

**ДИНАМИКА ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СТАЦИОНАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЯМ  
КОЕК В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ЗА 2010-2016 ГОДЫ**

М.Н. БАНТЬЕВА, О.В. ЦИПИРИГ, В.П. КУЗНЕЦОВА

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

**Аннотация.** В России в последние годы активно идет процесс реструктуризации коечного фонда.

В статье проанализированы основные показатели коечного фонда в Российской Федерации, в разрезе профилей коек за 2010-2016 гг.

За период исследования число стационаров в России уменьшилось на 10,6%, как за счет сокращения коечного фонда, так и в связи с объединением медицинских организаций. Число поступивших во все стационары уменьшилось на 8,6%. Уровень госпитализации снизился с 224,8 до 200,1 на 1000 населения (на 11%). Число коек уменьшилось на 14,1%.

Сокращение коечного фонда произошло, в основном, за счет уменьшения числа коек следующих основных профилей: терапевтических – на 28,6%, хирургических – на 25,3%, психиатрических – на 10,3%, гинекологических – на 23,6%, туберкулезных – на 17,8%, инфекционных – на 18,9%, педиатрических – на 15,4%, неврологических – на 11,8%, патологии беременности – на 19,0%, коек для беременных и рожениц – на 14,9%.

За анализируемый период уменьшилась обеспеченность (на 10 000 населения): терапевтическими койками с 9,42 до 8,17 (на 13,3%), кардиологическими койками с 3,88 до 3,45 (на 11,1%), хирургическими койками с 6,99 до 5,09 (на 27,2%), гинекологическими койками с 7,97 до 5,95 (на 25,3%), психиатрическими койками с 10,44 до 9,13 (на 12,5%).

Отмечается положительная тенденция к снижению показателя средней длительности пребывания на койке и росту показателя оборота койки по всем профилям, за исключением геронтологических. При этом средняя занятость койки в году закономерно уменьшилась за исследуемый период по большинству профилей.

Показатели коечного фонда и обеспеченности койками разных профилей по федеральным округам и субъектам РФ значительно отличаются, что свидетельствует о несбалансированности проводимых структурных преобразований. Реструктуризация коечного фонда должна осуществляться с учетом заболеваемости и в соответствии с потребностью населения в койках разного профиля.

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

**DYNAMICS OF THE MAIN INDICATORS OF INPATIENT CARE BY PROFILE HOSPITAL  
BEDS IN THE RUSSIAN FEDERATION FOR 2010-2016**

M.N. BANTYEVA, O.V. TSIPIRIG, V.P. KUZNETSOVA

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

**Abstract.** The process of restructuring bed fund has been actively underway recent years in Russia.

The article analyzes the main indicators of hospital bed fund in the Russian Federation, in terms of hospital bed profiles for 2010-2016.

During the study period, the number of hospitals in Russia decreased by 10.6%, both due to a reduction in the number of beds, and in connection with the association of medical organizations. The number of admitted to all hospitals decreased by 8.6%. The hospitalization rate dropped from 224.8 to 200.1 per 1000 population (by 11%). The number of hospital beds decreased by 14.1%.

The reduction in hospital bed fund was mainly due to a decrease in the number of beds of the following main profiles: therapeutic - by 28.6%, surgical - by 25.3%, psychiatric - by 10.3%, gynecological - by 23.6%, tuberculosis - by 17.8%, infectious - by 18.9%, pediatric - by 15.4%, neurological - by 11.8%, pregnancy pathology - by 19.0%, beds for pregnant women and women in labor - by 14.9%.

During the analyzed period decreased provision (by 10 000 population) with: therapeutic beds from 9.42 to 8.17 (by 13.3%), cardiological beds from 3.88 to 3.45 (by 11.1%), surgical beds from 6.99 to 5.09 (by 27.2%), gynecological beds from 7.97 to 5.95 (by 25.3%), and psychiatric beds from 10.44 to 9.13 (by 12.5%).

There is a positive tendency to a decrease in the average length of stay in hospital bed and an increase in the turnover index of hospital bed for all profiles, except gerontological ones. At the same time, the average hospital bed occupancy in the year naturally decreased during the period of study in most profiles.

Indicators of hospital bed fund and provision with hospital beds of different profiles are significantly different by federal districts and regions of the Russian Federation, what indicates an imbalance in the ongoing structural changes. Restructuring of hospital bed fund should be based on the incidence and be in accordance with the need of the population in hospital beds of different profiles.

**Key words:** hospital bed, hospital bed fund, bed profiles, reduction of hospital beds, provision hospital bed index, hospital bed turnover, length of stay on the hospital bed, average hospital bed occupancy in the year.

**Введение.** Количественные и структурно-функциональные преобразования коечного фонда должны быть направлены на достижение всеобщей необходимой доступности населению стационарной медицинской помощи и ее отдельных видов и специальностей; повышение социальной, медицинской и экономической эффективности деятельности стационаров [1, 2, 4, 5, 8].

Медицинские организации, оказывающие стационарную помощь, являются наиболее ресурсоемкими учреждениями здравоохранения, поэтому обоснованное рациональное использование коечного фонда имеет большое значение, как в экономическом аспекте, так как «простой» койки увеличивает объем финансовых затрат, так и в клиническом, ввиду снижения доступности эффективных технологий лечения. Именно поэтому проблема эффективного использования коечного фонда является одной из важнейших при организации медицинской помощи надлежащего качества в условиях ограниченного финансирования медицинских организаций [3].

Несмотря на интенсивное сокращение числа коек эффективность их использования остается неудовлетворительной: по некоторым профилям до 50% пациентов госпитализируются необоснованно, значительны сроки обследования и лечения больных, технологии лечебно-диагностического процесса устарели [7].

Низкие темпы структурных преобразований в системе здравоохранения страны обуславливаются, в значительной степени, несовершенством системы управления. Это, прежде всего, ее фрагментация, ослабление функций стратегического и текущего планирования, недостаточное развитие механизмов координации различных субъектов управления, контроля результатов их работы. Укрепляющееся господство муниципальной модели здравоохранения приводит к существенным различиям между территориями по объему оказания стационарной медицинской помощи, показателям развития здравоохранения в целом. Муниципализация здравоохранения заметно снизила возможности построения рациональной системы предоставления населению стационарной медицинской помощи. В первую очередь это относится к таким направлениям совершенствования организации медицинской помощи, как реструктуризация коечного фонда, нормирование объемов медицинской помощи, расходов на ее оказание, перераспределение части объемов из стационарного сектора в амбулаторный [6].

В развитие, модернизацию и оснащение стационаров за последние годы, в том числе в рамках приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения, государственной программы «Развитие здравоохранения на 2014-2018 годы» и территориальных программ модернизации здравоохранения, были вложены значительные государственные бюджетные и внебюджетные средства. Однако, в условиях продолжающегося более 20 лет сокращения численности коечного фонда и объема медицинской помощи, оказываемой в стационарах, на фоне стабильности или улучшения основных показателей деятельности коек, сохраняются выраженные, далеко не всегда объективно обусловленные, территориальные различия в отношении обеспеченности населения койками разных профилей, показателей деятельности коек и потреблении медицинской помощи в стационарах, что, безусловно, сказывается на доступности этого вида помощи для населения и ее ресурсоемкости для государства. Существует необходимость структурно-функциональной оптимизации коечного фонда страны, а также совершенствования взаимодействия стационаров и внебольничных служб [8].

**Цель исследования** – проанализировать основные показатели стационарной помощи государственной системы здравоохранения в Российской Федерации по основным профилям коек 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 №47, 30 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций», и «Сведения о медицинской организации».

**Результаты и их обсуждение.** За период 2010-2016 годы число всех стационаров в России уменьшилось на 10,6%, однако, помимо сокращения коечного фонда, это объясняется еще и объединением медицинских организаций, что в большей степени затронуло диспансеры, имеющие в структуре стационары, число которых сократилось в общем на 29,2%: на 40,0% сокращены противотуберкулезные, на 31,8% – кожно-венерологические, на 33,3% – эндокринологические, на 22,9% – психоневрологические,

на 28,7% – наркологические, на 7,0% – онкологические. В 2016 году в диспансеры РФ поступило 1 689 430 человек, из них – 50,5% – в онкологические, 15,2% – в наркологические, 9,1% – в кожно-венерологические, 9,7% – в противотуберкулезные, 7,4% – в психоневрологические, 7,7% – в кардиологические, 0,2% – в эндокринологические.

В динамике за семь лет число поступивших во все стационары уменьшилось на 8,6%. Уровень госпитализации снизился 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%.

Сокращение коечного фонда произошло, в основном, за счет уменьшения числа коек следующих профилей: терапевтических – на 38560 (28,6%), хирургических – на 25238 (25,3%), психиатрических (психоневрологических) – на 15354 (10,3%), гинекологических – на 14469 (23,6%), туберкулезных – на 13226 (17,8%), инфекционных – на 12979 (18,9%), педиатрических (соматических) – на 9579 (15,4%), неврологических – на 8760 (11,8%), патологии беременности – на 7167 (19,0%), коек для беременных и рожениц – на 6196 (14,9%), офтальмологических – на 5745 (23,8%), дерматовенерологических – на 5594 (35,6%), травматологических – на 5473 (12,4%), кардиологических – на 4877 (8,7%), наркологических – на 4463 (17,5%), сестринского ухода – на 4312 (20,0%), отоларингологических – на 3915 (20,7%), гнойной хирургии – на 3834 (21,4%), гастроэнтерологических – на 3817 (25,9%), урологических – на 2290 (9,8%), пульмонологических – на 1518 (9,6%), эндокринологических – на 1200 (9,9%), торакальной хирургии – на 1099 (22,7%), нейрохирургических – на 1076 (7,5%), аллергологических – на 740 (26,7%), ортопедических – на 539 (5,4%), ожоговых – на 463 (13,9%), профпатологических – на 368 (26,9%), токсикологических – на 343 (27,8%), сосудистой хирургии – на 216 (3,0%), проктологических – на 162 (4,1%), ревматологических – на 85 (1,3%), радиологических – на 5 (0,06%).

За этот же период увеличилось число геронтологических коек – на 468 (31,8%), онкологических – на 4286 (13,8%), кардиохирургических – на 522 (9,0%).

В 2016 году структуру коечного фонда круглосуточного пребывания на 62,8% составляли койки десяти профилей: психиатрические (психоневрологические) – 19,8%, терапевтические – 14,2%, хирургические – 11,0%, неврологические – 9,6%, туберкулезные – 9,0%, инфекционные – 8,2%, педиатрические (соматические) – по 7,8%, кардиологические – 7,4%, гинекологические (кроме коек для производства аборт) – 6,9%, травматологические – 5,7%.

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, но, с другой стороны, может свидетельствовать о снижении интенсивности использования коечного фонда.

*Обеспеченность койками круглосуточного пребывания* в 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.

*Обеспеченность терапевтическими койками* в Российской Федерации за анализируемый период уменьшилась с 9,42 до 8,17 на 10 000 населения (на 13,3%). Снижение данного показателя прослеживается по всем федеральным округам, за исключением Северо-Кавказского, где отмечен его рост.

Выше среднероссийского показателя в 2016г. терапевтическими койками обеспечены: Дальневосточный ФО – 9,84 на 10000 населения (- 1,0% по сравнению с 2010г.), Сибирский ФО – 10,56 (- 2,8%) и наилучшим образом Северо-Кавказский ФО – 12,91 (+ 27,2%). Обеспеченность ниже среднероссийского уровня зафиксирована в Приволжском ФО – 8,10 на 10000 населения (- 18,0%), Южном ФО – 7,71 (-8,4%), Уральском ФО – 7,54 (- 10,6%), Центральном ФО – 6,96 (-25,3%) и наименьшая в Северо-Западном ФО – 5,79 (-11,7%) (табл. 1).

Высокий уровень обеспеченности населения терапевтическими койками (более 20,0) отмечается в следующих территориях: Республике Саха (Якутия) – 21,00 на 10000 населения (+44,0%), Ненецком АО – 23,71 (+149,5%), Чукотском авт. округе – 30,12 (+66,6%). Низкий уровень отмечается в Республиках Хакасия – 5,68 (- 26,6%) на 10000 населения, Адыгея – 5,29 (- 35,0%) и самый низкий в городах Москва – 3,51 (- 47,6%) и Санкт-Петербург – 2,18 (- 12,4%).

**Обеспеченность койками круглосуточного пребывания основных профилей  
в Российской Федерации и федеральных округах в 2010 и 2016 гг. (на 10 000 населения)**

Территориальная единица	Профили коек									
	терапевтические		кардиологические		хирургические		гинекологические		психиатрические	
	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016	2010	2016
<b>Российская Федерация</b>	<b>9,42</b>	<b>8,17</b>	<b>3,88</b>	<b>3,45</b>	<b>6,99</b>	<b>5,09</b>	<b>7,97</b>	<b>5,95</b>	<b>10,44</b>	<b>9,13</b>
Центральный	9,32	6,96	4,15	3,57	6,97	4,72	7,34	5,38	12,64	9,94
Северо-Западный	6,56	5,79	4,63	3,85	6,47	4,64	6,36	4,98	12,61	10,71
Южный	9,44	7,71	3,54	3,35	6,76	5,02	8,83	6,18	10,80	10,26
Северо-Кавказский	10,15	12,91	3,02	3,29	6,31	5,20	8,10	6,77	5,18	4,81
Приволжский	9,88	8,10	4,10	3,48	7,11	5,08	7,91	5,77	9,51	8,82
Уральский	8,43	7,54	3,75	3,29	5,87	4,70	7,54	5,80	8,63	8,27
Сибирский	10,86	10,56	3,26	3,15	8,10	6,17	9,20	6,85	9,49	8,99
Дальневосточный	9,94	9,84	3,44	3,26	7,62	5,73	10,47	7,98	10,07	9,22

Обеспеченность кардиологическими койками в Российской Федерации в динамике за 2010-2016 годы снизилась с 3,88 до 3,45 на 10 000 населения (на 11,1%). Снижение данного показателя прослеживается по всем федеральным округам, за исключением Северо-Кавказского, где отмечен его рост.

Выше среднероссийского показателя кардиологическими койками обеспечены Северо-Западный ФО – 3,85 на 10000 населения (снижение по сравнению с 2010г. -16,8%), Центральный ФО – 3,57 (- 14,0%), Приволжский ФО – 3,48 (- 15,1%).

Ниже среднероссийского уровня показатель обеспеченности зафиксирован в Южном ФО – 3,35 на 10000 населения, Уральском и Северо-Кавказском ФО по – 3,29 (- 12,3% и + 8,9% соответственно), Дальневосточном ФО – 3,26 (- 5,2%) и наименьший в Сибирском ФО – 3,15 (- 3,4%).

Обеспеченность населения кардиологическими койками выше среднероссийского уровня отмечается в 45 субъектах РФ. Самый высокий уровень обеспеченности кардиологическими койками встречается в следующих территориях: республиках Адыгея – 5,14 на 10000 населения и Мордовия – 5,00; Томской области – 5,24.

Низкий показатель обеспеченности кардиологическими койками отмечается в: Хабаровском – 2,69, Красноярском – 2,61, Забайкальском – 2,11 краях; республиках: Бурятия – 2,38, Тыва – 2,47, Дагестан – 2,37, Татарстан – 2,43, Удмуртия – 2,98; областях: Курской – 2,96, Вологодской – 2,77, Калининградской – 2,61, Ленинградской – 2,57, Ростовской – 2,67, Омской – 2,56, Астраханской – 2,89, Челябинской – 2,77, Магаданской – 2,66; Ханты-Мансийском – 2,96, Ямало-Ненецком - 2,47, Чукотском – 2,19 автономных округах; г. Севастополь -2,50.

Наиболее низкий уровень обеспеченности кардиологическими койками – меньше 2,0 на 10000 населения отмечается: в Республике Ингушетия – 1,48, Еврейской автономной области – 1,50.

Обеспеченность хирургическими койками в Российской Федерации в 2016 году уменьшилась по сравнению с 2010 годом на 27,2% (с 6,99 до 5,09 на 10 000 населения).

Выше среднероссийского уровня хирургическими койками обеспечены: Северо-Кавказский ФО – 5,20 на 10000 населения (- 17,6% по сравнению с 2010 г.), Дальневосточный ФО – 5,73 (- 24,8%) и наилучшим образом Сибирский ФО – 6,17 (- 23,8).

Ниже среднероссийского уровня показатель обеспеченности хирургическими койками зафиксирован в Приволжском ФО – 5,08 на 10000 населения (-28,6%), Южном ФО – 5,02 (-25,7%), Центральном ФО – 4,72 (-32,3%), Уральском ФО – 4,70 (- 19,9%) и наименьший в Северо-Западном ФО – 4,64 (- 28,3%).

Наивысшие показатели обеспеченности данными койками зафиксированы в Ненецком (10,27 на 10000 населения) и Чукотском АО (13,96).

Низкий уровень обеспеченности хирургическими койками отмечается в Вологодской (3,96 на 10000 населения), Астраханской (3,80), Тульской области (3,74), Челябинской областях (3,73), г. Севастополь – (3,60), Республике Крым и Самарской области (по 3,57), Тюменской области без АО (3,41), Республике Северная–Осетия Алания и г. Санкт-Петербург (по 3,37) и самый низкий в г. Москве (2,63).

Обеспеченность гинекологическими койками в Российской Федерации в 2016 г. составила 5,95 на 10 000 женского населения, уменьшение на 25,3% по сравнению с 2010 г. (7,97 на 10 000 женского населения).

Несколько выше среднероссийского уровня гинекологическими койками обеспечены Южный ФО – 6,18 на 10000 населения (снижение по сравнению с 2010 г. - 30,0%), Северо-Кавказский ФО – 6,77 (- 16,4%), Сибирский ФО – 6,85 (- 25,5%), и наилучшим образом Дальневосточный ФО – 7,98 (- 23,8%), что объясняется возрастной структурой проживающего населения с преобладанием женщин трудоспособного, репродуктивного возраста, нуждающихся в гинекологической помощи.

Ниже среднероссийского уровня гинекологическими койками обеспечены Уральский ФО – 5,80 на 10000 населения (- 23,1%), Приволжский ФО – 5,77 (- 27,1%), Центральный ФО – 5,38 (- 26,7%) и в наименьшей степени Северо-Западный ФО – 4,98 (- 21,7%).

Показатель, существенно выше федерального на 10000 женского населения отмечается в следующих территориях: Чукотском АО – 19,89, Камчатском крае – 14,01, Ненецком АО – 11,12, Сахалинской области – 11,02, а, существенно ниже федерального - в Вологодской – 4,91, Ленинградской областях – 4,48, Тюменской области без АО – 3,89, Пензенской области – 3,80, Республике Адыгея – 3,69, и самый низкие в городах Москва – 3,65 и Санкт-Петербург – 3,48.

*Обеспеченность психиатрическими койками* в Российской Федерации в 2016 году составила 9,13 на 10 000 населения. В динамике за анализируемый период показатель уменьшился с 10,44 на 10 000 населения в 2010г. (- 12,5%).

Несколько выше среднероссийского уровня обеспечены психиатрическими койками: Дальневосточный ФО – 9,22 на 10000 населения (- 8,4%), Южный ФО – 10,26 (- 5,0%), Центральный – 9,94 (- 21,4%) и наивысший показатель в Северо-Западном ФО – 10,71 (- 15,1%).

Обеспеченность ниже среднероссийского уровня зафиксирована в Сибирском ФО – 8,99 на 10000 населения (- 5,3%), Приволжском ФО – 8,82 (- 7,3%), Уральском ФО – 8,27 (- 4,2%) и наименьший в Северо-Кавказском ФО – 4,81 (- 7,1%).

Самый высокий уровень обеспеченности населения психиатрическими койками на 10000 населения отмечается в следующих территориях: Смоленской – 19,04, Костромской – 19,42 и максимальный в Орловской областях – 22,51, а самый низкий в Ханты-Мансийском АО и Республике Чечня – по 3,94, Ненецком АО – 3,42 и самый низкий в Республике Дагестан – 3,23.

*Средняя занятость койки в году* (среднее число дней работы койки в году) во всех стационарах, включая койки диспансеров, оказывающих помощь в стационарных условиях, в среднем по стране в 2016 г. уменьшился 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.

Проанализированы основные показатели коечного фонда по профилям коек за 2010 и 2016 годы. (табл. 2). Так, средняя занятость койки в году уменьшилась за исследуемый период по большинству профилей, максимальное снижение зафиксировано для следующих профилей коек: патологии беременности с 322 до 300 дней (на 6,8%), аллергологических с 323 до 304 (на 5,9%), ревматологических с 344 до 324 (на 5,8%), гинекологических с 330 до 312 (на 5,5%), проктологических с 330 до 315 (на 4,5%). Увеличение средней занятости койки в году отмечено по профилям коек: профпатологические с 291 до 316 дней (на 8,6%), инфекционные с 277 до 290 (на 4,7%), сестринского ухода с 314 до 327 (на 4,1%), дерматовенерологических с 302 до 312 (на 3,3%), паллиативных (на 3,3%).

Наиболее высокий показатель средней занятости койки в 2016 году характерен для радиологических (345 дней), гематологических (339), психиатрических (333), онкологических (334), неврологических (331), урологических (329), терапевтических коек (328), наименьший показатель отмечен у кардиохирургических (294), инфекционных коек (290), коек для беременных и рожениц (277).

*Средняя длительность пребывания на койке* в среднем 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.

Показатель средней длительности пребывания на койке снизился за период 2010-2016гг. по всем профилям коек за исключением геронтологических, где он вырос с 16,9 до 18,8 (на 11,2%). Максимальное снижение средней длительности пребывания больного на койке зафиксировано для следующих профилей коек: сестринского ухода с 39,2 до 27,0 дней (на 31,1%), ортопедических с 15,6 до 11,0 (на 29,5%), кардиохирургических с 11,4 до 8,2 (на 28,1%), сосудистой хирургии с 12,8 до 9,6 (на 25,0%), аллергологических и проктологических с 11,8 до 9,0 (на 23,7%).

Высокие значения средней длительности пребывания на койке в 2016 году отмечены для туберкулезных коек (83,1 дня), психиатрических (65,3 дня), сестринского ухода (27,0 дней), радиологических (22,4 дня), где лечатся в основном пациенты с хронической патологией; а низкие значения этого показателя отмечены в отношении коек для беременных и рожениц (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.

Основные показатели стационарной помощи в Российской Федерации по профилям коек  
 в 2010 и 2016 гг.

Профили коек		Основные показатели коечного фонда					
		Средняя занятость койки в году (в днях)		Средняя длительность пребывания больного на койке (в днях)		Оборот койки	
		2010	2016	2010	2016	2010	2016
1	Аллергологические	323	304	11,8	9,0	27,3	33,7
2	Для беременных и рожениц	272	277	6,9	5,9	39,6	47,2
3	Патологии беременности	322	300	9,8	7,9	32,9	38,0
4	Гинекологические	330	312	7,7	6,3	42,8	49,5
5	Гастроэнтерологические	326	322	14,0	11,5	23,4	28,1
6	Гематологические	334	339	15,8	12,9	21,2	26,3
7	Геронтологические	320	309	16,9	18,8	18,9	16,4
8	Дерматовенерологические	302	312	16,4	13,5	17,1	21,5
9	Инфекционные	277	290	7,9	6,9	34,8	41,7
10	Кардиологические	340	327	13,1	10,3	26,0	31,8
11	Наркологические	312	314	13,7	13,0	22,9	24,3
12	Неврологические	341	331	13,7	11,8	24,8	28,0
13	Нефрологические	321	320	12,7	12,4	25,3	25,8
14	Онкологические	345	334	12,1	10,0	28,6	33,5
15	Оториноларингологические	324	319	8,4	7,3	38,8	44,0
16	Офтальмологические	313	316	8,1	6,3	38,4	49,9
17	Ожоговые	299	306	18,2	16,9	16,5	18,2
18	Паллиативные	305	315	23,3	21,1	13,1	14,9
19	Педиатрические	307	311	10,4	9,3	29,4	33,3
20	Проктологические	330	315	11,8	9,0	28,0	35,1
21	Психиатрические	332	338	68,9	65,3	4,7	5,1
22	Профпатологические	291	316	13,7	12,7	21,2	24,8
23	Пульмонологические	339	331	13,7	11,6	24,8	28,6
24	Радиологические	355	345	24,2	22,4	14,7	15,4
25	Реабилитационные	312	316	19,1	18,0	16,4	17,6
26	Ревматологические	344	324	15,6	12,2	22,1	26,6
27	Сестринского ухода	314	327	39,2	27,0	8,0	12,1
28	Терапевтические	331	328	12,2	10,3	27,1	31,8
29	Токсикологические	265	291	4,2	3,8	63,7	77,3
30	Травматологические	332	319	12,6	10,6	26,4	30,2
31	Ортопедические	311	309	15,6	11,0	20,0	28,2
32	Туберкулезные	320	317	86,0	83,1	3,7	3,8
33	Урологические	342	329	10,1	8,4	34,1	39,4
34	Хирургические	325	321	9,6	8,4	34,0	38,4
35	Нейрохирургические	326	318	11,6	10,2	28,0	31,1
36	Торакальной хирургии	323	316	17,2	15,7	18,8	20,2
37	Кардиохирургические	289	294	11,4	8,2	25,5	36,0
38	Эндокринологические	334	321	13,7	11,3	24,3	28,3
39	Сосудистой хирургии	326	323	12,8	9,6	25,4	33,6
40	Хирургические гнойные	328	326	12,4	10,8	26,5	30,2

Оборот койки в 2016 году в среднем по стране составил 28,5. За последние семь лет наблюдается увеличение данного показателя на 10,4%. Аналогичная тенденция отмечена во всех федеральных округах.

Показатель оборота койки существенно вырос за период 2010-2016 гг. по всем профилям коек за исключением геронтологических, где он уменьшился с 18,9 до 16,4 (на 15,2%). Максимальное увеличение оборота койки закономерно зафиксировано для следующих профилей коек: сестринского ухода с 8,0

до 12,1 дней (на 33,9%), кардиохирургических с 25,5 до 36,0 (на 29,3%), ортопедических с 20,0 до 28,2 (на 29,0%), сосудистой хирургии с 25,4 до 33,6 (на 24,3%), офтальмологических с 38,4 до 49,9 (на 23,0%).

Наиболее высоким оборотом в 2016 году закономерно характеризуются следующие профили коек: токсикологические (77,3), гинекологические (49,5), офтальмологические (49,9), для беременных и рожениц (47,2) и оториноларингологические (44,0). Низкий оборот у коек: туберкулезных (3,8), психиатрических (5,1), сестринского ухода (12,1), паллиативных (14,9), геронтологических (16,4), что обусловлено профилем заболевания, определяющим длительное лечение.

**Выводы.** Число стационаров в России уменьшилось на 10,6% за период 2010-2016 годы, что, помимо сокращения коечного фонда, связано еще и с объединением медицинских организаций. Сокращение в большей степени затронуло диспансеры, имеющие в структуре стационары (на 29,2%). Число поступивших во все стационары уменьшилось на 8,6%. Уровень госпитализации снизился с 224,8 до 200,1 на 1000 населения (на 11 %). Число коек уменьшилось на 175 738 коек, или на 14,1%.

Сокращение коечного фонда произошло, в основном, за счет уменьшения числа коек следующих основных профилей: терапевтических – на 28,6%, хирургических – на 25,3%, психиатрических – на 10,3%, гинекологических – на 23,6%, туберкулезных – на 17,8%, инфекционных – на 18,9%, педиатрических – на 15,4%, неврологических – на 11,8%, патологии беременности – на 19,0%, коек для беременных и рожениц – на 14,9%.

За период 2010-2016 гг. в России отмечена следующая динамика основных показателей коечного фонда: снились 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%).

Обеспеченность терапевтическими койками в Российской Федерации за анализируемый период уменьшилась с 9,42 до 8,17 на 10 000 населения (на 13,3%), кардиологическими койками снизилась с 3,88 до 3,45 на 10 000 населения (на 11,1%). Снижение данного показателя по этим двум профилям прослеживается по всем федеральным округам, за исключением Северо-Кавказского, где отмечен его рост.

Обеспеченность хирургическими койками в Российской Федерации в 2016 году уменьшилась по сравнению с 2010 годом на 27,2% (с 6,99 до 5,09 на 10 000 населения), гинекологическими койками на 25,3% (с 7,97 до 5,95 на 10 000 женского населения), психиатрическими койками на 12,5% (с 10,44 до 9,13 на 10 000 населения). Аналогичная тенденция снижения обеспеченности койками данных профилей во всех федеральных округах.

Средняя занятость койки в году уменьшилась за исследуемый период по большинству профилей, максимальное снижение зафиксировано для следующих профилей коек: патологии беременности с 322 до 300 дней (на 6,8%), аллергологических с 323 до 304 (на 5,9%), ревматологических с 344 до 324 (на 5,8%), гинекологических с 330 до 312 (на 5,5%). Снижение числа дней работы койки в году, с одной стороны, закономерно при росте оборота койки, но, с другой стороны, может свидетельствовать о снижении интенсивности использования коечного фонда.

Отмечается положительная тенденция к снижению показателя средней длительности пребывания на койке по всем профилям, за исключением геронтологических, где он вырос. Максимальное снижение средней длительности пребывания на койке зафиксировано для следующих профилей коек: сестринского ухода с 39,2 до 27,0 дней (на 31,1%), ортопедических с 15,6 до 11,0 (на 29,5%), кардиохирургических с 11,4 до 8,2 (на 28,1%).

Показатель оборота койки позитивно существенно вырос по всем профилям коек за исключением геронтологических, где он уменьшился. Максимальное увеличение оборота койки закономерно зафиксировано для следующих профилей коек: сестринского ухода с 8,0 до 12,1 дней (на 33,9%), кардиохирургических с 25,5 до 36,0 (на 29,3%), ортопедических с 20,0 до 28,2 (на 29,0%), сосудистой хирургии с 25,4 до 33,6 (на 24,3%).

Показатели коечного фонда и обеспеченности койками разных профилей значительно отличаются по федеральным округам и субъектам РФ, что свидетельствует о несбалансированности проводимых структурных преобразований на базе исходно разного уровня заболеваемости населения, ресурсного обеспечения, отсутствии научно обоснованной нормативной базы для реструктуризации коечного фонда, зависимости проводимых преобразований от финансовых возможностей конкретного региона, тарифов на медицинские услуги.

В современных условиях недостаточного развития первичной медико-санитарной помощи на фоне высоких темпов развития специализированной и высокотехнологичной помощи (особенно в крупных городах), реструктуризация коечного фонда должна осуществляться с учетом заболеваемости и в соответствии с потребностью населения в койках разного профиля, а также учитывать уровни оказания этой помощи в зависимости от типов медицинских организаций.

**Литература**

1. 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: 07.10.2018). DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16214.
2. Бантьева М.Н. Повозрастные показатели госпитализации на койки акушерско-гинекологического профиля. Сборник научных трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава «Межсекторальное партнёрство в решении медико-социальных и правовых проблем молодого поколения. М.: РИО ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава, 2009. С. 197–204.
3. Железнякова И. А., Ковалева Л. А., Хелисупали Т. А., Войнов М. А., Омеляновский В. В. Методология оценки эффективности использования коечного фонда медицинских организаций // Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2017, Т. 10, № 4. С. 37–43.
4. 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.
5. Линденбратен А.Л. Некоторые аспекты экономического анализа реформ в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2008. № 9. С. 24–27.
6. Сивцева В.Е. Организационно-экономический механизм взаимодействия субъектов рынка медицинских услуг: автореф. ...к.э.н. СПб., 2006. 24 с.
7. Сон И.М., Евдаков В.А., Шляфер С.И., Сененко А.Ш., Мельников Ю.Ю. Деятельность дневных стационаров в Российской Федерации в 2000–2014 годах // Менеджер здравоохранения. 2016. №7. С. 6–19.
8. 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. Bant'yeva MN, Kuznetsova VP, Rugol' LV. Osnovnyye pokazateli statsionarnoy pomoshchi v Rossiyskoy Federatsii v dinamike za 2010-2016 gody [Main indicators of inpatient care in the Russian Federation in the dynamics for 2010-2016 years]. Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy. Online edition. 2018 [cited 2018 Oct 07];5 [about 9 p.]. Russian. Available from: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-5/2-5.pdf>.
2. Bant'yeva MN. Povostrastnyye pokazateli gospitalizatsii na koyki akushersko-ginekologicheskogo profilya [Age indicators of hospitalization on an obstetric-gynecological beds]. Sbornik nauchnykh trudov FGU TSNIIOIZ Roszdrava «Mezhsektoral'noye partnerstvo v reshenii mediko-sotsial'nykh i pravovykh problem mladogo pokoleniya. Moscow: RIO FGU TSNIIOIZ Roszdrava; 2009. Russian.
3. Zheleznyakova IA, Kovaleva LA, Khelisupali TA, Voynov MA, Omel'yanovskiy VV. Metodologiya otsenki effektivnosti ispol'zovaniya koyechnogo fonda meditsinskikh organizatsiy [Methodology for evaluating the efficiency of using the bed fund of medical organizations]. Sovremennaya farmakoeconomika i farmakoepidemiologiya. 2017;10(4):37-43. Russian.
4. Leonov SA, Matveev EHN, Bant'eva MN. Metodicheskie podhody k restrukturizatsii seti uchrezhdenij zdavoohraneniya na regional'nom urovne. Modul'naya mnogourovnevaya programma povysheniya kvalifikatsii po ehkonomie zdavoohraneniya [Methodological approaches to restructuring the network of health institutions at the regional level. Modular multi-level advanced training program in health economics.]. Moscow: GEHOTAR-Media; 2008. Russian.
5. Lindenbraten AL. Nekotorye aspekty ehkonomicheskogo analiza reform v zdavoohranenii [Some aspects of economic analysis of reforms in healthcare]. EHkonomika zdavoohraneniya. 2008; 9:24-7. Russian.
6. Sivtseva V.Ye. Organizatsionno-ekonomicheskii mekhanizm vzaimodeystviya sub'yektov rynka meditsinskikh uslug [The organizational and economic mechanism of interaction between the subjects of the medical services market] [dissertation]. Sankt-Peterburg; 2006. Russian.
7. Son IM, Yevdakov VA, Shlyufer SI, Senenko ASH, Mel'nikov YUYU. Deyatel'nost' dnevnykh statsionarov v Rossiyskoy Federatsii v 2000–2014 godakh [The activities of day hospitals in the Russian Federation in 2000–2014]. Menedzher zdavoohraneniya. 2016;7:6-19. Russian.
8. Shchepin VO. Strukturno-funktsional'nyy analiz koyechnogo fonda lechebno-profilakticheskikh organizatsiy gosudarstvennoy sistemy zdavoohraneniya Rossiyskoy Federatsii [Structural and functional analysis of bed fund of treatment-and-prophylactic organizations of the state health care system of the Russian Federation]. Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavoohraneniya i istorii meditsiny. 2014;1:15-9. Russian.

**Библиографическая ссылка:**

Бантьева М.Н., Цириг О.В., Кузнецова В.П. Динамика основных показателей стационарной помощи по профилям коек в Российской Федерации за 2010-2016 годы // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. 2018. №6. Публикация 3-2. URL: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-6/3-2.pdf> (дата обращения: 08.11.2018). DOI: 10.24411/2075-4094-2018-16271.\*

\* номера страниц смотреть после выхода полной версии журнала: URL: <http://medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2018-6/e2018-6.pdf>