

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЖИТЕЛЯМ КРУПНОГО ГОРОДА

Надежда Владимировна ГАПИЕНКО¹, Александр Леонидович ЗАИГРАЕВ²,
Ирина Юрьевна БЕДОРЕВА³

¹ГБУЗ НСО Государственная Новосибирская областная клиническая больница
630087, г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 130

²Главное управление здравоохранением мэрии г. Новосибирска
630099, г. Новосибирск, Красный пр., 34

³ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздравсоцразвития РФ
630091, г. Новосибирск, Красный пр., 52

На основе рассчитанных территориальных нормативов по профилям с учетом численности, возрастного состава, заболеваемости населения районов города авторами разработана организационная модель оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи жителям крупного города. Разработанная модель учитывает расположение, материально-техническое оснащение, наличие медицинского персонала, количество населения, получающего медицинскую помощь, в каждом амбулаторно-поликлиническом учреждении города. Внедрение модели в практическую работу здравоохранения города способствует повышению доступности стационарозамещающих видов медицинской помощи для жителей всех районов города, а в условиях сокращения коечного фонда является оптимальной формой организации лечебного процесса для пациентов, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении медицинского персонала.

Ключевые слова: стационарозамещающие виды медицинской помощи, дневные стационары.

Опыт отечественного и зарубежного здравоохранения свидетельствует о том, что создание теории организации здравоохранения, базирующейся на объективных законах развития социальных систем в условиях рыночной экономики с учетом философии движения от простого к сложному, является наиболее актуальной проблемой [1, 2].

За многие годы так и не сформировалась стройная система оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи, которая обеспечивала бы одинаковую доступность всех ее форм (дневных стационаров, стационаров на дому) для населения независимо от места проживания и мощности амбулаторно-поликлинического учреждения, за которым оно закреплено [3–5].

Еще одним фактором, актуализирующим развитие стационарозамещающих технологий, является перспектива дальнейшего перехода к финансированию здравоохранения по подуше-

вому нормативу и наделению амбулаторно-поликлинических учреждений функцией полного фондодержания.

Приведенные выше обстоятельства послужили поводом для проведения работы по разработке мер, направленных на совершенствование системы организации стационарозамещающих видов медицинской помощи в Новосибирске, городе с населением около 1 400 000 человек.

В информационном письме Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.12.2010 № 20-2/10/2-12028 «О формировании и экономическом обосновании территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2011 год» приведены рекомендуемые объемы для расчета территориального норматива пациенто-дней лечения в дневных стационарах всех типов в год на 1000 жителей по специальностям (табл. 1).

Гапиенко Н.В. – зам. начальника организационно-методической службы; аспирант кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей, e-mail: gapienko_nv@mail.ru

Заиграев А.Л. – начальник отдела организации медицинской помощи населению

Бедорева И.Ю. – д.м.н., проф. кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей

Таблица 1

**Рекомендуемые объемы для расчета
территориального норматива пациенто-дней
лечения в дневных стационарах всех типов
в год на 1000 жителей по специальностям**

Профиль коек	Число пациенто-дней на 1000 жителей		
	Всего	В том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	6,7	5,7	1
Педиатрия	175,6	–	175,6
Терапия	140,7	140,7	–
Эндокринология	1,7	1,3	0,4
Аллергология	1,6	0,2	1,4
Неврология	46	29,4	16,6
Инфекционные болезни	5	1,3	3,7
Хирургия	28,3	20,3	8
Урология	2,2	1,9	0,3
Стоматология	0,6	0,4	0,2
Акушерство и гинекология	44,9	42	2,9
Оториноларингология	10,2	4,3	5,9
Офтальмология	8,2	4,1	4,1
Дерматология	18,3	12	6,3
Психиатрия	64	35,3	28,7
Наркология	7,2	7,2	–
Фтизиатрия	26,8	21,8	5
Венерология	2	0,9	1,1
ВСЕГО	590	328,8	261,2

Однако следует учитывать, что в приведенных нормативах принято следующее соотношение детей (в возрасте от нуля до семнадцати лет включительно) и взрослых: 22 и 78 % соответственно.

Рекомендуемые федеральным министерством нормативы объема медицинской помощи в расчете на 1000 жителей, прежде всего, необходимо корректировать с помощью поправочных коэффициентов, учитывающих особенности демографического состава населения субъекта Российской Федерации. Авторами были рассчитаны поправочные коэффициенты путем деления удельного веса (в процентах или долях единицы) численности детей и взрослых в структуре населения г. Новосибирска на соответствующие показатели по Российской Федерации.

В г. Новосибирске по данным Новосибирской облстата на 01.01.2010 проживает 1 409 137 человек, в том числе 1 186 227 взрослых (84 %) и 222 910 детей (16 %). Таким образом, поправочные коэффициенты для Новосибирска со-

ставляют 1,08 для взрослых (84/78) и 0,73 для детей (16/22). Нормативы количества пациенто-дней на 1000 населения, рассчитанные с учетом возрастного состава населения г. Новосибирска (с применением коэффициентов), представлены в табл. 2. Путем умножения количества жителей г. Новосибирска (взрослых и детей) на рассчитанный территориальный норматив числа пациенто-дней на 1000 жителей мы рассчитали нормативное (требуемое) количество пациенто-дней для г. Новосибирска в год по профилям (см. табл. 2). Данные по психиатрическому, наркологическому, фтизиатрическому и венерологическому профилям не учитывались, так как соответствующие службы были переданы в подчинение субъекта Федерации.

Учитывая, что функция койки дневного пребывания при работе в 1 смену (исходя из норматива по РФ) составляет 240 дней, мы произвели расчет требуемого количества коек дневного пребывания по профилям для жителей города (табл. 3). При этом при работе койки в 2 или 3 смены нормативное количество пациенто-дней можно обеспечить, используя меньшую численность коек.

По итогам расчетов выявлено, что всего для жителей г. Новосибирска требуется 2634 койки дневного пребывания. Их значительную часть (62,3 %) составляют койки общего профиля: терапевтические (33,8 % от общего количества) и педиатрические (28,5 % от общего количества). Койки общего профиля целесообразно разместить в структуре амбулаторно-поликлинических учреждений в соответствии с количеством прикрепленного населения и наличием терапевтических и педиатрических участков. При учреждениях, имеющих в своем составе помещения для размещения палат и коек дневного пребывания, целесообразно организовать дневные стационары, в остальных – стационары на дому.

Путем анализа материально-технической базы учреждений, наличия медицинского персонала авторами была разработана организационная модель оказания стационарозамещающих видов медицинской помощи (см. рисунок), включающая мощность, структуру по профилям коек и сменность работы дневных стационаров при амбулаторно-поликлинических учреждениях г. Новосибирска и поликлинических отделениях больниц по учреждениям. Модель предполагает общий прирост мощности и объема стационарозамещающих видов медицинской помощи в городе в размере 662 коек (в 2009 г. – 697 коек дневного пребывания, по модели – 1359 коек), с учетом увеличения

Таблица 2

Территориальные нормативы количества пациенто-дней на 1000 населения, рассчитанные с применением коэффициентов, отражающих возрастной состав населения г. Новосибирска

Профиль коек	Число пациенто-дней (дневного пребывания) на 1000 жителей			Нормативное (необходимое) число пациенто-дней (дневного пребывания) на 1000 жителей		
	Всего	В том числе для		Всего	В том числе для	
		взрослых	детей		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	6,9	6,1	0,7	9675	8650	1025
Педиатрия	127,7		127,7	179 960	0	179 960
Терапия	151,5	151,5		213 517	213 517	0
Эндокринология	1,7	1,4	0,3	2383	1973	410
Аллергология	1,2	0,2	1,0	1738	304	1435
Неврология	43,7	31,7	12,1	61 628	44 615	17 012
Инфекционные болезни	4,1	1,4	2,7	5765	1973	3792
Хирургия	27,7	21,9	5,8	39 005	30 806	8199
Урология	2,3	2,0	0,2	3191	2883	307
Стоматология	0,6	0,4	0,1	812	607	205
Акушерство и гинекология	47,3	45,2	2,1	66 708	63 736	2972
Оториноларингология	8,9	4,6	4,3	12 572	6525	6046
Офтальмология	7,4	4,4	3,0	10 424	6222	4202
Дерматология	17,5	12,9	4,6	24 667	18 210	6456
ВСЕГО				766 649	498 965	267 685

сменности работы общий прирост составит 694 пациенто-места в городских поликлиниках (в основном, за счет стационаров на дому), 375 – в больничных учреждениях (стационары дневного пребывания и стационары на дому). Общий прирост объемных показателей за год – 256 560 пациенто-дней $((694 + 375) \times 240)$, в территориальных поликлиниках – 162 435 пациенто-дней, в больничных учреждениях в создаваемых дневных стационарах – 94 125 пациенто-дней.

Общий прирост числа больных, пролеченных в дневных стационарах (при средней продолжительности лечения около 10 дней), увеличивается на 18 000 человек (в 2009 г. пролечено 32 594 человека, расчет на 2011 г. – 58 250 человек).

Следует отметить, что предусмотренное авторами число пациенто-мест в стационарах на дому (760 пациенто-мест) меньше числа территориальных участков в поликлиниках (974 участка), т. е. условная обеспеченность составляет 78 %. По итогам 1-го полугодия 2010 г. в г. Новосибирске укомплектованность врачами-терапевтами участковыми составила 84 %, врачами-педиатрами участковыми – 92 %. Это означает, что у каждого участкового врача в течение года в стационаре на дому может быть не более одного пациента, что не увеличивает значительно его нагрузку.

Кроме того, предусмотренные в условиях стационаров на дому дополнительные организационные ресурсы позволяют сделать доступной медицинскую помощь для наиболее нужда-

Таблица 3

Необходимое количество коек дневного пребывания для жителей г. Новосибирска по профилям

Профиль коек	Число коек (дневного пребывания) на 1000 жителей		
	Всего	В том числе для	
		взрослых	детей
Кардиология и ревматология	40	36	4
Педиатрия	750	0	750
Терапия	890	890	0
Эндокринология	10	8	2
Аллергология	7	1	6
Неврология	257	186	71
Инфекционные болезни	24	8	16
Хирургия	163	128	34
Урология	13	12	1
Стоматология	3	3	1
Акушерство и гинекология	278	266	12
Оториноларингология	52	27	25
Офтальмология	43	26	18
Дерматология	103	76	27
ВСЕГО	2634	1667	967

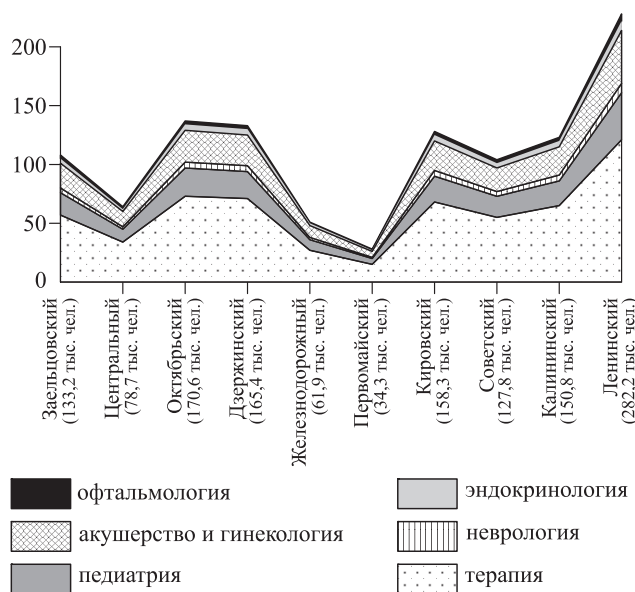


Рис. Разработанная структура коечного фонда стационароразмещающих видов медицинской помощи жителям г. Новосибирска по районам города и профилям в соответствии с численностью жителей

ющихся контингентов: инвалидов и лиц с ограниченными возможностями к передвижению, больных с неизлечимыми хроническими заболеваниями, детей и т. д. Поликлиники смогут приобретать за счет средств обязательного медицинского страхования лекарственные препараты и изделия медицинского назначения, проводить расширенные курсы лечения, в том числе в ситуациях, когда больные оформляют документы на социальные льготы или временно отсутствуют нужные лекарственные препараты по льготным рецептам.

Следует отметить, что структура разработанной модели не имеет строгого соответствия профилям федеральных нормативов. Так, отсутствуют кардиологический, аллергологический, инфекционный, урологический, стоматологический, отоларингологический, дерматологический профили. Данное обстоятельство связано, прежде всего, с отсутствием в настоящее время в муниципальных учреждениях здравоохранения города материально-технических и кадровых ресурсов для организации коек соответствующего профиля. Дополнительную организацию коек дневного пребывания следует предусмотреть при дальнейшем развитии стационароразмещающих видов медицинской помощи в городе и подготовке соответствующих специалистов.

Основную часть коечного фонда дневного пребывания (81,2 %) авторы представили койками терапевтического (303 койки дневного

стационара и 535 коек стационара на дому) и педиатрического профилей (40 коек дневного стационара и 225 стационара на дому).

При разбивке на профили мы основывались на данных заболеваемости, занимающих лидирующие позиции в структуре заболеваемости жителей г. Новосибирска. Так, по итогам 2009 г. первое ранговое место в общей заболеваемости жителей г. Новосибирска составили болезни органов дыхания (467,9 случаев на 1000 населения), второе – болезни системы кровообращения (239,4 случаев на 1000 населения), третье – болезни костно-мышечной системы (134,6 случаев на 1000 населения). Традиционно пациенты с указанными классами заболеваний получают лечение в амбулаторных условиях у врача-терапевта, врача-педиатра. Кроме того, учитывая высокую заболеваемость органов пищеварения среди жителей г. Новосибирска (93,0 случаев на 1000 населения в 2009 г.) и наличие в структуре муниципальных учреждений здравоохранения города специализированной больницы для оказания лечебно-диагностической помощи пациентам гастроэнтерологического профиля, осуществляющей диспансерное наблюдение за больными с тяжелыми формами гастропатологий, дополнительно среди профилей в модели выделены гастроэнтерологические койки дневного пребывания (на базе поликлинического отделения МУЗ Городская клиническая больница № 7).

Предложенная по итогам настоящего исследования модель организации оказания стационароразмещающих видов медицинской помощи утверждена и внедрена в работу муниципальных учреждений здравоохранения приказом Главного управления здравоохранения мэрии г. Новосибирска в 2010 г. Ее внедрение способствует повышению доступности стационароразмещающих видов медицинской помощи для жителей всех районов города, а в условиях сокращения коечного фонда является оптимальной формой организации лечебного процесса для пациентов, не нуждающихся в круглосуточном наблюдении медицинского персонала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Щепин О.П., Какорин Е.П., Флек В.О. Эффективность использования стационароразмещающих технологий в системе здравоохранения. М.: МЦФЭР, 2006. 416с.

Shchepin O.P., Kakorin E.P., Flek V.O. The effectiveness of the use of hospital replacing technologies in the health care system. M.: MZFER, 2006. 416 p.

2. Накатис Я.А., Ельсиновский В.И., Жируев М.С. Размышления о перспективах развития амбулаторной хирургии мегаполиса // Амбулаторная хирургия. 2005. (2). 47–49.

Nakatis I.A., El'sinovskiy V.I., Zhiruev M.S. Reflections on the prospects for the development of ambulatory surgery metropolis // *Ambulatornaya khirurgiya*. 2005. (2). 47–49.

3. Мелянченко Н.Б. Реструктуризация лечебной сети // Здоровоохранение России. Новая концепция организации и развития. СПб.: Медицинская пресса. 2001. 114–115.

Melyanchenko N.B. Restructuring of the health system // *Health of Russia. The new concept of organization and development*. Spb.: Medikal press, 2001. 114–S115.

4. Концепция развития здравоохранения РФ до 2020 года (первая версия) / Комиссия Министерства здравоохранения и социального развития РФ по разработке Концепции развития здравоохранения до 2020 г. М., 2008. 168 с.

The concept of development of health of the RF up to 2020 the first version) / Commission of the Ministry of health and social development of the RF on the development of the Concept of development of public health until 2020. M., 2008. 168 p.

5. Олейников П.Н. Проблемы организации стационаров кратковременного пребывания поликлиник // Амбулаторная хирургия. 2002. (4). 14–16.

Oleinikov P.N. The problems of the hospitals of short-period staying clinics // *Ambulatornaya khirurgiya*. 2002. (4). 14–16.

ORGANIZATION MODEL OF HOSPITAL REPLACING TECHNOLOGIES IN MEDICAL AID RENDERING FOR PEOPLE OF MEGAPOLIS

Nadezhda Vladimirovna GAPIENKO¹, Aleksandr Leonidovich ZAIGRAEV²,
Irina Yuryevna BEDOREVA³

¹*State Novosibirsk District Clinical Hospital
630087, Novosibirsk, Nemirovich-Danchenko str., 130*

²*Mayor Department of Health Service of Novosibirsk
630099, Novosibirsk, Krasnyi av., 34*

³*State Novosibirsk Medical University
630099, Novosibirsk, Krasnyi av., 54*

The model of medical aid rendering for patients based on hospital replacing technologies in mega polis has been created by the authors of the paper in terms of territorial normative units on the ground of calculation of patient number groups considering morbidity, age and disease case throughout the suburbs. The created model includes the following items: material and technical equipment, hospital staff, number of patients receiving medical treatment in each ambulant hospital unit of mega polis. The implementation and application of the model to the practical work of the city public health service contributes to the availability of hospital replacing technologies of medical aid for the residents of all districts of the city, and in the conditions of reduction of hospital beds is the optimal form of the organization of medical process for the patients without need for full-time surveillance of medical staff.

Key words: hospital replacing technologies, day-time hospital.

Gapienko N.V. – deputy head of organizing-methodical service; postgraduate student of the chair for public health service organizing of the faculty of upgrade courses and professional retraining of medical staff,
e-mail: gapienko_nv@mail.ru

Zaigraev A.L. – the chief of the organization and medical help rendering office

Bedoreva I.Yu. – doctor of medical sciences, professor of the chair for public health service organizing of the faculty of upgrade courses and professional retraining of medical staff