in health care]. EHkonomika zdavoohraneniya. 2008;9:24-7. Russian.
5. Lindenbraten AL. Aktual'nye problemy sovershenstvovaniya zdavoohraneniya v sub'ektah RF [Actual problems of the improvement of health in the constituent entities of the Russian Federation]. Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny. 2004;4:23-4 Russian.
6. Skvirskaya GP. O razvitii stacionarozameshchayushchih form organizacii i okazaniya medicinskoj pomoshchi naseleniyu [on the development of station-substituting forms of organization and provision of medical care to the population]. Zdravoohranenie. 2000;1:5-10. Russian.
7. Starodubov VI, Kalininskaya AA, SHlyafer SI. Stacionarozameshchayushchie formy organizacii medicinskoj pomoshchi [hospital-Replacing forms of medical care. Monograph]. Monografiya. Moscow: RIO «CNIIOIZ»; 2001. Russian.
8. SHEjman IM, SHishkin SV. Rossijskoe zdavoohranenie: novye vyzovy i novye zadachi [Russian health care: new challenges and new tasks]. Moscow: Izdate'lskij dom GU VSHEH; 2009. Russian.

9. SHCHepin OP, Starodubov VI, Lindenbraten AL, Galanova GI. Metodologicheskie osnovy i mekhanizmy obespecheniya kachestva medicinskoj pomoshchi [methodical grounds and mechanisms to ensure quality of care]. Moscow: Medicina; 2002. Russian.

10. SHCHepin VO, Popenko IV, Koreckij IV. Obshchestvennoe zdorov'e i strukturno-funkcional'nye preobrazovaniya sistem zdavoohraneniya [Public health and structural-functional transformation of health systems]. Vestnik RUDN. 2004;2(26):17-22. Russian.

11. SHCHepin VO. Strukturno-funkcional'nyj analiz koechnogo fonda leчебно-profilakticheskikh organizacij gosudarstvennoj sistemy zdavoohraneniya Rossijskoj Federacii [Structural and functional analysis of the bed Fund of medical and preventive organizations of the state health system of the Russian Federation]. Problemy social'noj gigieny, zdavoohraneniya i istorii mediciny. 2014;1:15-9. Russian.

Библиографическая ссылка:

Бантьева М.Н., Кузнецова В.П., Руголь Л.В. Основные показатели стационарной помощи в Российской Федерации в динамике за 2010-2016 годы // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. №5. Публикация 2-5. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-5/2-5.pdf> (дата обращения: 18.09.2018). DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16214. *

* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-5/e2018-5.pdf>