

Г.Э. Улумбекова



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА

ОБ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КОЕЧНЫМ ФОНДОМ В РФ В СРЕДНЕМ, МОСКВЕ, СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ

И ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Г.Э. Улумбекова

АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА

ОБ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КОЕЧНЫМ ФОНДОМ В РФ В СРЕДНЕМ, МОСКВЕ, СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ И ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ



Москва
Издательство «Литтерра»
2014

Аналитическая справка. Об обеспеченности коечным фондом в РФ в среднем, Москве, странах ЕС и Германии и время ожидания пациентами медицинской помощи / Г. Э. Улумбекова. — М. : Литтерра, 2014. — 44 с. : ил.

ISBN 978-5-4235-0140-2



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

119121, Россия, Москва,
ул. Плющиха, 26/2
www.asmok.ru



GEUumbekova
e-mail: info@asmok.ru

ОГЛАВЛЕНИЕ

1.	ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ.....	5
2.	МЕТОДОЛОГИЯ РАСЧЕТОВ.....	9
3.	СОСТОЯНИЕ КОЕЧНОГО ФОНДА В РФ, МОСКВЕ И СТРАНАХ ЕС.....	12
4.	РАСЧЕТЫ НЕОБХОДИМОГО ЧИСЛА КОЕК В МОСКВЕ, РФ И СТРАНАХ ЕС	18
5.	ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА В РФ И В МОСКВЕ.....	29
6.	ВЫВОДЫ	31
7.	РЕКОМЕНДАЦИИ.....	32
Приложение 1	Показатели здоровья и ресурсного обеспечения здравоохранения в РФ, Москве, «старых» странах ЕС и Германии	34
Приложение 2	Время ожидания пациентами медицинской помощи в Москве, РФ и развитых странах.....	36
	СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	43

*«Как служить государю?
Говорить правду и не давать ему покоя».*

Конфуций
(551— 479 г. до н. э.)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В данной справке обосновано, что коечный фонд в РФ сокращать нельзя, и что структуру и обеспеченность койками необходимо привести в соответствие с потребностями населения в медицинской помощи и современными технологиями оказания медицинской помощи. В РФ в среднем и во многих субъектах РФ (Москва, Московская, Ленинградская, Калининградская и Владимирская области, Татарстан, Ставропольский край)¹, число коек **не соответствует** ни состоянию здоровья населения, ни состоянию здравоохранения в целом, ни требуемому объему госпитализации пациентов в стационары в частности.

Сокращение коечного фонда в РФ приводит к снижению доступности медицинской помощи и, как следствие, может привести к ухудшению здоровья населения и социальному недовольству. Уже сегодня высокая очередность на получение медицинской помощи приводит к тому, что **2/3** населения в стране недовольны здравоохранением.

Обоснование нормативов обеспеченности коечным фондом и его структуры проведено путем применения метода аналогий или **сравнения** со странами Евросоюза (ЕС) **с учетом большей потребности населения РФ в медицинской помощи**. Большая потребность населения РФ в медицинской помощи обоснована путем анализа показателя ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ — интегральная характеристика здоровья населения²) и смертности от хронических заболеваний, приходящихся на 100 тыс. населения. Так, ОПЖ в РФ на **11 лет ниже**, чем в старых странах ЕС, и на **6 лет ниже**, чем в «новых», соответственно 70,3, 81,4 и 76 лет. Стандартизованный

¹ Число коек в этих субъектах РФ ниже 7,5 коек на 1 тыс. населения.

² ОПЖ — это количество лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку, родившемуся при условии, что на протяжении всей его жизни уровень смертности в каждом возрасте останется таким же, как в год, для которого вычислен этот показатель. Это наиболее адекватная обобщающая характеристика смертности во всех возрастах.

показатель смертности (СКС)³ от всех причин в РФ в **1,4 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС, и в **2,2 выше**, чем в «старых», – соответственно 11,8, 8,2 и 5,2 на 1 тыс. населения (рис. 1).

СКС от болезней системы кровообращения (БСК), которая составляет более 55% в общей смертности в РФ в **1,5 раза выше**, чем в «новых» странах ЕС и **почти в 4 раза выше**, чем в «старых», соответственно 620, 403,8 и 160,1 на 100 тыс. населения (рис. 2).

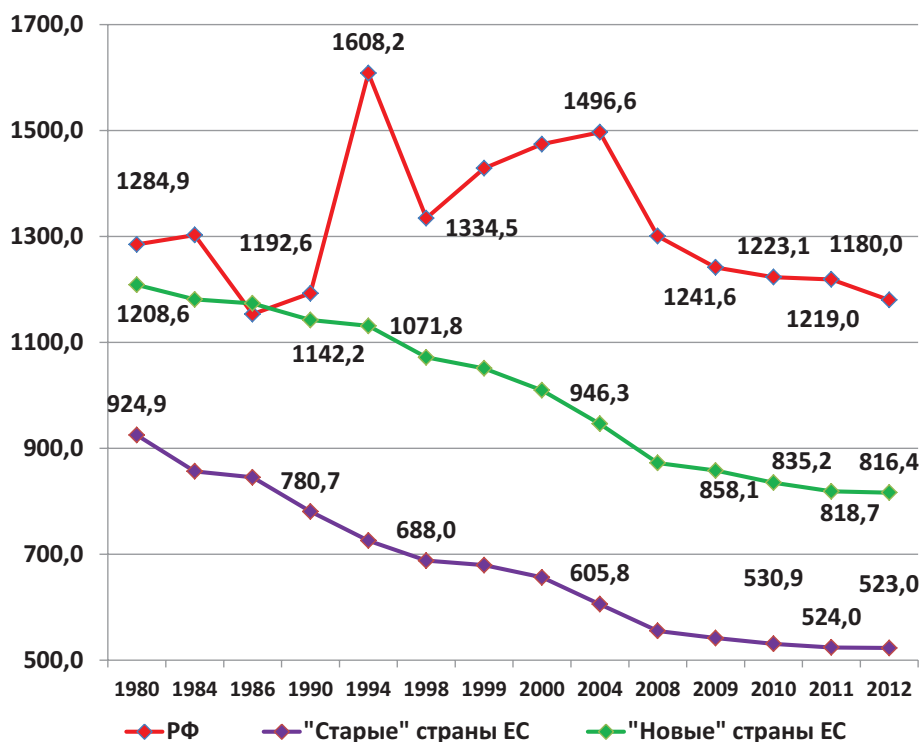


Рис. 1. СТАНДАРТИЗОВАННЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ, ВСЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТИ НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ

³ Стандартизованный коэффициент смертности применяется для сравнений популяций с различной возрастной структурой населения. Рассчитывается путем применения возрастных коэффициентов смертности в конкретной стране к выбранной стандартной популяции, например стандарт разрабатывается ВОЗ. Общий коэффициент смертности – это число умерших на 1 тыс. населения в год.

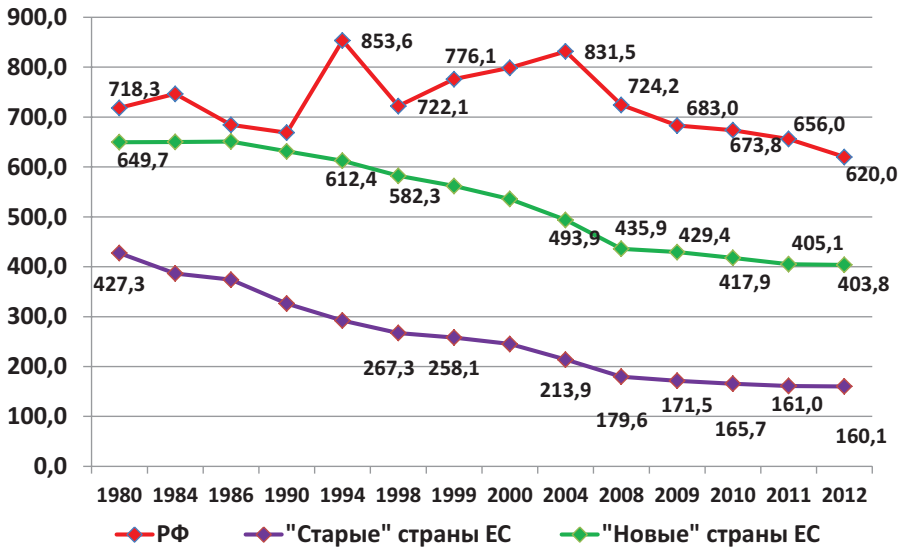


Рис. 2. СТАНДАРТИЗОВАННЫЙ КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ, БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ, НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ

Поскольку между смертностью населения и заболеваемостью есть однозначная зависимость (рис. 3, 4), то и количество заболевших (потоки больных) в России в расчете на 100 тыс. населения значительно выше, чем в этих странах. Более того, общая заболеваемость в РФ с 1990 по 2010 г. выросла на **50%** в расчете на 100 тыс. населения, и только в последние годы этот показатель стабилизировался. Кстати, эта стабилизация скорее всего связана с недостаточной пропускной способностью первичного звена здравоохранения (заболеваемость в РФ, в отличие от развитых стран, регистрируется по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения)⁴.

Таким образом, с учетом больших потоков больных по сравнению с развитыми странами, объемы медицинской помощи во всех звеньях системы здравоохранения должны быть выше как в первичном звене, так и в стационарах. При этом следует иметь в виду, что пропускная способность первичного звена определяется числом врачей, а стационара – числом коек.

⁴ Реальная заболеваемость населения (или распространенность заболеваний) обычно измеряется путем социологических и медико-демографических исследований и бывает в 2-2,5 раза выше, чем зарегистрированная по обращаемости. В развитых странах распространенность заболеваний определяют только с помощью таких исследований.

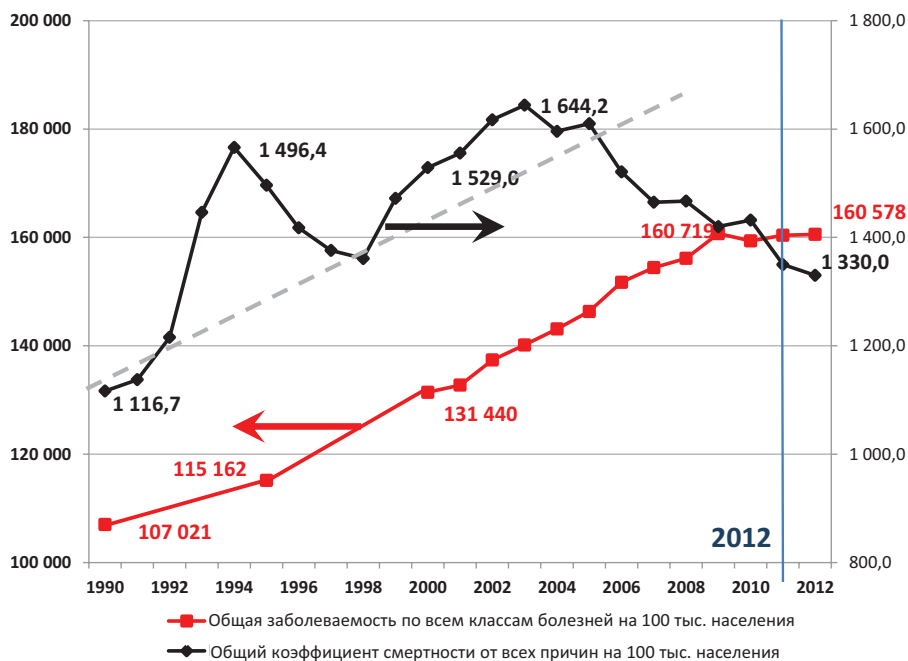


Рис. 3. ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И ОБЩИЙ КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ (ОКС) ОТ ВСЕХ ПРИЧИН В РФ НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ

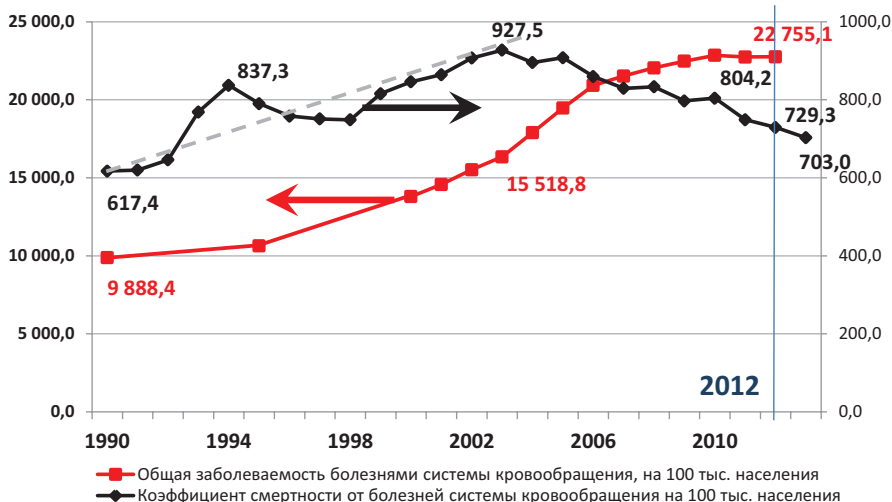


Рис. 4. ОБЩАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И КОЭФФИЦИЕНТ СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РФ НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ

2. МЕТОДОЛОГИЯ РАСЧЕТОВ

«Старые» страны ЕС выбраны для расчетов в связи с тем, что в стационарах этих стран за последние 15 лет были внедрены **современные технологии** лечения, а также **сложилась оптимальная структура и обеспеченность койками**. Это, с одной стороны, позволяет пролечивать в стационаре всех заболевших и иметь оптимальные сроки ожидания медицинской помощи, с другой – эффективно расходовать дорогостоящие ресурсы здравоохранения. Германия рассматривалась отдельно, поскольку в этой стране сроки ожидания плановых госпитализаций в стационар **самые низкие** из стран ЕС и составляют минимум **1 мес.** Это именно те нормативные сроки, которые поставлены в Программе государственных гарантий на 2014–2016 гг.

Для проведения сравнений, **в соответствии с международной методикой** все койки были разделены: на койки «активного» лечения, на которых пациенты могут находиться до 6–8 дней; на койки для наркологических и психических больных; на койки реабилитации и длительного лечения (сестринского ухода и паллиативные) (рис. 5). Для РФ отдельно выделены койки для больных туберкулезом, которые в развитых странах не выделяются, так как в этих странах количество больных туберкулезом ничтожно. При этом расчеты необходимой обеспеченности койками сделаны **только для коек круглосуточного пребывания**, объемы помощи и соответствующую обеспеченность койками дневного пребывания необходимо учитывать **дополнительно**, поскольку это другой вид медицинской помощи.

Согласно этой методологии все койки подразделяются на 5 групп: 1) «все больничные койки»; 2) лечебные койки для «активного лечения»; 3) «психиатрические койки»; 4) «реабилитационные койки»; 5) «койки длительного ухода».

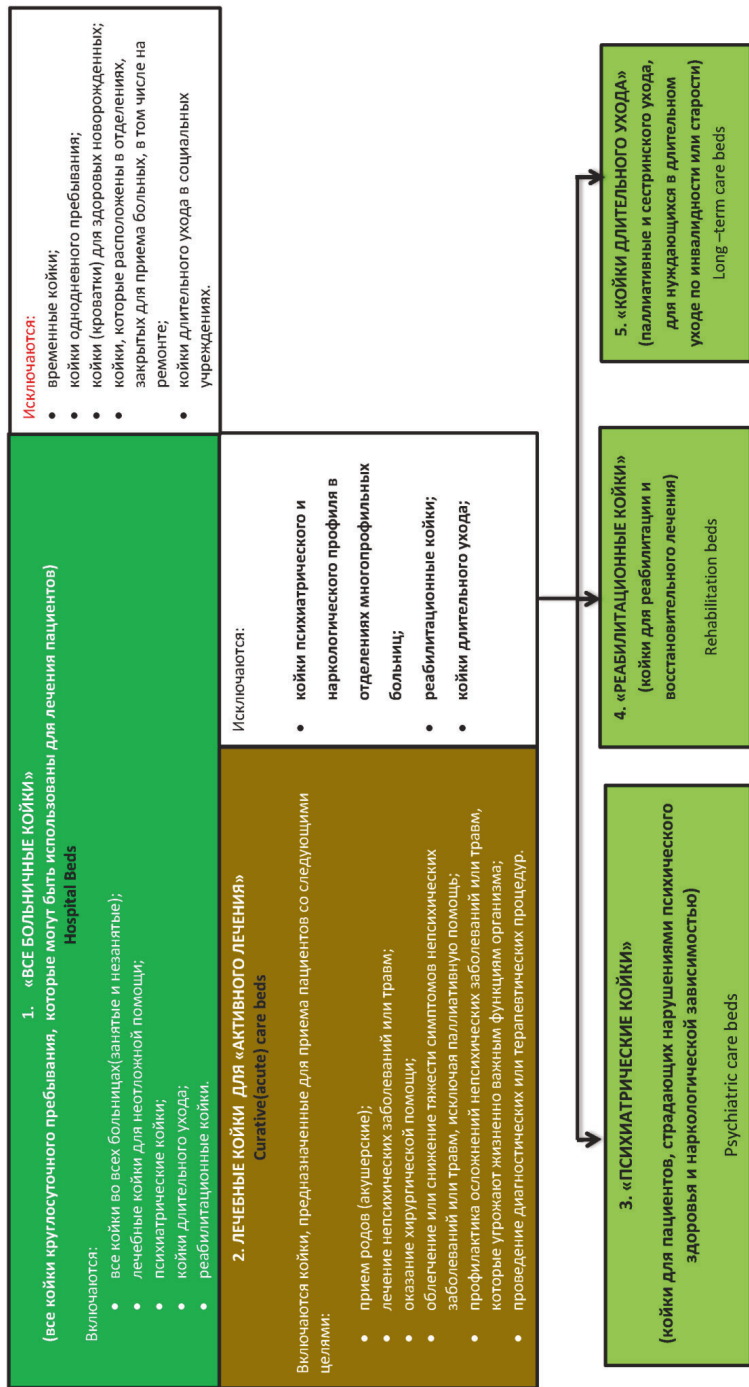


Рис. 5. МЕТОДОЛОГИЯ РАСЧЕТА ЧИСЛЕННОСТИ КОЕК ПО ВОЗ

Норматив обеспеченности койками для РФ определялся следующим образом: объем госпитализаций (количество пролеченных пациентов на койках круглосуточного пребывания) в «старых» странах ЕС корректировался на большую потребность населения РФ в медицинской помощи. Сначала расчеты делались для коек «активного» лечения. Далее, исходя из фактически сложившихся средней длительности пребывания пациента в стационаре и занятости койки в году в РФ, рассчитывалось число коек **«активного»** лечения на 1 тыс. населения. Расчеты делались 2 способами: с корректировкой на смертность от болезней системы кровообращения и с корректировкой на стандартизованный коэффициент смертности (КСК) от всех причин. Затем рассчитывалось общее число коек.

Если сделать расчеты коек по объемам госпитализации в Германии, то норматив коек для РФ будет еще как минимум **на 30% выше**, поскольку объем госпитализаций в Германии выше, чем в «старых» странах ЕС в среднем (рис. 7). **Для РФ при дальнейшем сравнении было выбрано минимальное расчетное значение числа коек.**

Следует отметить, что при расчетах потребности в коечном фонде для РФ закладывался фактически сложившийся показатель средней длительности пребывания больного на койке (**9,3 дня** на «всех» койках и **6–8 дней** на койках «активного» лечения). Если бы этот показатель был в РФ ниже по сравнению со странами ЕС, то требуемое число коек для РФ оказалось бы ниже. Однако средняя длительность пребывания пациента на койке — это показатель очень консервативный и снижать его можно только поэтапно (медленно), и только если имеются условия для долечивания пациента. Например, такое долечивание возможно на койках реабилитации и восстановительного лечения, койках социального ухода или при наличии хорошо развитой патронажной службы в первичном звене. Ниже показано, что сегодня в РФ эти условия не организованы, соответственно, резкое сокращение длительности пребывания пациентов на койке **недопустимо**.

3. СОСТОЯНИЕ КОЕЧНОГО ФОНДА В РФ, МОСКВЕ И СТРАНАХ ЕС

В РФ, по данным Росстата, общее число коек (без учета коек дневного пребывания в стационарах) составляет 1,33 млн или **9,3 на 1 тыс. населения**. Это на 10% выше, чем в Германии, и на 42% выше, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 8,2 и 5,0 на 1 тыс. населения). Однако, если не учитывать койки в стационаре, **находящиеся в ремонте** (это необходимо для международных сравнений), для РФ число «всех» коек составляет **8,5 на 1 тыс. населения** (рис. 6).

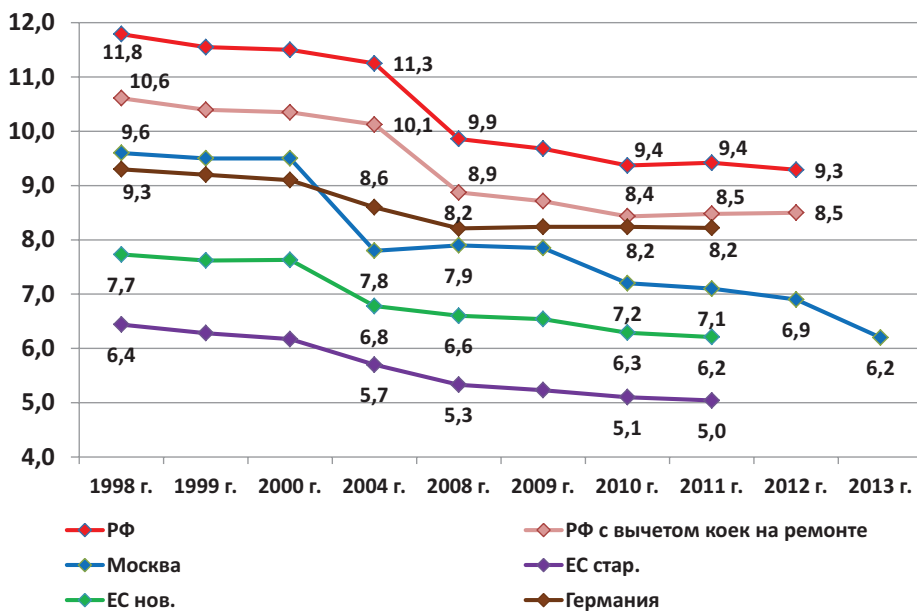


Рис. 6. ЧИСЛО ВСЕХ КОЕК В РФ, МОСКВЕ, "НОВЫХ" И "СТАРЫХ" СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ

В структуре Департамента здравоохранения г. Москвы (ДЗМ) общее число коек составляет 74 тыс. коек или 6,2 на 1 тыс. населения. Это **на 30% ниже**, чем в Германии (8,2 на 1 тыс. населения). При этом СКС от всех причин в Москве на **45% выше**, чем в Германии (соответственно 790 и 550 на 100 тыс. населения), а СКС от болезней системы

кровообращения, которая составляет 60% в общей смертности в Москве, в **2 раза выше**, чем в Германии (соответственно 397 и 197 случаев на 100 тыс. населения) (см. табл. П-1 в Приложении 1).

Таблица 1.

**ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ВСЕХ КОЕК И КОЕК «АКТИВНОГО» ЛЕЧЕНИЯ В РФ,
МОСКВЕ И СТРАНАХ ЕС**

Показатель	РФ		Москва		«Старые» страны ЕС		Германия	
	Все койки	Койки «активного» лечения	Все койки	Койки «активного» лечения	Все койки	Койки «активного» лечения	Все койки	Койки «активного» лечения
Число пролеченных больных на 1 тыс. населения в год (объем госпитализаций, число случаев)	215,3	~ 195,0	160,4	~119,7	167,0	156,3	243,0	223,0
Средняя длительность пребывания пациента в стационаре (дни)	12,3	10,5	13,0	~ 10,8	9,2	6,4	9,2	7,9
Средняя занятость койки в году (дни)	320,0	320,0	320,0	291,3	300,0	281,0	300,0	289,0

Общий объем госпитализаций на «все» койки и средняя длительность пребывания больного на этих койках с 1998 г. представлены на рис. 7 и 8 (табл. 1). На рисунках видно, что самое низкое число пролеченных больных в расчете на 1 тыс. населения — в Москве, оно **на 50% ниже**, чем в Германии (соответственно 160,4 и 243,0 на 1 тыс. населения). В РФ в среднем этот показатель почти на уровне «новых» стран ЕС. Самая высокая средняя длительность пребывания на «всех» койках — в РФ и Москве (12 и 13 дней соответственно), что **на 3–4 дня больше**, чем в странах ЕС. Соответственно, в РФ в среднем и в Москве — самая низкая производительность коек или коэффициент отношения числа пролеченных больных к числу коек (рис. 9).

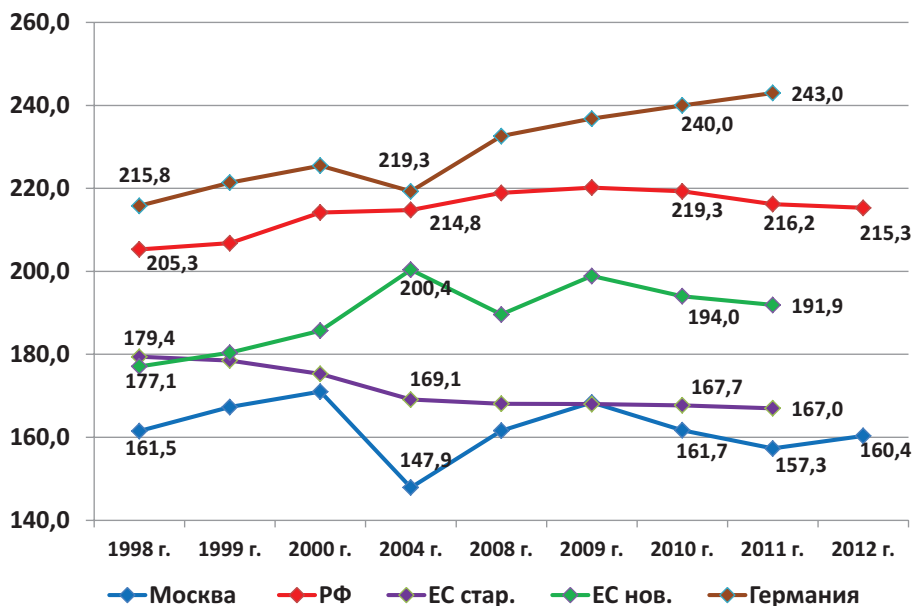


Рис. 7. ЧИСЛО ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ В РФ, МОСКВЕ, "НОВЫХ" И "СТАРЫХ" СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ

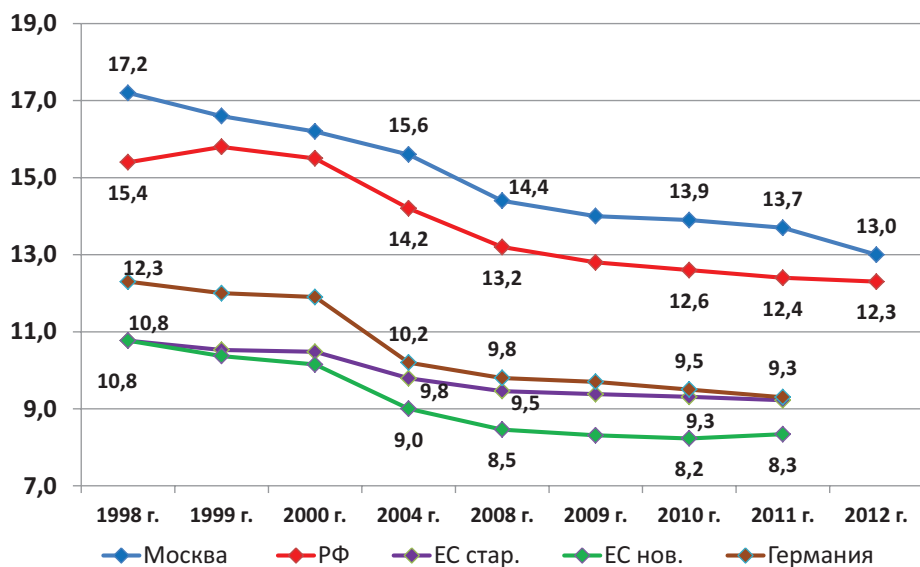


Рис. 8. СРЕДНЯЯ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ НА КОЙКЕ В РФ, МОСКВЕ, "НОВЫХ" И "СТАРЫХ" СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ (ДНИ)

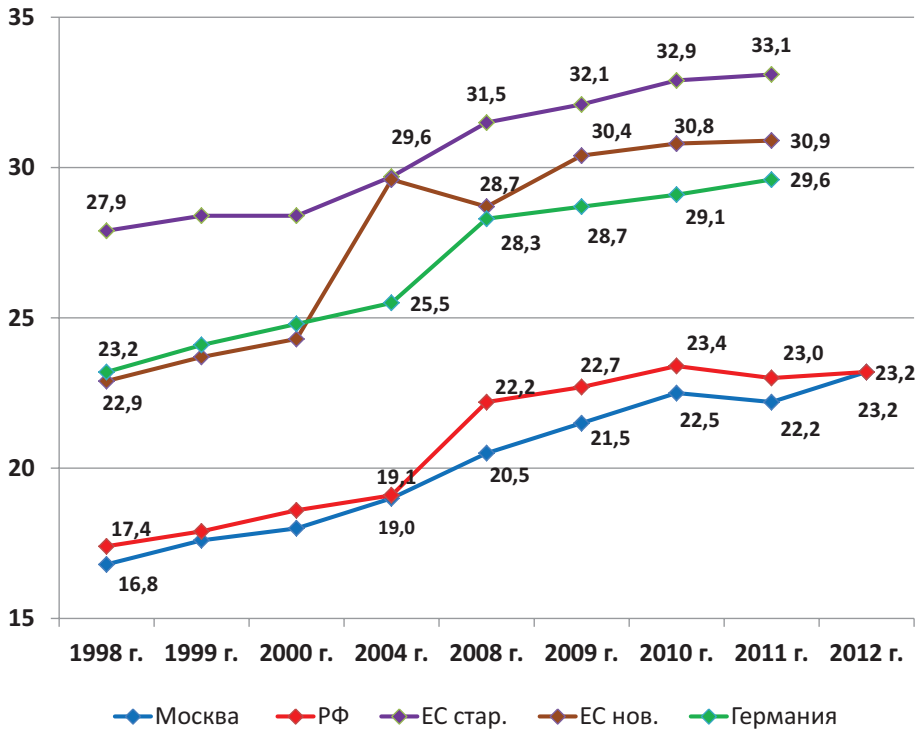


Рис. 9. ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТЬ КОЙКИ В РФ, МОСКВЕ, "НОВЫХ" И "СТАРЫХ" СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ

Обеспеченность коечным фондом и структура коек в РФ, Москве и «старых» странах ЕС представлены в табл. 2 и показаны на рис. 10. Видно, что в РФ и в Москве структура коек существенно отличается от сложившейся структуры в странах ЕС. Так, в РФ обеспеченность койками реабилитации **в 4 раза ниже**, чем в странах ЕС, койками длительного ухода – **в 2 раза ниже**. В Москве число коек реабилитации также **в 4 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС, а коек длительного ухода – почти **в 8 раз ниже**.

Таблица 2

**ФАКТИЧЕСКОЕ И НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО КОЕК НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ В РФ,
МОСКВЕ И СТРАНАХ ЕС**

Число коек в расчете на 1 тыс. населения	РФ		Москва		«Старые» страны ЕС	Германия
	факт	необходимо	факт	необходимо		
ИТОГО ВСЕХ КОЕК	8,5⁵	9,9	6,2	9,3	5	8,2
«Активного» лечения	6,4 ⁶	7,5	4,4	6,7	3,4	5,3
Психиатрические и наркологические	1,2	1,2	1,4	1,4	0,8	0,7
Фтизиатрические (туберкулезные)	0,6	0,6	0,32	0,3	–	–
Реабилитации	0,1	0,3	0,1	0,3	0,4	2,2
Длительного ухода (паллиативного и сестринского ухода)	0,2	0,3	0,05	0,3	0,4	
Койки в социальных учреждениях	1,9	–	1,34	–	7,4	10,8

⁵ 9,3 - с учетом коек на ремонте.

⁶ 7,2 – с учетом коек на ремонте.

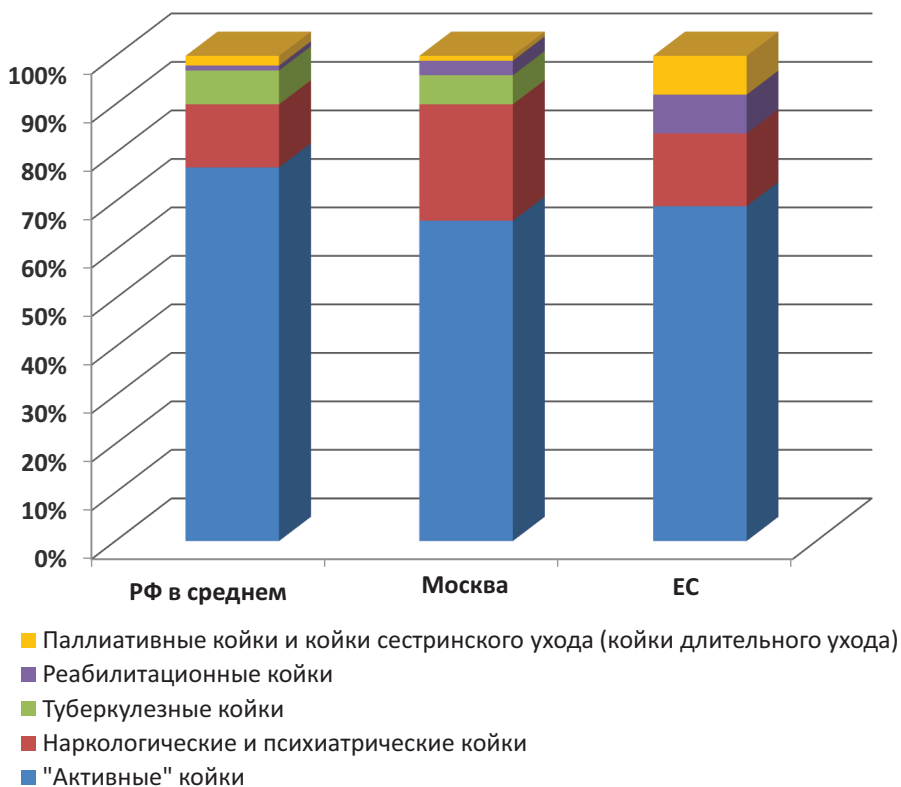


Рис. 10. СТРУКТУРА "ВСЕХ" КОЕК, 2012 Г. (%)

Число коек «активного» лечения в РФ – **6,4** на 1 тыс. населения (табл. 2), что всего на **20% выше**, чем в Германии. В Москве коек «активного» лечения – 4,4 на 1 тыс. населения, что **на 30% выше**, чем в «старых» странах ЕС, но **на 30% ниже**, чем в Германии. Показатели работы коек «активного» лечения и «всех» коек представлены в табл. 1.

Далее сделан расчет: какое число коек необходимо с учетом более высокой заболеваемости и смертности в РФ.

4. РАСЧЕТЫ НЕОБХОДИМОГО ЧИСЛА КОЕК В МОСКВЕ, РФ И СТРАНАХ ЕС

Для РФ в среднем

1-й способ расчета [корректировка по стандартизованному коэффициенту смертности (КСК) от болезней системы кровообращения (БСК) и от новообразований]:

- 1.1. Объем госпитализаций на койки «активного» лечения по классу БСК в «старых» странах ЕС составляет 22,3 случая на 1 тыс. населения (см. рис. 11). Для РФ с учетом в 4 раза большей смертности от БСК (соответственно 620 и 161 случаев на 100 тыс. населения) данный объем должен быть увеличен в 4 раза и составить 89,2 случая на 1 тыс. населения ($22,3 \times 4$). Это прибавляет к общему объему госпитализаций на койки «активного» лечения в «старых» странах ЕС еще 67 случаев на 1 тыс. населения $(89,2 - 22,3)^7$. Таким образом, получается, что общий объем госпитализаций на койки «активного» лечения для РФ должен составлять 223,3 случая на 1 тыс. населения $(156,3 + 67)$, где 156,3 – это число пролеченных больных на койках «активного» лечения на 1 тыс. населения в «старых» странах ЕС).
- 1.2. Большая потребность в медицинской помощи по новообразованиям добавит к этому объему госпитализации еще 4 случая. Расчеты сделаны следующим образом: смертность от новообразований в РФ на 21% выше, чем в «старых» странах ЕС,

⁷ В общем объеме госпитализаций в странах ЕС уже учтен объем госпитализаций по классу БСК.

(рис. 12). Соответственно, объем госпитализаций по этому классу болезней в РФ должен быть настолько же выше и составить почти 20 случаев на 1 тыс. населения в год ($15,9+21\%$, где 15,9 — объем госпитализаций по новообразованиям в «старых» странах ЕС).

Таким образом, для РФ необходимый объем госпитализаций с учетом большей смертности по классу БСК и новообразованиям будет составлять — 227,3 случая на 1 тыс. населения ($223,3+4$) или на 71 случай больше, чем в «старых» странах ЕС на койки «активного» лечения ($156,3+71$).

Для этого необходимо **7,5 коек на 1 тыс. населения** ($227,3 \times 10,5 / 320$), где 10,5 — средняя длительность пребывания больного в стационаре на койках «активного» лечения (в днях), а 320 — занятость этих коек в году (в днях) в РФ по факту (см. табл. 1). Далее для расчета «всех» коек к этому числу были прибавлены фактические показатели числа фтизиатрических и психиатрических коек в РФ (соответственно 0,6 и 1,2 на 1 тыс. населения), а затем прибавлялось число коек реабилитации и длительного ухода, по факту сложившихся в «старых» ЕС (по 0,3 на 1 тыс. населения). Соответственно получилось **9,9 коек на 1 тыс. населения** ($7,5+0,6+1,2+0,3+0,3$).

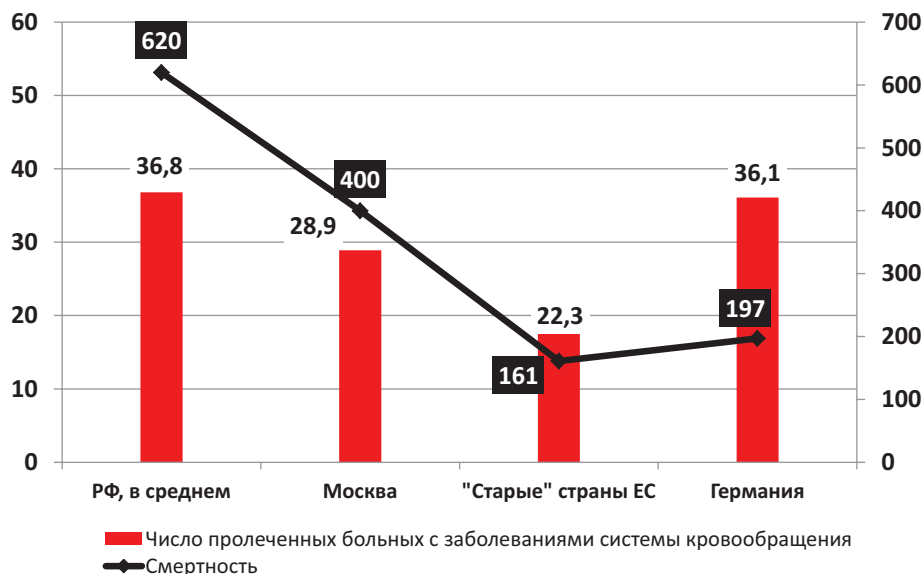


Рис. 11. ЧИСЛО ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ ПО КЛАССУ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И СМЕРТНОСТЬ ОТ НИХ НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ

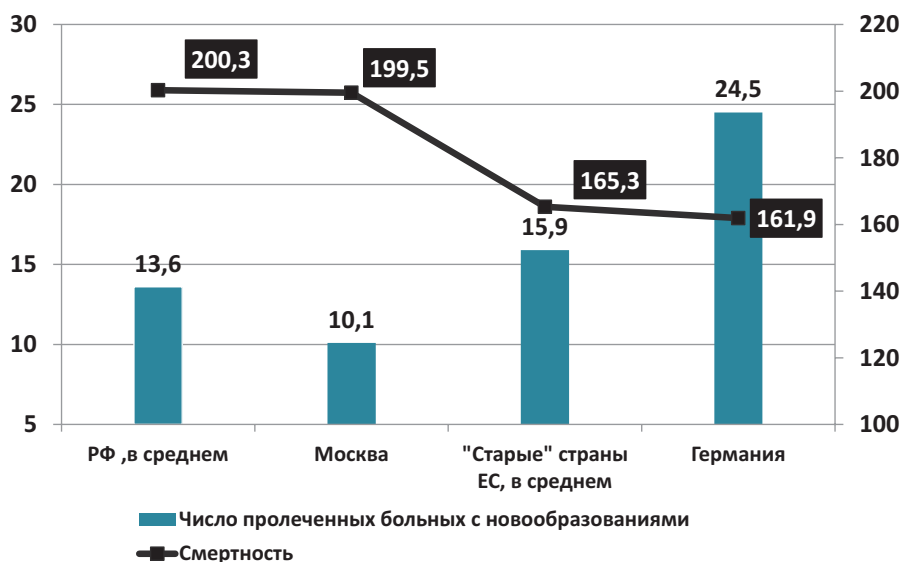


Рис. 12. ЧИСЛО ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАРЕ НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ ПО КЛАССУ НОВООБРАЗОВАНИЯ И СМЕРТНОСТЬ ОТ НИХ НА 100 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ

2-й способ расчета (корректировка по СКС от всех причин): отношение СКС от всех причин в РФ и «старых» странах ЕС составляет 2,2 (соответственно, 11,8 и 5,2 на 1 тыс. населения). Тогда требуемый объем госпитализации для РФ составит 367 случаев на 1 тыс. населения в год ($167 \times 2,2$), где 2,2 – коэффициент увеличения потребности, а 167 – количество случаев госпитализаций на «все» койки на 1 тыс. населения в «старых» странах ЕС в год. Тогда требуемое число «всех» коек для РФ составит 13,7 на 1 тыс. населения ($367 \times 12,0 / 320$), где 12,0 – средняя длительность пребывания пациентов на «всех» койках (в днях), 320 – занятость койки в году (в днях) в РФ по факту. Это значение на **35% выше**, чем значение, полученное при расчете через коррекцию по смертности от болезней системы кровообращения.

Таким образом, с учетом большей потребности населения РФ в объемах госпитализации (по классу болезней системы кровообращения и новообразований), коек «активного» лечения в РФ требуется как минимум — **7,5**, а «всех» коек — **9,9** на 1 тыс. населения (рис. 13 и рис. 14)⁸. Таким образом, **сегодня в РФ даже по самым минимальным расчетам и число «всех» коек, и коек «активного» лечения — на 16% ниже от требуемого уровня.**

⁸ Если же делать расчеты по объемам госпитализации в Германии, то всех коек в РФ необходимо – 12,9 на 1 тыс. населения, а при корректировке потребности по СКС – 13,6 на 1 тыс. населения.

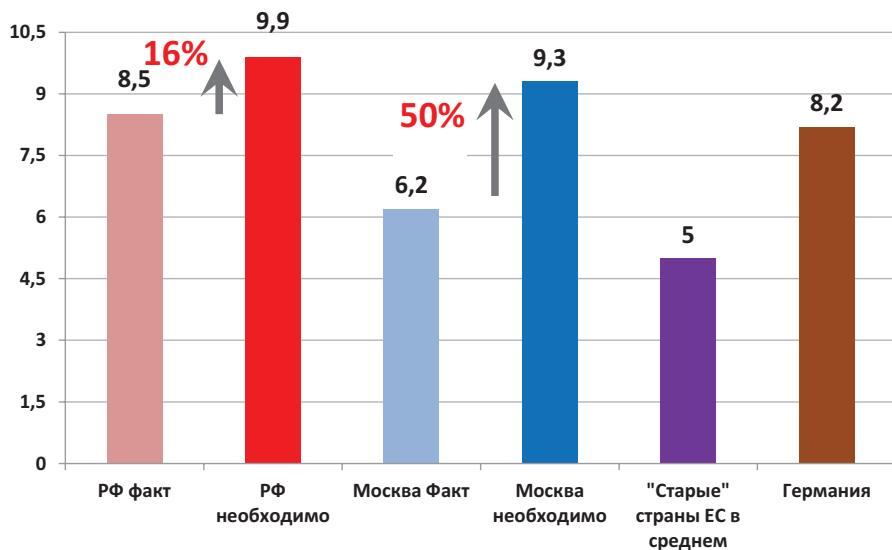


Рис. 13. ФАКТИЧЕСКОЕ И НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО "ВСЕХ" КОЕК НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ В РФ, МОСКВЕ, "СТАРЫХ" СТРАНАХ ЕС И В ГЕРМАНИИ

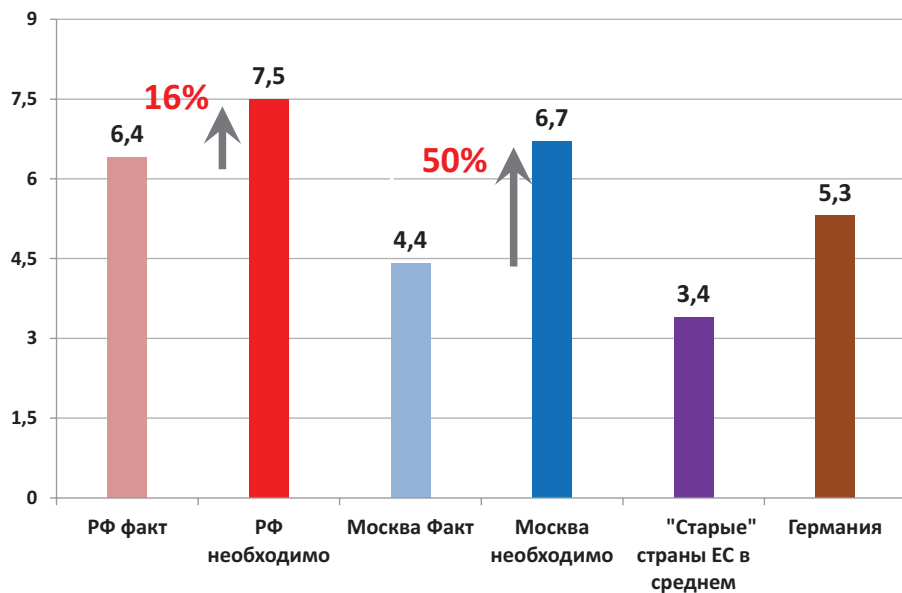


Рис. 14. ФАКТИЧЕСКОЕ И НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО КОЕК "АКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ" НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ В РФ, МОСКВЕ, "СТАРЫХ" СТРАНАХ ЕС И В ГЕРМАНИИ

В РФ обеспеченность койками реабилитации по факту **в 4 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС, койками длительного ухода — **в 2 раза ниже** (рис. 15). Недостаточная обеспеченность этими койками удлинняет время пребывания больного на койках «активного» лечения **до 12 дней** и снижает **эффективность использования коечного фонда в целом**. Более того, обеспеченность медико-социальными койками в домах престарелых и инвалидов, на которые можно было бы также направлять часть потока больных с коек «активного» лечения, в РФ **в 4 раза ниже** (соответственно 1,9 и 7,4 на 1 тыс. населения). Этого явно недостаточно с учетом роста численности граждан старше трудоспособного возраста на **5 млн человек** к 2020 г. (с 33,1 до 38 млн. человек, прогнозы Росстата).

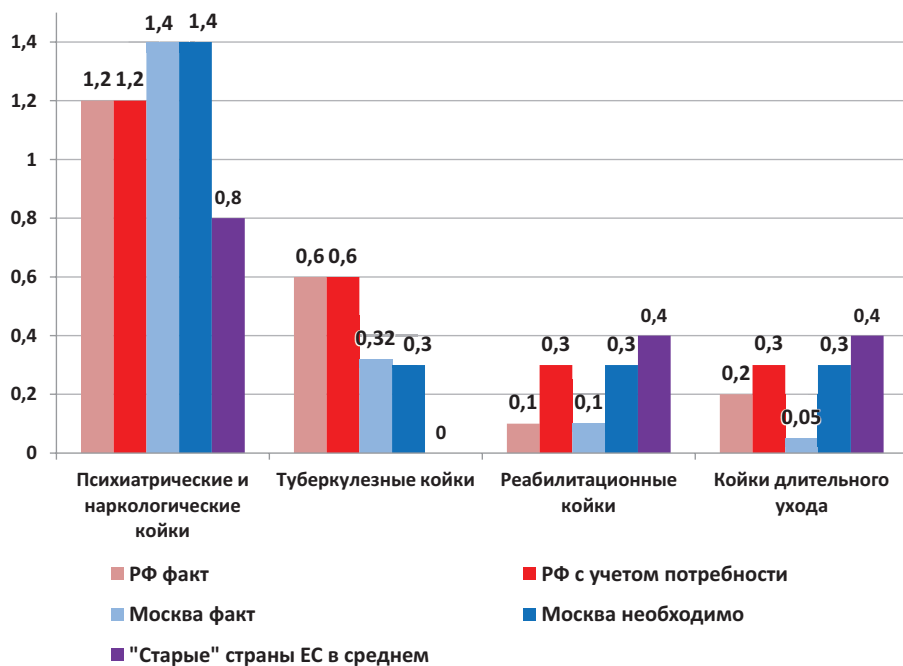


Рис. 15. ФАКТИЧЕСКОЕ И НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО КОЕК ПО ПРОФИЛЮ НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ В РФ, МОСКВЕ, "СТАРЫХ" СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ

При этом в РФ обеспеченность врачами «первичного контакта» (врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые и врачи общей практики), которые обеспечивают пропускную способность первичного звена здравоохранения и эффективность всей отрасли **на 40% ниже** от расчетного норматива (соответственно 67 тыс. и 108 тыс.). В РФ обеспеченность рецептурными лекарственными средствами в амбулаторных условиях за счет государственных средств **в 6,4 раза ниже** (соответственно 48 и 309 \$ППС на душу населения в год) (см. табл. П-1 в Приложении 1).

Для Москвы (Департамент здравоохранения г. Москвы)

Как уже было показано, в Москве в структуре ДЗМ, число «всех» коек в расчете на 1 тыс. населения уже сегодня на 30% ниже, чем в Германии (соответственно **6,2** и **8,2** на 1 тыс. населения), а общий объем госпитализаций **на 50% ниже** (соответственно 160,4 и 243 чел. на 1 тыс. населения) (см. рис. 6, 7). При этом СКС от всех причин в Москве **на 45% выше**, чем в Германии (соответственно 790 и 550 на 100 тыс. населения), а СКС от болезней системы кровообращения в 2 раза выше, чем в Германии (соответственно 397 и 197 случаев на 100 тыс. населения) (см. табл. П-1 в Приложении 1).

Число коек в учреждениях всех форм собственности в Москве в 2012–2014 гг.

В Москве по данным Росстата (форма №1) общее число коек круглосуточного пребывания в учреждениях всех форм собственности (федеральной, субъекта РФ, ведомственной и частной) **в 2012 г.** составило **105 тыс. коек**. Из них:

- федерального подчинения – **16 тыс.** коек (данные Минздрава России);
- в структуре ДЗМ (субъект РФ) – **81 тыс.** коек в 2012 г. (данные Росстата), в 2013 г. – **74 тыс. коек** (данные ДЗМ), в 2014 г. – **62 тыс. коек** (Л.М. Печатников, статья в «Медицинском Вестнике», март 2014 г.);
- ведомственного и частного подчинения – **8 тыс. коек** (105 тыс. – 16 тыс. – 81 тыс. коек).

С учетом того, что с 2012 по 2014 г. в ДЗМ сокращено 19 тыс. коек, то общее число коек всех форм собственности в 2014 г. в Москве составляет **86 тыс.** (62+16+8). Это на 30% меньше, чем заявил Л.М. Печатников – **120 тыс.** коек (Здоровый город, приложение к газете «Тверская, 13» от 17 апреля 2014 г.).

Для оценки доступности медицинской помощи в Москве важно понимать, какой поток пациентов-москвичей может быть пролечен на койках **вне системы ДЗМ**.

Число пролеченных больных (москвичей) на койках федерального, ведомственного и частного подчинения в Москве

На 16 тыс. койках федерального подчинения за год пролечивается 346 тыс. пациентов. Эти расчеты сделаны следующим образом: $294 \times 16 \text{ тыс.} / 13,6 = 346 \text{ тыс.}$ случаев госпитализаций на федеральные койки в год (где 294 дней — занятость федеральных коек в году, 16 тыс. – число федеральных коек, 13,6 дней – средняя длительность пребывания пациента на федеральных койках). Если предположить, что половина из них москвичи (точных данных нет), а остальные приезжие, то это снижает поток госпитализаций москвичей на койки ДЗМ примерно на 173 тыс. пациентов в год.

Допустим в Москве, на койках ведомственного и частного подчинения, которых насчитывается 8 тыс. (или 1/2 от числа федеральных коек), пролечивается еще 100 тыс. пациентов в год (более 1/2 от числа пролеченных москвичей на федеральных койках).

Тогда общее число пролеченных москвичей на койках **вне системы ДЗМ** составляет **273 тыс. пациентов в год** (173 тыс.+100 тыс. пациентов).

Этот фактор с запасом нивелируется дополнительными госпитализациями на койки ДЗМ приезжих — около **340 тыс.** пациентов в год только по неотложным показаниям.

Вывод: при расчетах обеспеченности койками в Москве необходимо опираться только на показатели обеспеченности койками в системе ДЗМ (62 тыс. коек всего или 5,1 койка на 1 тыс. населения в 2014 г.), поскольку число пролеченных москвичей на койках федерального, ведомственного и частного подчинения, нивелируется потоком приезжих пациентов на койки в системе ДЗМ.

С поправкой на большую потребность населения Москвы в объемах госпитализации (на сновании сравнения смертности от болезней системы кровообращения) число коек «активного» лечения должно быть не **4,4**, а **6,6** на 1 тыс. населения; а «всех» коек — **9,2 на 1 тыс. населения**. Расчеты сделаны двумя способами.

1-й способ расчета (корректировка по стандартизованному коэффициенту смертности от болезней системы кровообращения — БСК): объем госпитализаций по классу БСК составляет в «старых» странах ЕС — 22,3 случая на 100 тыс. населения. В Москве с учетом большей смертности от этих болезней в 2,4 раза⁹ данный объем должен составлять — 53,5 случаев на 1 тыс. населения (22,3х2,4). Это прибавляет к общему объему госпитализаций на койки «активного» лечения в «старых» странах ЕС (156,3 случаев на 1 тыс. населения) еще 31,2 случаев на 1 тыс. населения (53,5–22,3, где 22,3 уже учтенный в общем объеме госпитализаций поток больных по классу БСК). Таким образом, в Москве общий объем госпитализаций на койки «активного» лечения должен составить — 187,5 случая на 1 тыс.

⁹ СКС от болезней системы кровообращения в Москве — 397 случаев, в «старых» странах ЕС — 160,1 случай на 1 тыс. населения в год (2012 г.).

населения (156,3+31,2). Большая потребность в медицинской помощи по новообразованиям добавит к этому объему госпитализации еще 4 случая. Соответственно для Москвы необходимый объем госпитализаций будет составлять – почти 192 случая на 1 тыс. населения (187,5+4). Для этого необходимо **6,7** коек «активного» лечения на 1 тыс. населения ($192 \times 10,5 / 300$), где 10,5 – средняя длительность пребывания больного в стационаре на койках «активного» лечения (в днях), а 300 – занятость этих коек в году (в днях) в Москве по факту (см. табл. 1). Далее для расчета «всех» коек к этому числу были прибавлены фактические показатели числа фтизиатрических и психиатрических коек в Москве (соответственно 0,6 и 1,4 на 1 тыс. населения), а затем прибавлялось число коек реабилитации и длительного ухода, по факту сложившихся в «старых» ЕС (по 0,3 на 1 тыс. населения). Соответственно получилось **9,3** коек на 1 тыс. населения ($6,7 + 0,6 + 1,4 + 0,3 + 0,3$).

Расчеты по Германии показывают, что число коек в Москве должно быть на 35% выше – **12,5** на 1 тыс. населения.

2-й способ расчета: на основании сравнения стандартизованных коэффициентов смертности от всех причин в Москве (7,9) и «старых» странах ЕС (5,2). Показано, что в Москве число «всех» коек должно быть **10,8** на 1 тыс. населения (167 случаев госпитализаций в «старых» странах ЕС $\times 1,5$ (разница в СК) = 250 случаев госпитализаций. Далее $250 \times 13 / 300 = 10,8$ коек на 1 тыс. населения, где 13 – средняя длительность пребывания на «всех» койках (в днях), а 300 – занятость койки в году (в днях). Расчеты по СК от всех причин показывают большие величины (10,8 коек на 1 тыс. населения) по сравнению с расчетами, сделанными по болезням системы кровообращения (9,3 коек на 1 тыс. населения).

Таким образом, в Москве по самым минимальным расчетам, в настоящее время **обеспеченность «всеми» койками и койками «активного» лечения — почти на 50% ниже требуемого уровня.**

Также в Москве по сравнению со странами ЕС обеспеченность койками реабилитации — **в 4 раза ниже**, паллиативными и койками сестринского ухода — **в 5 раз ниже**. Доступность врачей «первичного контакта» в — **3 раза ниже**, чем в РФ и в странах ЕС (соответственно 0,4¹⁰; 1,2 и 1,5) (см. табл. П-1 в Приложении 1).

Проблема усугубляется передачей в аренду зданий и сооружений государственной системы здравоохранения в частную. Однако ни в России, ни в странах ЕС **не доказано**, что частное здравоохранение эффективнее государственного, а восстановление больничных сооружений занимает как минимум **3–5 лет**.

Следует отметить, что в Москве **в последние месяцы** некоторые стационары **недогружены** и отмечается «простой» коек (без пациентов). Эта ситуация вызвана тем, что поток пациентов, нуждающихся в плановой госпитализации, **занижен**, соответственно нарастает очередь и/или требуется перепрофилирование коек по специализации в конкретных стационарах. Для решения этого вопроса потребуются обоснование объемов плановой медицинской помощи по отдельным классам болезней, гарантированных для жителей Москвы, например, число операций эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов, операций аортокоронарного шунтирования и др. И далее, уже на основании этих данных, можно сделать расчеты коек по профилям с учетом существующих технологий лечения, сложившейся очередности на данные виды вмешательств, а также возможности для пациентов долечиваться на других этапах оказания медицинской помощи.

В Москве дефицит коек приведет к тому, что нормативные сроки госпитализаций по плановым показаниям **не будут выполнены**. На опыте развитых стран доказано, что для обеспечения нормативных сроков ожидания плановых операций в стационарах (1 мес.) число

¹⁰ Государственная программа г. Москвы на период с 2012 по 2020 годы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».

коек «активного» лечения должно быть не менее **5,5 коек на 1 тыс. населения**, а в Москве сегодня всего 4,4 коек на 1 тыс. населения. Обоснование представлено в приложении 2 «Время ожидания пациентами медицинской помощи в Москве, РФ и развитых странах». Получается, что в Москве нормативные сроки ожидания плановых госпитализаций при существующей обеспеченности койками и потребности в медицинской помощи не будут выполнены и в будущем.

5. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА В РФ И В МОСКВЕ

Неэффективная структура коек приводит к тому, что средняя длительность пребывания пациентов в стационаре в РФ и Москве **выше на 3–4 дня**, чем в странах ЕС, а «производительность» койки – **на 40% ниже** (см. рис. 8, 9).

Следует также отметить, что в РФ занятость коек «активного» лечения в 2012-2013 гг. была почти **на 15% выше**, чем в странах ЕС (соответственно 320 и 280 дней), что не соответствует нормам инфекционной безопасности. Доказано, что занятость койки более **310 дней** (или 85%) в году ведет к росту инфекционных осложнений. Более того, качественные показатели работы койки (инфекционные осложнения, внутрибольничная летальность др.), стандартизированные по тяжести заболевания и возрасту, в РФ на постоянной основе **не контролируются** (табл. 4), а принятая в развитых странах система требований к медицинским организациям (международные стандарты аккредитации) **не внедрена**.

Таблица 4

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ КОЙКИ

Показатель	РФ, 2012 г.	Москва факт в среднем, 2012 г.	ЕС в среднем, 2011 г.	Германия, 2011 г.
Госпитализации, которых можно было избежать (число случаев)	Не измеряется		Число случаев госпитализации с хронической обструктивной болезнью легких на 100 тыс. населения	
			184	201
			Число случаев госпитализации пациентов старше 15 лет с бронхиальной астмой на 100 тыс. населения.	
			53	20
Внутрибольничная летальность (%)	1,6%	2,6%	Внутрибольничная летальность пациентов в возрасте 45 лет и старше от инфаркта миокарда в течение 30 дней от момента госпитализации.	
			6 %	8 %
Инфекционные осложнения (%)	8% ¹	Не измеряется	Доля пациентов, получивших септические осложнения после хирургических вмешательств.	
			0,79 %	0,5%
Доля пациентов с шизофренией, поступивших повторно в течение 30 дней после выписки за год от числа всех госпитализированных	Не измеряется		13%	-

1) По данным Общества эпидемиологов.

6. ВЫВОДЫ

- Сегодня в РФ число коек «активного» лечения, и «всех» коек – **минимум на 16% ниже** требуемого уровня.
- В Москве число коек «активного» лечения, и «всех» коек – **минимум на 50% ниже** требуемого уровня.
- В РФ и в Москве сложилась неоптимальная структура коечного фонда: коек реабилитации и паллиативного лечения **в 3–4 раза ниже** по сравнению со странами ЕС. Это привело к **увеличению** сроков пребывания пациентов на койках «активного» лечения **на 3–4 дня** и **снижению на 40% эффективности** использования коечного фонда по сравнению с развитыми странами.
- В РФ, и в Москве эффективность первичного звена здравоохранения **значительно ниже**, чем в странах ЕС, так как она определяется обеспеченностью врачами «первичного контакта» и рецептурными лекарственными средствами. Это обуславливает дополнительные потоки больных в стационары.
- В РФ сокращение коечного фонда необоснованно, при существующем уровне потребности населения в медицинской помощи и пропускной способности первичного звена. Это привело к увеличению очередности, отказам в медицинской помощи пациентам, и, как следствие, **к социальному недовольству**.
- В РФ в Программе государственных гарантий установленные нормативы сроков ожидания плановой медицинской помощи **невыполнимы**, из-за нехватки врачей «первичного контакта» и коек в стационарах.

7. РЕКОМЕНДАЦИИ

- В РФ в целях повышения доступности медицинской помощи населению необходимо **остановить сокращение коечного фонда, ликвидировать дефицит врачей** в первичном звене здравоохранения и **увеличить обеспеченность населения лекарственными средствами** за счет государственных средств как минимум в **3 раза**.
- В субъектах РФ необходимо рассчитать **нормативы** обеспеченности коечным фондом с учетом смертности и заболеваемости населения, а также реструктурировать коечный фонд так, как это принято сегодня в большинстве развитых стран – на койки «активного» лечения, реабилитации, психиатрические и длительного ухода (сестринские и паллиативного лечения). При этом важно установить жесткий государственный **контроль** над эффективностью использования коечного фонда и обучить главных врачей **эффективному управлению** потоками пациентов.
- В целях повышения эффективности государственной системы здравоохранения необходимо: тотальное и непрерывное **повышение квалификации медицинских кадров** (управленцев и врачей всех специальностей, среднего медперсонала) с использованием современных технологий (дистанционных, электронных и симуляционных).
- Для снижения заболеваемости населения необходимы **массовые межведомственные профилактические мероприятия при координации министерства здравоохранения РФ**.
- Для повышения **эффективности управления коечным фондом** необходимо следующее:
 - ✓ Немедленно приступить к развертыванию коек реабилитации, коек длительного ухода, коек дневного стационара согласно установленным нормативам и оснастить их соответствующим оборудованием, обеспечить подготовку соответствующих кадров.
 - ✓ Увеличить объемы работы амбулаторного отделения стационара, в том числе коек «хирургии одного дня» (в ряде случаев целесообразно объединить управление амбулаторно-поликлиническим учреждением и стационарным, имеющим в своем составе амбулаторное отделение).

- ✓ Организовать эффективную работу приемного отделения стационара с сортировкой больных по нозологиям и тяжести состояния.
- ✓ Организовать службу маршрутизации больных из приемного покоя в соответствующие отделения (протокол движения пациентов) и установить предельные сроки нахождения пациентов в приемном отделении.
- ✓ Организовать специальную службу выписки пациентов и своевременное планирование выписки и дальнейшего наблюдения пациентов согласно протоколу выписки (совместно с лечащим врачом).
- ✓ Определить «узкие» места в стационарах, снижающие мощность больниц, в том числе повысить эффективность деятельности приемного покоя, операционных, диагностических отделений;
- ✓ Внедрить международный протокол оценки обоснованности госпитализаций.
- ✓ Разработать показатели для оценки эффективности работы стационаров и осуществлять регулярный мониторинг этих показателей:
 - внутрибольничная летальность (стандартизованная по классу болезней и тяжести состояния);
 - показатель повторных поступлений в приемное отделение (7 дней и 28 дней);
 - контроль производительности и эффективности коек, в том числе проведение исследования АЕР – международный протокол оценки обоснованности госпитализации (ПООГ);
 - доля запланированных и отмененных операций;
 - количество исследований неэффективных для данного пациента;
 - превышение сроков пребывания в стационаре;
 - пропущенные амбулаторные визиты в стационар после выписки;
 - работа стационара в выходные дни и др.
- ✓ Внедрить информационные системы, позволяющие отслеживать свободные места как внутри стационаров, так и в системе здравоохранения города (региона) в целом.
- ✓ Организовать службу контроля за инфекционными осложнениями.
- ✓ Внедрить стандарты аккредитации медицинских организаций.
- ✓ Обучить управленцев здравоохранения по специальной программе Master of Business Administration (MBA) с акцентом на вопросах повышения эффективности управления стационаром.

Приложение 1

Таблица П-1

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В РФ, МОСКВЕ, «СТАРЫХ» СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ**

ПОКАЗАТЕЛЬ	РФ в среднем (2012-2013 гг.)	Москва (ДЗМ) (2012-2013 гг.)	«Старые» страны ЕС	Германия
I. ОБЩИЕ ДАННЫЕ				
Численность населения, млн чел	143,1	12,06	399,2	81,4
ВВП (ВРП) на душу населения в год (тыс. руб.) 2011 г.	316,6	865,6	—	—
ВВП (ВРП) на душу населения в год (тыс. \$ППС, 1\$=18,1руб., 2011 г. 1\$~19 руб., 2013 г.)	~24,4	~50,0	37,0	39,6
II. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ				
Средний возраст населения (лет)	39,2	41,0	42,5	—
Ожидаемая продолжительность жизни ОПЖ (лет)	70,3	76,0	81,4	80,8
Общий коэффициент смертности, ОКС (число умерших на 1 тыс. насел.)	13,2	9,7	9,3	—
Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) на 1 тыс. населения (2012 г.)	11,8	7,9	5,2	5,5
Младенческая смертность (число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми)	8,2	7,2	3,6	3,4
СКС населения от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения), 2012 г.	620,0	397,0	160,1	196,6
СКС населения от злокачественных новообразований (на 100 тыс. населения), 2012 г.	190,0	163,0	160,7	157,9
СКС от внешних причин (на 100 тыс. населения), 2012 г.	130,0	50,0	30,5	27,7
СКС населения от болезней органов дыхания (на 100 тыс. населения), 2012 г.	50,0	20,0	41,4	36,2
СКС населения от болезней органов пищеварения	56,0	35,1	25,4	28,4

ПОКАЗАТЕЛЬ	РФ в среднем (2012-2013 гг.)	Москва (ДЗМ) (2012-2013 гг.)	«Старые» страны ЕС	Германия
(на 100 тыс. населения), 2012 г.				
СКС населения от туберкулеза (на 100 тыс. населения), 2012 г.	11,2 (не стандартизованный показатель)	3,1 (не стандартизованный показатель)	0,4	0,23
III. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ				
Государственные расходы на здравоохранение (\$ППС на душу населения в год, 2012 г.)	860,0	1380,0	2 900,0	3 560,0
Государственные расходы на обеспечение населения лекарственными средствами в амбулаторных условиях (\$ППС на душу населения в год, 2012 г.)	48,0	90,0	309,0	450,0
IV. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОЙКАМИ И КАДРАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ				
Обеспеченность «всеми» койками на 1 тыс. населения (без коек на ремонте)	8,5	6,2	5,0	8,2
Обеспеченность койками «активного» лечения на 1 тыс. населения (2012 г.) (без коек на ремонте и фтизиатрических)	6,4	4,4	3,4	5,3
Обеспеченность всеми врачами на 1 тыс. населения (без ординаторов и интернов, стоматологов, гигиенистов)	3,5	3,6	3,7	4,2
Численность практикующих врачей на 1 тыс. населения (без ординаторов и интернов, стоматологов, гигиенистов, административно- управленческих и научных кадров)	3,2	3,4	3,4	3,8
Обеспеченность врачами «первичного» контакта (для РФ – врачи участковые педиатры и терапевты, ВОП) (Для ЕС – все врачи, работающие в амбулаторных условиях)	0,47 ¹¹	0,4	~1,12 ¹²	~1,6 ¹³

¹¹ В 2013 г. абсолютное число врачей первичного звена: 33 485 (участковые-терапевты) + 24 420 (участковые педиатры) + 8 995 (ВОП) = 66 900.

¹² По данным ВОЗ, в 6 «новых» странах ЕС в среднем 58,5% врачей работают в стационаре, соответственно, 41,5% врачей работают в амбулаторном звене ($2,7 \times 41,5\% = 1,12$).

¹³ По данным ВОЗ, в 11 «старых» странах ЕС в среднем 54,2% врачей работают в стационаре, соответственно, 45,8% врачей работают в амбулаторном звене ($3,7 \times 45,8\% = 1,69$).

ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ, РФ И РАЗВИТЫХ СТРАНАХ

1. Показатели для измерения и их сопоставимость

В странах ОЭСР (Организация стран экономического сотрудничества и развития) проводится обязательный мониторинг показателей, характеризующих время ожидания пациентами различных видов медицинской помощи, и установлены целевые значения этих показателей. Большинство стран использует серединные значения времени ожидания (это время, когда 50% получили доступ к врачу или к назначенному лечению, например в стационаре) и среднеарифметические значения (бывают несколько выше срединных). Одновременно используется показатель предельного времени ожидания, например, доля пациентов, которые получили доступ к хирургическому вмешательству в установленные сроки. Показатель считается достигнутым, если 90–95% пациентов получили лечение в установленные сроки.

При сравнении показателей в разных странах необходимо обращать внимание на методологию расчета показателя. Например, показатель может рассчитываться на основании подсчета времени ожидания пациентами, которые находились в листе ожидания, или по пролеченным в стационаре пациентам. Первый показатель обычно выше второго. Также необходимо обращать внимание, с какого времени начинается отсчет измерения показателя. Например, для времени ожидания планового стационарного лечения это может быть момент обращения к врачу-участковому терапевту или момент включения в лист ожидания.

2. Сравнение значений показателей в Москве (как пример субъекта РФ), в РФ в среднем (норматив) и развитых странах

В Москве при сравнении фактических значений показателей времени ожидания различных видов помощи (табл. П-2) видно, что все показатели находятся на уровне или приближаются к значениям развитых стран, а также укладываются в предельные нормативы, установленные Минздравом России на 2014 г. указанных показателей. **Это только при условии, что в Москве методология расчета указанных показателей верна.** Исключение составляет время ожидания врачей-терапевтов и педиатров участковых.

Так, в Москве среднее время прибытия скорой помощи при жизнеугрожающих состояниях (ДТП) составляет — **9,5 мин.**, что практически на уровне развитых стран, где это время составляет от **7,5 мин.** (Германия) до **11 мин.** (Канада).

Среднее время ожидания врача-специалиста в амбулаторных условиях составляет в Москве **8–10 дней**. При пересчете на принятые в развитых странах показатели это может означать, что **более 80%** пациентов попали к врачу в сроки до 20 дней. Таким образом, этот показатель даже лучше, чем в развитых странах, где в срок **до 30 дней** к специалистам попадает от **40%** пациентов (Канада) до **80%** (Германия).

Сегодня в Москве показатель среднего времени ожидания диагностических исследований (компьютерная томография и магнитно-резонансная томография) составляет **20 дней** и лучше, чем в Канаде (**до 40 дней**), однако пока не дотягивает до уровня Великобритании (**12 дней**).

В Москве показатель среднего времени ожидания плановой госпитализации в стационар (по хирургическому профилю) составляет в среднем **14 дней**. Этот показатель значительно лучше, чем в изученных зарубежных странах, где он колеблется в зависимости от вида вмешательства от **16–42 дней** (Нидерланды) и доходит до **82** (Великобритания) и **100** дней (Канада).

Исключение составляет показатель доступности участковых врачей. Так, в Москве среднее время ожидания участкового врача-терапевта и врача-педиатра составляет соответственно **4–5** и **2–3** дня. Это означает, что в случае нормального распределения значений показателей, в эти сроки укладывается только **50%** пациентов. В развитых странах (Нидерланды, Германия, Великобритания) до **80%** пациентов попадает на прием к врачу в день обращения или на следующий день.

3. Факторы, влияющие на снижение времени ожидания

ОЭСР в 2013 г. провела исследование по анализу факторов, влияющих на время ожидания пациентами различных видов помощи.

Обнаружена прямая отрицательная зависимость между временем ожидания пациентами плановой госпитализации и обеспеченностью койками. Так, **для того чтобы все пациенты попали на плановое стационарное лечение в сроки до 4 месяцев (120 дней), необходимо, чтобы обеспеченность койками «активного» лечения (без коек реабилитации, для психически больных и длительного ухода) была не менее 5,5 на 1 тыс.**

населения, как в Германии (при прочих равных условиях, например, нуждаемость в медицинской помощи, обеспеченность врачами первичного звена, доступность бесплатных лекарств в амбулаторных условиях и др.). Для того, чтобы в сроки ожидания 4 месяца укладывалось 90% пациентов, число коек активного лечения должно быть не менее 4,5 на 1 тыс. населения.

Другие факторы, положительно влияющие на снижение времени ожидания (в порядке убывания их значимости):

- внедрение целевых значений показателей времени ожидания и жесткие санкции за их несоблюдение;
- внедрение рейтингов медицинских организаций и конкуренции между ними за пациентов;
- увеличение производительности работы койки, путем внедрения системы оплаты стационаров по ДСГ (диагностически связанным группам, в РФ – КСГ);
- возможность выбора пациентами стационара;
- активное управление листами ожидания;
- внедрение системы приоритетов в листах ожидания.

4. Рекомендации для субъектов РФ

Для дальнейшего управления временем ожидания необходимо в дополнении к перечисленным в п. 3. мерам:

- 1) внедрить международно-принятые методики расчета показателей, в том числе по предельным величинам;
- 2) рассчитать и обеспечить, необходимые ресурсы (финансовые, кадровые и материально-технические) для выполнения установленных сроков ожидания (к 2016 и 2020 гг.) с учетом особенностей оказания медицинской помощи в каждом субъекте РФ.

Необходимо также уточнить целевые значения показателей времени ожидания плановых госпитализаций и других видов помощи, установленные для РФ и Москвы. С учетом более высокой нуждаемости населения РФ в медицинской помощи и низкой ресурсной обеспеченности здравоохранения РФ (см. табл. П-2), эти целевые значения показателей представляются завышенными, соответственно, трудновыполнимыми.

Таблица П-2

«ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТАМИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В МОСКВЕ, РФ И РАЗВИТЫХ СТРАНАХ»

ПОКАЗАТЕЛЬ	МОСКВА (ДЗМ) ФАКТ-ПЛАН			РФ НОРМАТИВ ⁱ 2014–2016 гг.	НИДЕРЛАНДЫ ⁱⁱ 2012 г.	ГЕРМАНИЯ ⁱⁱⁱ 2012 г.	ВЕЛИКО- БРИТАНИЯ ^{iv} 2012 г.	КАНАДА ^v 2012 г.
	дано <u>среднее</u> время ожидания							
	2013 г. ^{vi} (III квартала)	2016 г. ^{vii}	2020 г. ^{viii}					
	дано <u>максимальное</u> время ожидания			для приема врачей дано время ожидания определенной <u>доли</u> пациентов; для скорой помощи и диагностических вмешательств дано <u>среднее</u> время; для вмешательств (хирургических) дано <u>среднее</u> время ожидания от момента обращения до времени вмешательства (данные по пролеченным пациентам)				
	14,4 мин.	14 мин.	13 мин.	не более 20 мин. ^{ix}				
	9,5 мин.	9 мин.	8 мин.	—	7,5 мин. ^x (жизнеугро- жающие состояния)	8 мин. ^{xi} (жизнеугро- жающие состояния)	9,5–11 мин. ^{xii} (жизнеугро- жающие состояния)	
	4–5 дней (терапевт)	3 дня	2 дня	—	0–1 день (77% пациентов)	0–1 день (66% пациентов)	0–1 день (70% пациентов)	0–1 день (45% пациентов)
	2–3 дня (педиатр)			не более 2 ч. (в неотложной форме)				
Среднее время прибытия скорой медицинской помощи по экстренному вызову (мин.)								
Среднее время прибытия скорой медицинской помощи при ДТП (мин.)								
Среднее время ожидания врача-терапевта участкового, врача- педиатра участкового, ВОП при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме (дни)								

ПОКАЗАТЕЛЬ	МОСКВА 2013 г.	МОСКВА 2016 г.	МОСКВА 2020 г.	РФ НОРМАТИВ	НИДЕРЛАНДЫ 2012 г.	ГЕРМАНИЯ 2012 г.	ВЕЛИКО- БРИТАНИЯ 2012 г.	КАНАДА 2012 г.
Среднее время ожидания врача специалиста (при оказании первичной специализированной медико-санитарной помощи в плановой форме) (дни)	8–10 дней	7 дней	6 дней	не более 14 дней (10 рабочих дней)	не более 30 дней (70% пациентов)	не более 30 дней (80% пациентов)	не более 30 дней (70% пациентов)	не более 30 дней (40% пациентов)
Предельное время ожидания инструментальных и лабораторных диагностических исследований (при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме) (дни)	не более 2–5 дней			не более 14 дней (10 рабочих дней)	—	—	13 дней ^{xiii} (срединное время)	—
Среднее время ожидания диагностического исследования: МРТ и КТ (при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановом порядке) (дни)	20 дней	7 дней	5 дней	не более 38 дней (30 рабочих дней)	—	—	12 дней ^{xiv} (срединное время)	15 дней КТ, 40 дней МРТ ^{xv} (срединное время)

^v OECD health working papers N67, "Health at glance 2013, OECD indicators" http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/06/07/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2013-63-en&containerItemid=/content/serial/19991312&accessItemid=/content/book/health_glance-2013-en&mimeType=text/html

^{vii} Государственная программа города Москвы на среднесрочный период (2012 – 2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)»

^{viii} Доклад первого заместителя руководителя ДЗМ Н.Ф. Плавунца «Основные направления реализации программы "Столичное здравоохранение"».

^{ix} Приказ Минздрава России от 01.11.2004 г. № 179 (ред. от 15.03.2011) "Об утверждении Порядка оказания скорой медицинской помощи" и Приказ Минздрава России от 20.06.2013 г. № 388н "Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи".

^x Project Benchmarking EMS in Europe Benchmarking 7th Congress of the European Resuscitation Council Resuscitation Council Jerry Overton Richmond Ambulance Authority, Richmond, VA, USARichmond USAOn behalf of the Steering Committee of the EED project On projectContact: LudwigContact: LudwigMaximilians-Universität Mt München, , ArbeitsgruppeArbeitsgruppeGEOMED, DGEOMED, Dwww.www.eedeed--project.deproject.de

^{xi} Project Benchmarking EMS in Europe Benchmarking 7th Congress of the European Resuscitation Council Resuscitation Council Jerry Overton Richmond Ambulance Authority, Richmond, VA, USARichmond USAOn behalf of the Steering Committee of the EED project On projectContact: LudwigContact: LudwigMaximilians-Universität Mt München, , ArbeitsgruppeArbeitsgruppeGEOMED, DGEOMED, Dwww.www.eedeed--project.deproject.de

^{xii} «Health care in Canada- a focus on a waiting times», 2012, Canadian Institute for health information.

^{xiii} <https://www.gov.uk/government/news/nhs-diagnostics-waiting-times-and-activity-data-november-2012>.

^{xiv} <https://www.gov.uk/government/news/nhs-diagnostics-waiting-times-and-activity-data-november-2012>.

^{xv} «Health care in Canada- a focus on a waiting times», 2012, Canadian Institute for health information.

^{xvi} http://www.wipkv.de/uploads/tx_nppresscenter/Rationierung_und_Versorgungssystemen.pdf

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Статистические данные:

Для РФ — Росстат: <http://www.fedstat.ru/indicators/start.do>, <http://www.gks.ru/>, <https://www.rosminzdrav.ru/> и Сборник (Ресурсы и деятельность учреждений здравоохранения, III части, Москва, Минздрав РФ, 2013 г.);

Для стран ЕС — База данных ВОЗ <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence> и OECD health working papers N67, “Health at glance 2013, OECD indicators” http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2013-en/06/07/index.html?contentType=&itemId=/content/chapter/health_glance-2013-63n&containerItemId=/content/serial/19991312&accessItemIds=/content/book/health_glance-2013-en&mimeType=text/html

Научные статьи и аналитические обзоры:

1. Background briefing. Health Forum Steering Group, January 2008
2. Hospital beds. Health at a Glance: Europe 2012, OECD Publishing
3. Acute Hospital Bed Review: A review of acute hospital bed use in hospitals in the Republic of Ireland with an Emergency Department (Summary, conclusions and recommendations), PA Consulting Group, United Kingdom, 2007
4. *Robert W. Schafermeyer and Brent R. Asplin*. Hospital and emergency department crowding in the United States, February 2003
5. *Maria Purse*. Bed Capacity Management Policy, June 2010
6. *Bernd Rechel, Stephen Wright, James Barlow & Martin McKee*. Hospital capacity planning: from measuring stocks to modelling flows, Bulletin of the World Health Organization 2010
7. *Dr. Foster*. Fit For the Future? Hospital Guide, 2012
8. Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services: consultation document on the findings of the National Beds Inquiry, Department of Health, United Kingdom, February 2000
9. NSW Health Rehabilitation Redesign Project Final Report, Australia, 2010
10. *Donald, I. P.; Jay, Trish; Linsell, J.; Foy, Chris*. Defining the appropriate use of community hospital beds, British Journal of General Practice, February 2001, vol. 51, no. 463, pp. 95-100(6)

11. *Tomas Bata*. Analysis of the Reasons and Causes of Reducing Average Length of Stay in Healthcare Facilities in Selected OECD Countries, Department of Enterprise Economics, University in Zlín, Czech Republic
12. *Dr. Rod Jones*. (ACMA) Statistical Advisor, Hospital bed occupancy demystified and why hospitals of different size and complexity must run at different average occupancy. Healthcare Analysis & Forecasting, Camberley, UK, 2011
13. *Martin McKee*. Reducing hospital beds. What are the lessons to be learned? European Observatory on Health Systems and Policies, 2004
14. Inpatient Admissions and Bed management in NHS acute hospitals, Report by the Comptroller and Auditor General, 2000, UK
15. Hospitals in Europe healthcare data 2011, WHO/Europe, European HFA-DB
16. Waiting Time Policies in the Health Sector, OECD Publishing
17. *S. Ettelt*. Policy Brief. Capacity planning in health care, 2008
18. *Heather Baillie, William Wright, Alice McLeod, Neil Craig, Alastair Leyland, Neil Drummond, Andrew Boddy*. Bed occupancy and bed management, University of Glasgov, October 1997
19. *Kroneman M, Siegers JJ*. The effect of hospital bed reduction on the use of beds: a comparative study of 10 European countries, Soc Sci Med. 2004 Oct;59(8):1731-40.
20. *Eugene R. Boyer*. A New Approach to Acute Care Hospital Bed Management. A Case Study, US
21. *D. St George*. How many beds? Helping consultants to estimate their requirements. BMJ. 1988 September 17; 297(6650): 729–731
22. *Wilson A, Fitzgerald GJ, Mahon S*. Med J Aust. Hospital beds: a primer for counting and comparing, Brisbane, QLD, Australia, September 2010;193(5):302-4
23. *John Appleby, chief economist*. The hospital bed: on its way out? BMJ 2013; (Published 12 March 2013), Cite this as: BMJ 2013;346:f1563
24. *Ellen Nolte. Martin McKee*. Оказание помощи при хронических состояниях, 2011

Улумбекова Гузель Эрнстовна

АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА

**ОБ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ КОЕЧНЫМ ФОНДОМ
В РФ В СРЕДНЕМ, МОСКВЕ,
СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ
И ВРЕМЯ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТАМИ
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

Подписано в печать 12.09.2014. Формат 60х90 $\frac{1}{16}$.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Объем 2,75 усл. печ. л. Тираж 1000 экз. Заказ № 89

ООО «Издательство «Литтерра»,
117593, Москва, Соловьиный проезд, д. 18А.
Тел./факс: 8 (495) 921-38-56.

Отпечатано в ООО «Центр полиграфических услуг «Радуга»».
115280, Москва, ул. Автозаводская, д. 25.

ISBN 978-5-4235-0140-2



9 785423 501402 >



УЛУМБЕКОВА Гузель Эрнстовна окончила с отличием Казанский государственный медицинский университет по специальности врач-терапевт, кандидат медицинских наук. Председатель Правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования, руководитель комиссии по непрерывному образованию Национальной Медицинской Палаты, член Координационного совета Минздрава России по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования, член Правления и ответственный секретарь Российского общества по организации здравоохранения и общественному здоровью.

В 1994 г. основала и по 2006 г. возглавляла издательство «ГЭОТАР-Медиа» — крупнейшее медицинское издательство в РФ, определяющее информационно-образовательную политику в здравоохранении. В 2004 г. основала и по 2007 г. возглавляла консалтинговую компанию по вопросам организации здравоохранения «Комплексный медицинский консалтинг». С 2007 по 2009 г. являлась советником губернатора Самарской области по вопросам организации здравоохранения и отвечала за разработку Стратегии развития здравоохранения Самарской области. В 2008 г. была назначена ответственным секретарем комиссии по разработке «Концепции развития здравоохранения и охраны здоровья населения РФ до 2020 года» и организовывала работу этой комиссии.

С 2003 г. занимается активной экспертной деятельностью по вопросам организации здравоохранения в Общественной и Торгово-промышленной палатах РФ, Комитете ГД по охране здоровья, Центре стратегических разработок при Минэкономразвития России, совете ВОЗ по доказательной медицине и др. Проводила анализ законопроектов «О здравоохранении РФ», «Об обязательном медицинском страховании», «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и др.

С 2003 г. под руководством Г.Э. Улумбековой был выполнен целый ряд крупномасштабных проектов в области медицинского образования и организации здравоохранения (организация разработки и внедрения учебников нового поколения для непрерывного медицинского образования, клинических рекомендаций; электронной медицинской библиотеки и др.). Лично ею были подготовлены следующие аналитические документы: «Научные основы Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г.», «Развитие системы непрерывного медицинского образования в РФ», «Предложения по управлению качеством медицинской помощи в РФ».

Гузель Улумбекова является автором монографии «Здравоохранение России. Что надо делать» (2010), соавтором учебника для медицинских вузов «Общественное здоровье и здравоохранение» (2011), автором и одним из главных редакторов национального руководства «Общественное здоровье и здравоохранение» (2013). Тема докторской диссертации — «Научное обоснование направлений развития здравоохранения РФ на среднесрочный период» (2013).

ISBN 978-5-4235-0140-2



9 785423 501402 >