



Для цитирования: Кундиус В.А., Апальчук Н.Л. Оптимизация коечного фонда сельских медицинских организаций Алтайского края // [Электронный ресурс] URL:
http://rectors.altstu.ru/ru/periodical/archiv/2019/2/articles/3_3.pdf
DOI: 10.25712/ASTU.2410-485X.2019.02.007

УДК 338.614

ОПТИМИЗАЦИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА СЕЛЬСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ АЛТАЙСКОГО КРАЯ

В.А. Кундиус¹, Н.Л. Апальчук¹

1 ФГБОУ ВО «Алтайский государственный аграрный университет», Барнаул, Россия

В последнее время активно ведутся дискуссии об эффективности реформ здравоохранения в Российской Федерации. Общество особенно остро реагирует на программу оптимизации соотношения стационарного и амбулаторного лечения, переноса нагрузки с больниц на поликлиники. Для многих людей больницы — это олицетворение здравоохранения. Тем не менее, во многих странах мира роль больничных учреждений пересматривается и упор переносится на развитие амбулаторной медицинской помощи и стационарозамещающих технологий. Кроме того, стационарная помощь относительно дорога, что служит стимулом для сокращения коечного фонда.

Мероприятия по сокращению койко-мест в больницах ведутся в рамках программы модернизации российского здравоохранения. В 2012-2013гг. на территории РФ были закрыты маломощные сельские лечебные учреждения — роддома, участковые больницы. Минздрав РФ впоследствии признал, что во многих случаях это было сделано неправомерно, часто без учета транспортной доступности, что вызвало недовольство местных жителей.

Программа оптимизации коечного фонда разрабатывалась с учетом мирового опыта. Так, в странах с эффективной системой здравоохранения 70% пациентов действительно решают свои проблемы со здоровьем в поликлиниках, и только 30% — в стационарах. Для многих регионов России соотношение амбулаторной и стационарной помощи прямо противоположно и составляет 30/70 в пользу стационаров. Минздрав РФ неоднократно подчеркивал, что основой оптимизации коечного фонда должно быть не столько его сокращение, сколько перепрофилирование.

Оптимизация коечного фонда больниц позволит «высвободить» неэффективно работающие койки и перераспределить их в реабилитацию и паллиативную помощь. Однако необходимо учитывать, что продолжается увеличение удельного веса населения старших возрастных групп, что потребует больших затрат на оказание медицинской помощи, в том числе и обеспеченности населения койками стационарной медицинской помощи.



На региональном уровне сокращению коечного фонда должна предшествовать организация работы профилактических кабинетов, проведение диспансеризация населения, определение реальной потребности в количестве коек с учетом территориального планирования. Оптимизация структуры здравоохранения осуществляется путем объединения больниц малой мощности и поликлиник, создания многопрофильных медицинских центров. Участковые больницы реорганизуются во врачебные амбулатории, где создаются службы общей врачебной практики и дневные стационары.

Проблема повышения уровня здоровья и качества жизни сельского населения является одной из приоритетных задач государства, так как сельская местность является ресурсом жизнеобеспечения, связанным с производством сельскохозяйственной продукции. Алтайский край вносит весомый вклад в продовольственную безопасность Российской Федерации и Сибирского федерального округа. В последние годы край укрепляет свои позиции крупнейшего аграрного региона страны, гаранта продовольственной безопасности, обладающего мощным ресурсным, производственным, интеллектуальным потенциалом в сфере промышленности, сельского хозяйства, туризма.

Таблица 1.
Медицинские организации сельских муниципальных образований Российской Федерации [1]

Наименование	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Всего учреждений (больничные учреждения + амбулатории)	8249	2714	2514	2384	2085	2024
из них больничных учреждений (ЦРБ+районные+участковые)	4632	2345	2233	2151	2020	1984
в них коек	438226	373420	355212	307947	294057	281690
Число центральных районных больниц	1734	1754	1755	1719	1690	1470
в них коек	345086	337958	324057	280982	266987	224774
Число районных больниц	267	191	177	195	206	417
в них коек	30815	24302	22903	21577	23738	54075
Число участковых больниц	2631	400	301	237	124	97
в них коек	62325	11160	8252	5388	3332	2841

Одним из основополагающих факторов развития здравоохранения является наличие больничных учреждений. В последнее время роль больниц меняется — акцент переносится на диагностику и лечение различных заболеваний в амбулаторных условиях вместо продолжительного стационарного лечения. Это приводит к сокращению коечного фонда и реорганизации больничных учреждений малой мощности.

Так, за период 2005-2014гг. на территории России общее число медицинских организаций в сельской местности уменьшилось более чем в 4 раза, мощность их коечного фонда сократилась на 35,7%. При этом, в связи со снижением численности сельского населения и исходя из расчетной потребности, а также после объединения больниц малой мощности и



поликлиник с созданием многопрофильных межрайонных медицинских центров, сократилось число ЦРБ на 15,2% с уменьшением их коечного фонда на 34,9%. Реорганизация участковых больниц привела к сокращению их численности в 27 раз, а коечного фонда в 22 раза.

Таблица 2.
Ресурсы медицинских организаций,
расположенных в сельской местности
и оказывающих стационарную помощь
сельскому населению Российской Федерации [1]

Наименование	2005	2010	2011	2012	2013	2014
Обеспеченность койками на 10000 человек сельского населения	49,6	40,0	37,4	36,3	34,8	35,3
Средняя занятость койки (дней)	312	308	315	318	317	324
Число врачей (тыс.)	45,0	46,7	44,8	48,9	51,7	52,4
Обеспеченность врачами на 10000 человек сельского населения	11,9	12,5	12,0	13,1	13,9	13,8
Число среднего медперсонала (тыс.)	218,4	207,5	200,3	202,4	208,2	203,7
Обеспеченность средним медперсоналом на 10000 человек сельского населения	57,6	55,4	53,7	54,4	56,1	53,6
Число фельдшерско-акушерских пунктов	42164	37591	34919	34733	34689	34860
Число физических лиц среднего мед. персонала на ФАП,ФП	55904	44017	42609	41275	38580	38401
в т.ч. фельдшеров	29 947	26182	25563	24510	23322	23706

За период 2005-2014гг. на территории России обеспеченность койками сельских жителей уменьшилась на 28,8%, несмотря на сокращение числа жителей сельской местности. При этом, за последние несколько лет наблюдается увеличение среднегодового показателя занятости койки, обеспеченности врачами сельского населения, но при этом происходит сокращение численности ФАПов на селе на 17,3% (сокращается число малых сел, аварийность зданий, необходимость их реконструкции). Это приводит к сокращению численности среднего медицинского персонала, как ФАПов, так и сельских жителей в целом.

Таблица 3.
Основные показатели здравоохранения в Алтайском крае
[2]

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Число больничных организаций	134	136	131	132	134	129	129
Число больничных коек: всего	25182	24764	24028	23195	22929	22248	21473
на 10 000 человек населения	105,0	103,6	100,6	97,6	96,9	94,7	92,0
Число коек для беременных женщин и рожениц	1555	1590	1585	1493	1462	1233	1211
Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций	226	218	223	229	215	204	200
самостоятельных	81	86	74	67	58	64	57
входящих в состав	145	132	149	162	157	140	143



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену: всего, тыс. посещений	70,2	70,4	71,2	71,4	72,3	71,1	71,1
на 10 000 человек населения	292,6	294,3	298,8	300,5	305,5	302,5	304,8
Число фельдшерско-акушерских пунктов	909	903	896	881	879	878	837

Схожие тенденции наблюдаются и на региональных уровнях. Так, на территории Алтайского края за период 2012-2018гг. численность больничных медицинских организаций сократилась на 1%, мощность коек на 14,7%, обеспеченность населения больничными койками на 12,4%. При этом наблюдается незначительное увеличение мощности амбулаторно-поликлинических учреждений на 1,3% при сокращении общего их количества на 11,5%.

Таблица 4.
Показатели структурных преобразований
системы оказания медицинской помощи
[3]

Наименование целевого показателя	единица измерения	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Доля расходов на оказание медицинской помощи в условиях дневных стационаров от всех расходов ТПГГ	%	6,4	6,4	6,5	6,8	7,0	7,5
Доля расходов на оказание медицинской помощи в стационарных условиях от всех расходов ТПГГ	%	55,4	53,7	53,3	52,8	52,4	51,6
Число коек дневных стационаров, из них	коек	3774	3894	4017	4145	4277	4412
в амбулаториях и поликлиниках	коек	2289	2362	2437	2514	2594	2676
Число коек круглосуточного стационара	коек	22855	22767	22351	21943	21542	21148
Число дней занятости койки в году	дней	328	329,5	331	331,5	332,5	333
Средняя длительность лечения больного в стационаре	дней	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4	11,4

В целях предоставления качественной медицинской помощи жителям Алтайского края на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников Постановлением Администрации Алтайского края от 01.10.2014 №445 утвержден план мероприятий («дорожная карта») «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Алтайском крае» [3]. Согласно документу, в 2018г. число больничных коек на территории края должно было составить 21148. Фактически на конец 2018г. число работающих коек (ОМС, бюджет) составило 21473, что на 1,5% выше запланированного значения.



Таблица 5.
Обеспеченность населения Алтайского края врачами
(на 10000 населения) [3]

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2009, %
Всего по краю	37,3	43,5	43,6	37,9	37,3	37,1	36,5	36,6	36,4	35,6	-4,6
Всего по городам	36,1	34,9	34,7	33,1	31,4	30,5	30,4	31,1	30,4	29,7	-17,7
Всего по селам	18,8	18,1	18,6	20,5	20,5	20,5	20,9	21,1	21,3	19,9	5,9

Обеспеченность врачами в сельской местности края остается в 2 раза ниже, чем в городах. При этом за последние 5 лет благодаря реализации программы «Земский доктор» численность врачей на селе увеличилась. В среднем по России обеспеченность городского населения выше обеспеченности сельского в 2,6 раза. В 2018г. доля врачей, работающих в сельской местности, составила 23%, среднего персонала 30,1% от общего количества медицинских работников.

Таблица 6.
Обеспеченность населения Алтайского края
средним медицинским персоналом
(на 10 000 населения) [3]

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2009, %
Всего по краю	96,4	98,4	98,0	99,6	98,7	95,6	97,9	97,1	95,2	94,0	-2,5
Всего по городам	82,7	82,3	81,9	82,1	81,0	77,7	80,9	79,7	78,6	76,9	-7
Всего по селам	76,1	73,9	76,6	79,4	77,8	76,9	76,2	75,6	72,6	71,2	-6,4

Обеспеченность средними медицинскими работниками в целом по краю снизилась по сравнению с предыдущими годами, превысив показатели по РФ и СФО. Особенности разветвленной сети сельского здравоохранения, где основным специалистом является средний медицинский работник, отражаются на соотношении врачей и среднего медицинского персонала, которое в целом по краю и городской местности составило 1/2,6, в сельской местности — 1/3,5.

Обращает на себя внимание высокий удельный вес специалистов пенсионного возраста в возрастном составе медицинских кадров. Так, в 2017г. в целом по краю удельный вес врачей пенсионного возраста значительно вырос и составил 33,3% (в 2016г. — 24,7%, в 2015г. — 25%, в 2014г. — 24,4%). В сельской местности данный показатель ниже — 25,4%. Среди средних медицинских работников доля специалистов пенсионного возраста — 19,9% (в 2016г. — 19,5%, в 2015г. — 19,1%, в 2014г. — 19%). В селе доля работников пенсионного возраста больше, чем в городской, — 20,1% [там же].

Особенности стационарной медицинской помощи на селе

Стационарная медицинская помощь — основное звено в системе здравоохранения, поскольку именно здесь оказывается специализированная и высокотехнологичная помощь населению. Сложность данного вида оказания медицинской помощи требует значительных затрат финансовых, трудовых и материально-технических ресурсов. Учитывая высокую ресурсоемкость, вопрос эффективного использования всех видов ресурсов и имеющихся



мощностей стационаров является наиболее актуальным на современном этапе [4].

В стационарных учреждениях сосредоточены основные материальные ресурсы отрасли (дорогостоящие здания, сооружения, оборудование, транспорт и т.д.), на содержание которых уходит весомая часть бюджета больниц. В связи с этим значимость рационального использования внутренних ресурсов в здравоохранении признана на всех уровнях управления этой системой. Оптимизация ресурсов в настоящее время является основным направлением повышения доступности и качества медицинской помощи, как в Российской Федерации, так и в Алтайском крае.

Последние 20 лет в РФ происходит сокращение, или «оптимизация», коечного фонда в стационарных учреждениях, при этом все большее распространение получают стационарозамещающие технологии. Это происходит за счет расширения объема оказываемой в амбулаторных условиях медицинской помощи. Тенденция развития стационарозамещающих технологий определяется двумя основными факторами: (1) ростом потребности населения в данном виде медицинской помощи и (2) проблемой эффективного использования ограниченных ресурсов здравоохранения. Для достижения положительного эффекта от сокращения коечного фонда необходима грамотная политика, направленная на сокращение количества необоснованных госпитализаций, повышение результативности оказания медицинской помощи.

Таблица 7.
Динамика мощности коечного фонда
по медико-географическим округам Алтайского края (абс. число) [3]

Округ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2009, %
Барнаульский	8151	7921	7383	7067	6880	6551	6340	6284	5999	5888	-27,8
сельские	2658	2486	2017	1694	1573	1535	1466	1463	1269	1228	-53,8
Бийский	3544	3473	3149	2954	2912	2927	2784	2744	2588	2533	-28,5
сельские	1535	1484	1189	995	938	971	882	849	761	736	-52,1
Алейский	1109	1091	929	752	665	655	613	608	545	542	-51,1
сельские	759	744	607	444	374	364	334	329	299	299	-60
Заринский	848	845	727	671	567	547	515	512	458	456	-46,2
сельские	533	530	422	266	207	207	191	188	169	167	-68,7
Каменский	1055	983	884	818	786	776	663	651	594	568	-41,7
сельские	525	453	364	313	277	277	245	240	235	568	+8,2
Рубцовский	2760	2696	2443	2300	2197	2182	2022	1990	1887	1809	-34,5
сельские	1645	1581	1288	1185	1066	1061	950	913	810	753	-54,2
Славгородский	1765	1700	1441	1294	1212	1182	1096	1047	978	962	-45,5
сельские	1320	1255	1001	839	722	722	660	626	594	575	-56,4
Всего по краю	26282	25709	23941	22673	22086	21617	20857	20599	19949	19617	-25,4
Всего по городам	10257	10176	10068	10120	10062	9683	9305	8817	8553	8432	-17,8
Всего по селам	8975	8533	6888	5736	5157	5137	4728	5019	4496	4326	-50,8

Проанализировав динамику мощности коечного фонда медицинских организаций края, можно сделать вывод, что за последние 10 лет этот показатель снизился в целом на 25,4% по сельским территориям более чем на 50%. При этом ежегодно сокращение регистрировалось в пределах 2-3%.



Наибольшее сокращение общего числа коек пришлось на период начала модернизации здравоохранения в 2011-2012 гг. (в 2012г. на 5,3%, в 2011г. на 6,9%). Наиболее активно происходила оптимизация больничных коек на селе в 2012г. — на 19,3% и в 2011г. — на 16,7%. Ежегодная динамика сокращения составила в среднем 8-9%. В разрезе медико-географических округов края наибольшее число коек сократилось: Алейский на 51,1% (сельские — 60%), Заринский на 46,2% (сельские — 68,7%), Славгородский на 45,5% (сельские — 56,4%), Рубцовский на 34,5% (сельские — 54,2%), что связано с сокращением коек малых участковых больниц и образованием межрайонных специализированных центров на базе центральных районных больниц.

Таким образом, с целью обеспечения рационального и эффективного использования коечного фонда была произведена реструктуризация коечного фонда медицинских организаций сельской местности, т.е. за счет больничных учреждений 1 уровня.

Население края Алтайского края имеет более высокую потребность в объемах медицинской помощи (специализированной, в том числе высокотехнологичной), оказываемой в условиях круглосуточных стационаров. Важным фактором является ограниченная возможность использования в этих целях дневных стационаров для жителей села. Единственным медицинским подразделением в малых селах является ФАП, где нет возможности развернуть дневной стационар. Оказание помощи сельским жителям в дневных стационарах ЦРБ сталкивается с проблемами транспортной доступности (удаленность, состояние дорог).

Таблица 8.
Динамика эффективности использования коечного фонда по медико-географическим округам Алтайского края [3]

Округ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2009, %
Средняя занятость койки в году (дней)											
Барнаульский	332,8	330,6	326,7	317,9	321,4	327,2	306,6	292,8	285,8	278,5	-16,3
сельские	321,6	315,5	302,7	299,6	318,8	319,4	302,5	289,2	290,9	257,2	-20,0
Бийский	329,6	321,1	325,3	318,9	324,4	313,2	278,5	256,6	244,4	256,8	-22,1
сельские	324,8	304,6	312,6	315,9	345,2	323,5	303,7	302,4	297,3	288,5	-11,2
Алейский	326,8	324,1	311,6	311,3	328,2	316,2	291,2	268,9	279,6	245,6	-24,8
сельские	320,3	314,5	306,6	296,2	317,3	309,0	281,6	263,7	258,4	216,7	-32,3
Заринский	321,4	307,1	299,4	287,0	296,7	296,1	285,1	265,9	260,9	270,9	-15,7
сельские	311,1	296,3	280,6	288,3	295,4	295,2	279,8	267,2	252,3	270,9	-12,9
Каменский	334,0	322,7	314,7	308,2	314,5	314,3	298,9	295,9	289,8	274,1	-17,9
сельские	327,9	305,5	300,3	304,4	328,1	324,7	300,1	295,9	289,8	274,1	-16,4
Рубцовский	330,0	326,0	334,0	326,0	331,6	323,2	293,1	275,2	260,3	262,5	-20,4
сельские	327,7	316,8	323,5	315,4	329,0	317,6	293,6	281,4	268,9	249,8	-23,8
Славгородский	325,8	3095	296,4	312,5	317,8	320,1	283,7	281,1	272,7	263,5	-19,1
сельские	323,1	302,6	296,2	318,8	329,5	314,3	280,3	281,9	266,3	253,8	-21,4
Всего по краю	333,8	328,2	328,3	325,5	329,3	328,5	307,6	295,4	288,8	288,0	-13,7
Всего по городам	336,9	336,4	333,7	321,7	319,9	322,8	295,5	276,2	267,1	273,6	-18,8
Всего по селам	323,1	310,1	306,2	308,0	326,4	317,7	295,3	287,5	281,1	261,5	-19,1

Обеспеченность койками (на 10000 населения)

Барнаульский	75,0	72,9	68,1	64,8	62,7	59,7	57,3	56,8	54,3	53,5	-28,6
---------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--------------



Округ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2009, %
сельские	75,9	71,3	61,0	51,7	48,4	47,5	45,5	43,9	38,1	37,5	-50,6
Бийский	79,0	77,7	72,5	68,7	68,3	69,1	65,9	65,2	61,8	60,9	-22,9
сельские	72,2	70,0	59,4	50,1	47,5	49,7	45,5	44,2	39,9	39,0	-45,9
Алейский	87,4	86,5	77,3	64,0	57,6	57,3	53,9	53,8	48,4	48,5	-44,5
сельские	77,1	76,2	66,9	61,1	52,4	51,5	47,5	47,1	43,1	43,8	-43,2
Заринский	75,8	75,7	68,7	64,3	55,0	53,7	51,1	51,3	46,3	46,4	-38,8
сельские	85,2	84,9	73,5	72,5	57,3	58,3	54,6	54,3	49,2	46,4	-45,5
Каменский	93,1	87,8	82,1	77,6	75,9	76,2	65,9	65,3	60,3	58,3	-37,4
сельские	77,0	67,4	57,7	62,9	57,1	58,0	51,9	65,3	60,3	58,3	-24,3
Рубцовский	73,6	72,3	69,7	66,4	64,1	63,9	59,8	59,3	56,8	55,1	-25,1
сельские	74,9	72,5	63,3	59,2	54,1	54,6	49,6	48,3	43,3	40,9	-45,4
Славгородский	82,2	79,4	73,1	66,6	63,4	63,0	59,2	57,1	53,7	53,4	-35,0
сельские	73,7	70,3	61,1	55,6	48,5	49,4	45,7	43,9	42,0	41,0	-44,4
Всего по краю	105,3	103,2	99,0	94,2	92,1	90,4	87,5	86,7	84,3	83,5	-20,7
Всего по городам	79,8	79,1	78,1	74,8	74,2	71,2	68,3	67,9	66,1	65,3	-18,2
Всего по селам	75,4	72,1	62,1	55,3	50,4	50,7	47,1	47,3	42,7	41,8	-44,6

Уровень госпитализации (на 1000 населения)

Барнаульский	232,1	228,8	219,2	207,4	211,0	213,7	185,2	181,6	171,8	162,3	-30,1
сельские	227,4	215,5	197,1	172,9	171,7	169,2	151,0	141,3	124,3	106,0	-53,4
Бийский	257,2	249,3	235,1	228,0	233,5	229,1	190,8	181,5	165,6	154,4	-40,0
сельские	228,9	209,2	194,4	175,5	178,8	175,7	150,7	149,4	141,1	132,4	-42,2
Алейский	257,9	246,6	233,3	216,4	204,7	191,9	169,4	159,5	148,1	128,2	-50,3
сельские	212,7	197,3	193,1	193,7	185,0	173,6	150,0	143,0	129,3	109,0	-48,6
Заринский	200,1	191,9	188,2	175,2	163,9	159,3	136,2	136,9	121,7	107,5	-46,3
сельские	198,2	189,8	177,1	178,4	171,0	162,9	142,1	136,0	109,7	107,5	-45,8
Каменский	285,1	271,1	257,7	240,8	237,8	240,3	198,4	191,0	176,4	152,4	-46,5
сельские	229,9	210,5	192,0	211,3	205,3	204,4	173,6	191,0	176,4	152,4	-33,7
Рубцовский	248,0	242,1	238,9	231,0	227,5	223,8	190,0	183,1	168,2	151,3	-39,0
сельские	237,3	226,0	208,0	194,5	186,7	183,4	155,5	148,0	132,3	105,1	-55,7
Славгородский	253,8	236,5	225,5	219,8	211,1	209,5	167,6	166,7	152,1	136,6	-46,2
сельские	229,4	209,3	194,8	194,0	177,1	172,4	137,4	138,3	124,9	109,3	-52,4
Всего по краю	286,2	281,0	271,1	263,6	266,2	266,8	232,8	228,5	218,6	206,6	-27,8
Всего по городам	258,1	258,6	252,3	240,5	244,2	245,1	207,3	202,6	191,7	183,6	-28,9
Всего по селам	227,2	212,2	196,6	184,1	179,2	175,4	150,5	148,2	133,6	115,2	-49,3

Летальность, %

Округ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Барнаульский	1,1	1,1	1,3	1,4	1,3	1,3	1,5	1,6	1,8	2,0
сельские	0,9	1,1	1,3	1,4	1,7	1,6	1,8	1,9	2,1	2,4
Бийский	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0	1,1	1,4	1,6	1,7	2,0
сельские	0,8	0,9	0,9	1,1	1,0	1,1	1,4	1,4	1,5	1,7
Алейский	0,9	0,8	0,9	1,0	1,0	1,2	1,3	1,6	1,5	1,6
сельские	0,8	0,9	0,8	1,1	1,2	1,3	1,4	1,8	1,6	1,8
Заринский	1,0	1,2	1,3	1,5	1,4	1,5	1,7	1,9	2,2	2,8
сельские	0,7	1,0	0,9	1,3	1,2	1,4	1,6	1,8	2,1	2,8
Каменский	1,0	1,0	1,0	1,1	1,0	1,1	1,4	1,4	1,4	1,8
сельские	0,7	0,7	0,6	1,0	0,8	0,9	1,2	1,4	1,4	1,8
Рубцовский	1,0	1,1	1,2	1,3	1,2	1,4	1,4	1,6	2,0	2,3
сельские	0,8	0,9	1,1	1,1	1,1	1,2	1,5	1,5	1,8	2,1
Славгородский	0,7	0,8	0,9	0,9	1,1	1,2	1,3	1,4	1,6	1,8
сельские	0,7	0,7	0,9	0,9	1,1	1,3	1,4	1,4	1,6	1,7
Всего по краю	1,0	1,0	1,1	1,2	1,2	1,2	1,4	1,5	1,6	1,8



Округ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Всего по городам	1,1	1,2	1,2	1,3	1,2	1,2	1,4	1,6	1,8	2,1
Всего по селам	0,8	0,9	1,0	1,2	1,2	1,3	1,5	1,6	1,8	2,1

Средняя занятость койки (среднее число дней работы в году) является одним из важнейших показателей деятельности и характеризует интенсивность использования коечного фонда стационара. Значения среднегодовой занятости койки в МГО Алтайского края незначительно различаются, но они существенно ниже целевых показателей. В то же время рекомендованный норматив занятости койки составляет 330-340 дней в году для городских стационаров и 310-330 дней для сельских.

За период 2009-2018гг. средняя занятость койки снизилась на 13,7%, из них на селе — на 19,1% и в городе — на 18,8%. Основной причиной низкого значения средней занятости койки в году является простой койки, то есть число дней неиспользования койки от момента выписки пациента до поступления следующего. Высокое значение данного показателя приводит к финансовым потерям, и свидетельствует о неправильном формировании коечного фонда, так как при планировании необходимо учитывать статистические данные и прогнозировать будущие потребности стационара. Увеличение среднего времени простоя койки определят необходимость изучения причин данной тенденции и возможного перепрофилирования или сокращения коечного фонда. Снижение простоя койки — один из резервов повышения эффективности использования коечного фонда.

Простой коеч и их неполное использование не только сокращают объем оказываемой стационарной помощи, но и приводят к определенным экономическим потерям, которые составляют не менее двух третей стоимости содержания полноценно используемых коеч, и неизбежно увеличивают стоимость лечения (койко-дня и госпитализации одного больного). Поэтому проблема более эффективного использования коечного фонда является одной из важнейших при организации медицинской помощи надлежащего качества в условиях ограниченного финансирования лечебно-профилактических учреждений. В целях повышения эффективности деятельности больничных учреждений необходимо ежегодно проводить оценку функционирования круглосуточных профильных коеч стационара на основе сравнительного анализа плановых и фактических показателей использования коеч. В качестве главного итогового показателя может быть использовано число госпитализированных больных.

При сокращении коечного фонда возрастают сроки ожидания плановой госпитализации. Одновременно с сокращением мощностей коечного фонда снизились и объемы круглосуточной стационарной помощи, особенно в сельских территориях. Так, уровень госпитализации за 10 лет в целом по краю снизился на 27,8%, по сельским территориям — на 44,6%. В Алтайском крае наблюдается снижение обеспеченности населения больничными койками в целом за 10 лет на 20,7%, из них на селе — на 44,6%. Наименьшие показатели



обеспеченностями койками в Алейском, Заринском, Каменском и Славгородском МГО.

Долгое время в РФ существовало сведение доступности и качества медицинской помощи населению к обеспеченности койками. Так, в РФ в 1994г. обеспеченность стационарными койками составляла 118,6 на 10 тыс. населения при показателе общей смертности 15,7 на 1 тыс. населения, а в 2018г. — обеспеченность стационарными койками составила 71,1 на 10 тыс. населения при смертности 12,4 на 1 тыс. населения. Текущая обеспеченность больничными койками населения России соответствует показателю в РСФСР 1960г. (82,2 на 10 тыс. населения при смертности 7,4 на 1 тыс. населения). При этом наша страна остается в числе стран-лидеров в мире по числу коек на душу населения.

Сегодня в РФ отмечается тенденция к росту больничной летальности. Оценка показателя представляет трудности, так как нет и быть не может каких-либо нормативов летальности. Летальность зависит от состава больных в отделении, возраста, пола, тяжести заболевания, своевременности госпитализации, от предыдущего амбулаторного лечения и др.

В 2003г. смертность в больницах РФ составляла 1,3%, в 2018г. — 1,8%. По Алтайскому краю рост госпитальной летальности за последние 10 лет значительно вырос — на 80%. «Лидерами» являются Заринский МГО — в 2,8 раза, Рубцовский МГО — 2,3 раза. Объяснением может служить то, что рост больничной летальности наблюдается на фоне снижения показателя смертности населения за данный период — с 16,4 до 14,0 на 1000 населения (снижение на 14,6%). А рост смертности в стационарах объясняется повышением возможности проведения оперативных вмешательств у пациентов с тяжелым течением болезни и в старших возрастных группах, которых несколько лет назад считали неоперабельными. Определенный «вклад» в повышение больничной летальности вносит и развитие паллиативной помощи (самым тяжелым больным), когда госпитализируются пациенты с тяжелой патологией в терминальных (предсмертных) стадиях. Также возможная причина роста смертности — сокращение мест в больницах, приводящее к несвоевременной госпитализации.

Оптимизацию объема медицинской помощи в стационарных условиях с одновременным увеличением стоимости единицы объема предполагается осуществлять за счет более эффективного использования коечного фонда (оптимизация структуры коечного фонда, интенсификация занятости койки с учетом ее профиля). При этом важно не сокращение коек круглосуточного пребывания, а оптимизация коечной сети, обеспечивающая максимальную доступность и качество специализированной медицинской помощи населению, в том числе в сельских населенных пунктах.



Таблица 9.
Динамика развития стационарно замещающей помощи по медико-географическим округам Алтайского края [3]

Округ	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Общее число мест дневного стационара									
Барнаульский	1015	1904	1260	1185	1217	1263	1345	1407	1369
сельские	548	669	682	615	644	688	712	726	720
Бийский	373	395	459	475	487	487	507	549	547
сельские	264	296	341	344	356	358	354	371	371
Алейский	66	94	146	163	176	179	179	181	181
сельские	63	81	121	123	136	139	139	141	141
Заринский	101	116	98	106	128	123	127	132	145
сельские	76	66	63	61	73	73	90	90	93
Каменский	113	150	138	137	140	150	160	181	181
сельские	73	110	88	82	85	95	100	181	181
Рубцовский	433	469	498	472	472	474	478	522	525
сельские	277	362	378	345	350	352	356	370	373
Славгородский	175	226	278	274	296	291	305	338	338
сельские	160	211	258	244	271	266	270	288	288
Всего по краю	3097	4195	3741	3677	3789	3927	4118	4465	4452
Всего по городам	815	1559	946	998	1007	1006	1090	1143	1119
Всего по селам	1461	1795	1931	1814	1915	1971	2021	2167	2167
Средняя занятость места в году в дневных стационарах									
Барнаульский	465,0	286,0	376,8	398,7	384,0	391,0	349,9	342,0	320,5
сельские	412,3	394,5	351,0	365,0	364,9	379,2	345,3	319,3	300,6
Бийский	383,8	432,3	405,3	401,1	407,9	419,1	351,2	332,3	318,0
сельские	326,8	323,6	320,8	329,3	343,0	368,6	375,5	332,2	319,9
Алейский	476,3	392,0	324,6	305,9	317,5	342,0	337,2	317,2	306,1
сельские	418,1	407,2	336,0	275,5	306,2	356,6	339,6	321,8	310,9
Заринский	328,5	338,9	370,1	299,8	271,6	288,5	321,3	323,8	293,9
сельские	235,3	341,4	455,5	306,5	288,0	334,5	309,1	311,2	300,0
Каменский	331,9	372,6	307,2	317,3	356,2	352,1	375,6	327,9	303,2
сельские	333,9	346,8	276,9	307,4	360,7	362,3	396,0	327,9	303,2
Рубцовский	339,8	436,9	369,0	361,5	372,7	378,8	362,0	322,2	309,5
сельские	355,6	424,1	343,2	324,9	330,3	345,8	335,8	319,0	315,5
Славгородский	378,7	424,1	314,2	333,1	312,4	336,8	316,3	306,7	300,0
сельские	376,1	428,7	314,0	337,6	318,8	336,2	318,3	311,1	293,2
Всего по краю	399,9	347,2	365,6	379,4	370,7	377,5	349,5	333,9	322,1
Всего по городам	472,7	288,4	422,0	433,8	415,3	408,5	352,3	346,8	324,0
Всего по селам	370,2	388,3	336,5	336,5	340,4	361,3	345,8	321,2	306,4

В период реализации программы модернизации в крае был взят курс на развитие сети дневных стационаров, разворачиваемых на базе врачебных амбулаторий и участковых больниц. Объемы оказанной в данных условиях медицинской помощи постепенно росли и замещали часть объемов помощи круглосуточных стационаров. Отдаленность проживания сельского населения, ограниченная транспортная доступность, кадровый дефицит врачей не позволяет более интенсивно использовать дневные стационары при амбулаторно-поликлинических учреждениях в сельской местности.

Сокращение числа больничных коек связано с тем, что в связи с развитием технологий многим пациентам помочь может эффективно оказываться амбулаторно, без размещения в стационаре. Современные подходы к лечению пациентов, развитие фармацевтической промышленности, технологий



позволяют сегодня амбулаторно оказывать пациенту ту помощь, которая ранее требовала длительного стационарного лечения. Внедрение таких технологий в практику неизбежно приводит к естественному высвобождению стационарных коек. Сейчас ведется работа по снижению неэффективных мощностей, прежде всего, избыточных, нерационально работающих круглосуточных коек стационаров. При этом объем медицинской помощи не сокращается, а напротив, — увеличивается и перераспределяется в первичное звено здравоохранения, что позволяет сохранить качество медицинской помощи при сокращении неэффективных затрат и сохранении ресурсов, в том числе за счет развития стационарозамещающих технологий.

Программой государственных гарантий оказания медицинской помощи предусматривается уменьшение почти на 20% объема стационарной помощи за счет развития стационарозамещающих форм, а также планируется рост доли расходов государства на первичную медико-санитарную помощь [5].

За счет того, что режим работы дневного стационара, как правило, строится в две смены, а лечение в нем является значительно менее затратным, чем в стационаре круглосуточного пребывания, достигается увеличение числа пролеченных пациентов и сокращение круглосуточного коекного фонда. Важным аспектом современной системы здравоохранения является определение того, насколько эффективна с медицинской, социальной и экономической точек зрения деятельность медицинской организации или ее подразделения, в данном случае дневного стационара.

Таблица 10.
Нормативы объемов медицинской помощи
(в расчете на 1 человека в год) [6]

	койко-дней, пациенто-дней					случаев госпитализации				
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Круглосуточный стационар	2,812	2,78	2,604	2,493	2,476	0,213	0,199	0,1822	0,1809	0,1725
Дневной стационар	0,577	0,59	0,59	0,595	0,620	0,692	0,06	0,06	0,06	0,0602

Плановый показатель объемов медицинской помощи в условиях круглосуточного и дневного стационаров в территориальной программе формировался с учетом высокой потребности населения края в медицинской помощи, оказываемой в условиях круглосуточных стационаров, уровня заболеваемости и ограниченной возможности использования дневных стационаров для жителей села [7].

Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи на территории Алтайского края установлены основные приоритеты структурных преобразований системы оказания медицинской помощи населению: оптимизация объема медицинской помощи, оказываемой в стационарных условиях; увеличение объема медицинской помощи в условиях дневных стационаров и стационаров на дому, а также медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в неотложной форме; работы службы скорой медицинской помощи. Отмечается тенденция к дальнейшему



сокращению объемов стационарной медицинской помощи, а по стационарозамещающим технологиям (дневные стационары) — рост объемов.

Выводы

Система здравоохранения Алтайского края сформировалась под влиянием ряда региональных административно-территориальных особенностей, которые обуславливают необходимость содержания большой сети сельских медицинских учреждений и их подразделений, оказывающих преимущественно первичную медико-санитарную помощь. Содержание и развитие столь разветвленной сети сельских медицинских организаций в экономическом аспекте достаточно затратно, но объективно необходимо в социальном плане. К региональным особенностям следует отнести более высокий (в 1,5 раза), чем в РФ и СФО уровень заболеваемости населения края.

Данные обстоятельства привели к тому, что значительная доля материальных, кадровых и финансовых ресурсов сельских медицинских организаций направлялись на оказание медицинской помощи в стационарах с круглосуточным пребыванием пациентов, в связи с чем фактические объемы данного вида медицинской помощи существенно превышали расчетные и тем более федеральные нормативы.

Структурная неэффективность системы здравоохранения Алтайского края проявлялась в недостаточном развитии дневных стационаров.

Дисбаланс по видам оказываемой медицинской помощи и несоответствие структуры сети медицинских организаций края федеральным нормативам обуславливает, в определенной степени, проблему доступности специализированной помощи для жителей села.

В настоящее время одной из приоритетных задач, стоящих перед государством, является оптимизация расходования бюджетных средств. Первичная медико-санитарная помощь, будучи наиболее доступной, экономически и социально ориентированной, является центральным звеном здравоохранения. Стационарозамещающие технологии обеспечивают эффективное использование коечного фонда, сокращение уровня необоснованной госпитализации, а также являются резервом экономии ресурсов. В первичном звене здравоохранения стационарозамещающие технологии позволяют медицинским организациям повысить эффективность работы и качество оказываемой медицинской помощи. Необходимо отметить, что дневные стационары — прогрессивная форма медицинского обслуживания пациентов.

Поскольку стационарная помощь является самым дорогостоящим видом помощи, то получающее все большее распространение стационарозамещение там, где это возможно без потери качества лечения, является экономически целесообразным и также уменьшает нагрузку на стационарное звено. Этим и объясняются процессы оптимизации коечного фонда, сопровождающиеся устойчивым уменьшением количества коек.



Медицина не стоит на месте — появляются современные лекарственные средства, улучшается качество медицинской техники и оборудования, которые позволяют достигать точного результата в диагностике и ускорять процесс лечения. Вследствие этого и происходит сокращение длительности лечения, что высвобождает резерв для интенсификации использования коечного фонда.

Безусловно, конкретные механизмы оптимизации здравоохранения — разные в городах и селах, в разных регионах страны. Они определяются потребностями жителей, особенностями климата, состоянием дорог, расстояниями между населенными пунктами. Но закономерности оптимизации едины в основе — создание трехуровневой системы позволяет каждому гражданину независимо от места проживания обеспечить своевременное оказание необходимой медицинской помощи: на первом уровне — максимально близко к дому (профилактика и лечение наиболее распространенных заболеваний); на втором уровне — в межрайонных и межмуниципальных центрах (комплексное современное лечение при острых жизнеугрожающих заболеваниях и состояниях (инфаркты миокарда, инсульты, тяжелые травмы, отравления и др.)); на третьем уровне — в региональных центрах (плановая высококвалифицированная и высокотехнологичная специализированная медицинская помощь (нейрохирургическая, сердечно-сосудистая и проч.).

Список литературы

1. Госкомстат. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/zdravo15.rar>
Статистический сборник «Здравоохранение в России», выпуски 2013-2018 гг. // <https://www.rosminzdrav.ru>
Статистический сборник «Сельское здравоохранение России» выпуски 2013-2017 гг. // <https://www.rosminzdrav.ru>
2. Основные показатели здравоохранения в Алтайском крае / Федеральная служба статистики по Алтайскому краю. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://akstat.gks.ru/storage/mediabank/ОСНОВНЫЕ%20ПОКАЗАТЕЛИ%20ЗДРАВООХРАНЕНИЯ%20В%20АЛТАЙСКОМ%20КРАЕ.htm>
Статистический сборник «Состояние здоровья и деятельность здравоохранения Алтайского края» выпуски 2013-2018 гг. // Официальное издание, г. Барнаул.
3. Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения в Алтайском крае // Постановление Администрации Алтайского края от 01.10.2014 №445
4. Сергеева Н.М. Об организационно-экономических причинах сокращения величины коечного фонда в России / ИННОВ: электронный научный журнал №6 (39), 2018. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35203292>
5. Федоткина С.А., Карайланов М.Г., Русев И.Т. Рациональное использование стационарозамещающих технологий и форм оказания медицинской помощи / Вестник Санкт-Петербургского университета, 2017, Т.12. Вып.2 [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://vestnik.spbu.ru/html17/s11/s11v2/07.pdf>
6. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи Алтайского края Постановления Администрации Алтайского края 2009-2017 гг. // <https://base.garant.ru>



7. Рубцова Р.В. Современное состояние системы здравоохранения ХМАО в условиях перехода на эффективный контракт / Международный научно-исследовательский журнал, 2015, №6-3 (37), с.99-101

References

1. Goskomstat. [Elektronnyj resurs] Rezhim dostupa: <https://www.gks.ru/storage/mediabank/zdravo15.rar>
- Statisticheskij sbornik «Zdravooхранение в России», vypuski 2013-2018 gg. // <https://www.rosminzdrav.ru>
- Statisticheskij sbornik «Sel'skoe zdravooхранение России» vypuski 2013-2017 gg. // <https://www.rosminzdrav.ru>
2. Osnovnye pokazateli zdravooхранения в Алтайском крае / Federal'naya sluzhba statistiki po Altajskomu krayu. [Elektronnyj resurs] Rezhim dostupa: https://akstat.gks.ru/storage/mediabank/OSNOVNYE%20POKAZATELI%20ZDRAVOOHOHRA_NENIYA%20V%20ALTAJSKOM%20KRAE.htm
- Statisticheskij sbornik «Sostoyanie zdorov'ya i deyatel'nost' zdravooхранения Altajskogo kraja» vypuski 2013-2018 gg. // Oficial'noe izdanie, g. Barnaul.
3. Izmeneniya v otrazlyah social'noj sfery, napravленные на повышение эффективности здравоохранения в Алтайском крае // Postanovlenie Administracii Altajskogo kraja ot 01.10.2014 №445
4. Sergeeva N.M. Ob organizacionno-ekonomiceskikh prichinah sokrashcheniya velichiny koechnogo fonda v Rossii / INNOV: elektronnyj nauchnyj zhurnal №6 (39), 2018. [Elektronnyj resurs] Rezhim dostupa: <https://elibrary.ru/item.asp?id=35203292>
5. Fedotkina S.A., Karajlanov M.G., Rusev I.T. Racional'noe ispol'zovanie stacionarozameshchayushchih tekhnologij i form okazaniya medicinskoj pomoshchi / Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta, 2017, T.12. Vyp.2 [Elektronnyj resurs] Rezhim dostupa: <http://vestnik.spbu.ru/html17/s11/s11v2/07.pdf>
6. Territorial'naya programma gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya medicinskoj pomoshchi Altajskogo kraja Postanovleniya Administracii Altajskogo kraja 2009-2017 gg. // <https://base.garant.ru>
7. Rubcova R.V. Sovremennoe sostoyanie sistemy zdravooхранения HMAO v usloviyah perekhoda na effektivnyj kontrakt / Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal, 2015, №6-3 (37), s.99-101