

Обоснованность стационарзамещающих технологий в урологии

А.А. Калининская¹, А.Г. Машин², С.В. Антипенко³

¹ФГУ «ЦНИИ организации и информации здравоохранения», Москва,

²ФГБУ «Поликлиника №2» УД Президента РФ,

³«Городская клиническая больница», Жуковский

В статье представлен анализ использования коечного фонда урологического отделения МУЗ ГKB г. Жуковского Московской области, являющегося межрайонным центром по этой патологии. Представлена частота госпитализации в зависимости от характера урологической патологии и возрастной группы больного. Высокая доля экстренных госпитализаций свидетельствует о плохой доступности урологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне. Показатели деятельности урологического отделения ГKB даны в сравнении с Московской областью. Проведенное исследование свидетельствует о необходимости усиления профилактической и диспансерной работы с этим контингентом больных. Следует активно развивать дневные стационары с целью обследования, профилактической госпитализации или долечивания больных с урологической патологией.

Ключевые слова: коечный фонд, урологическая патология, эффективность использования коечного фонда, дневной стационар, госпитализация.

The authors have analyzed effectiveness of hospital bed-occupancy in the urological department of the municipal hospital in Zhukovsky (Moscow region) which is a central urological department for some neighboring communities. A hospitalization rate has been assessed depending on the character of urological pathology and age group of patients. A high rate of urgent hospitalizations indicates an unsatisfactory availability of urological help at the out-patient-polyclinical stage. Effectiveness of this urological department is compared to others in Moscow region. The research performed by the authors has demonstrated that prophylactic and out-patient service must be intensified in this category of patients. One-day hospitalizations should also be organized more actively so as to examine, consult, provide after-care and some prophylactic measures in patients with urologic pathology.

Key words: bed occupancy, urologic pathology, effectiveness of bed-occupancy utilization, one-day hospitalization.

Низкая эффективность деятельности стационарной помощи, в том числе урологической, в определенной мере связана с целым рядом причин, в числе которых: плохая преемственность в деятельности стационаров и поликлиник; отсутствие необходимого лечебно-диагностического обследования в амбулаторных условиях; необоснованно завышенные показатели средней длительности лечения больных в стационарах; отсутствие необходимых врачей-специалистов в поликлинике и плохо организованная система консультативной работы с поликлиническими больными в стационарах; недостаточно развитая сеть стационарзамещающих форм медицинской помощи; высокий уровень госпитализации больных по социальным показаниям; плохо развитая сеть медико-социальных коек [1–4].

В последнее десятилетие в стационары поступает все больше и больше больных с запущенными случаями заболеваний, а также с обострениями хронических заболеваний мочеполовой системы. Значительно возросло число больных с обострениями хронической патологии, поступивших по скорой медицинской помощи. Это в первую очередь свидетельствует о низком качестве амбулаторной помощи, включая профилактику, диагностику и лечение.

Урологическая больничная служба, так же как и другие специализированные виды больничной помощи населению, должна быть организована с учетом интенсивности лечения больных. Целесообразно выделять отделения (или койки) в пределах одной больницы для интенсивного лечения и кратковременного пребывания больных, выполняющие функции отделений скорой медицинской помощи. Эти отделения должны иметь соответствующее лечебно-диагностическое оснащение и высококвалифицированных врачей-специалистов. Работа предусматривает круглосуточное проведение оператив-

ных вмешательств. Ввиду высокой стоимости лечения больных на таких койках сроки лечения следует максимально оптимизировать.

При этом следует выделить для этой группы больных больницы или отделения (койки) нормального ухода долечивания. Такие больницы менее ресурсозатратны, и сроки лечения больных в них более длительные.

Оптимизация затрат на стационарную медицинскую помощь (в частности, урологическую) может быть достигнута путем усиления амбулаторного звена этой службы: профилактической и лечебно-диагностической работы. Важным разделом деятельности является организация консультативно-диагностической работы, которая может осуществляться специалистами поликлинических консультативно-диагностических служб, а также путем развития консультативно-диагностических служб при стационарах.

Очень важной ресурсосберегающей формой организации работы стационаров является развитие дневных стационаров, в которых можно осуществлять долечивание больных теми же высококвалифицированными врачами стационаров, возможно, эффективно использовать эту форму для проведения сложных диагностических обследований больных.

В связи с вышесказанным в нашем исследовании было проведено изучение эффективности использования коечного фонда в пилотном урологическом отделении МУЗ «ГКБ» г. Жуковского Московской области (МО).

На конец 2010 г. коечная мощность МУЗ «ГКБ» составляла 650 коек круглосуточного пребывания, в том числе 37 коек урологического профиля. Кроме того, в больнице 131 койка дневного пребывания при стационаре, в том числе 5 коек дневного стационара урологического профиля.

Таблица 1

Основные показатели деятельности стационарного урологического отделения ГKB и МО в динамике

Показатель	2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	ГКБ	МО	ГКБ	МО	ГКБ	МО	ГКБ	МО	ГКБ	МО
Общее число среднегодовых коек	42	877	37	905	38	917	37	925	37	912
Пролечено больных	958	25 352	957	26 583	906	28 247	1070	29 195	1040	29 651
Обеспеченность койками на 10 000 населения	4,9	1,3	4,3	1,4	4,3	1,4	4,1	1,4	4,0	1,4
Уровень госпитализации на 1000 населения	11,1	3,8	10,1	4,0	10,3	4,2	11,9	4,4	11,6	4,4
Средняя длительность лечения, дни	13,7	11,1	13,1	10,9	13,6	10,8	12,0	10,7	13,5	11,4
Оборот койки	22,8	29,1	25,6	29,6	23,8	31,0	29,0	31,8	28,9	32,7
Число дней использования койки в году	313,0	322,5	334,9	323,1	323,0	335,0	347,5	339,5	392,4	372,3

Непременным условием разработки целенаправленных мероприятий по совершенствованию стационарной медицинской помощи урологическим больным является анализ основных показателей деятельности больничных коек. В процессе исследования проведен анализ показателей использования урологических коек ГКБ в динамике за 5 лет (табл. 1).

Обеспеченность урологическими койками в ГКБ выше, чем в МО, и составила в 2010 г. 4,0 на 10 тыс. населения (в МО 1,4). В динамике за 5 лет этот показатель в ГКБ снизился с 4,9 (2006 г.) до 4,0 на 10 тыс. населения в 2010 г. За последний год общее число урологических коек ГКБ сократилось с 42 до 37 — на 11,9%. В МО число урологических коек за последний год уменьшилось на 1,4%.

Высокая обеспеченность урологическими койками ГКБ связана с тем, что это отделение является межрайонным центром и принимает на госпитализацию больных со всей МО.

Анализ показал, что за период 2006–2010 гг. средняя длительность лечения урологических больных ежегодно имела тенденцию к незначительному снижению (с 13,7 дня в 2006 г. до 13,5 дня в 2010 г.). В МО эти показатели ниже и незначительно повысились в динамике за 5 лет — с 11,1 до 11,4 дня, что является результатом выполнения отделением функций межрайонного центра и более тяжелым контингентом больных.

Об интенсивности использования коечного фонда свидетельствуют показатели средней занятости койки в году. В ГКБ этот показатель с 313,0 дня в 2006 г. увеличился до 392,4 дня в 2010 г. В МО число дней работы урологической койки увеличилось за этот период с 322,5 до 372,3. Как свидетельствует анализ отчетных данных, интенсивность использования коечного фонда в ГКБ значительно лучше, чем в МО.

Урологическое отделение ГКБ выполняло функции скорой помощи больным г. Жуковского. Показатели деятельности урологического отделения ГКБ в динамике за 2006–2010 гг. свидетельствуют о довольно интенсивной работе коечного фонда, особенно в 2010 г.

В 2010 г. в урологическом отделении было пролечено 1040 больных. Средняя длительность лечения больных составила 13,6 дня, оборот койки — 28,9. Работа койки в году составила 392,4 дня. План койко-дней выполнялся на 105,7%.

Такие высокие показатели использования коечного фонда в ГКБ связаны с тем, что урологическое отделение данного учреждения являлось отделением скорой медицинской помощи для всего населения г. Жуковского, а также это результат кризисного состояния экономики, увеличения запущенных случаев хронической патологии в связи с недоступностью стоимости лекарственных препаратов для большинства населения.

Как видно из табл. 2, около половины госпитализированных больных (50,2%) поступила в урологические отделения ГКБ в плановом порядке, при этом велика доля экстренных госпитализаций (больные, доставленные по скорой медицинской помощи, составили 46,4% и экстренно без направления поступили 3,4% больных).

Большая доля экстренных госпитализаций свидетельствует о плохой организации урологической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне. В штатах городских поликлиник и поликлинических отделениях городских больниц, как правило, отсутствуют врачи-урологи, а врачи-терапевты не владеют в должной мере знаниями по этой патологии. Профилактическая работа практически не проводится, у участкового врача нет материальной заинтересованности в профилактике и здоровье пациента.

Анализ возрастно-половой структуры госпитализированных урологических больных показал, что 61,3% со-

Таблица 2

Характер поступления урологических больных (в % к итогу, 2010 г.)

Нозологическая форма	Всего	Доставлены скорой медицинской помощью	Плановые	Без направления
Мочекаменная болезнь	100,0	29,0	67,0	4,0
Аденома простаты	100,0	12,0	81,0	7,0
Инфекции мочевых путей	100,0	84,0	12,0	4,0
Травма мочевой системы	100,0	98,0	0,0	2,0
Новообразования мочевой системы	100,0	9,0	91,0	0,0
Всего ...	100,0	46,4	50,2	3,4

Таблица 3

Возрастные особенности больных, госпитализированных в урологическое отделение (в % к итогу, 2010 г.)

Нозологическая форма	Всего	Возрастная группа, годы				
		20-29	30-39	40-49	50-59	60 лет и старше
Мочекаменная болезнь	100,0	0,3	6,6	19,2	72,1	1,8
Аденома простаты	100,0	-	-	-	42,7	57,3
Инфекции мочевых путей	100,0	1,2	7,4	16,0	29,5	45,9
Опухоли	100,0	-	2,1	6,4	57,4	34,0
Всего ...	100,0	0,5	5,7	15,3	58,1	20,5

ставили мужчины и 38,7% — женщины. В числе госпитализированных большинство составили больные возрастной группы 50-59 лет (58,1%) и 60 лет и старше (20,5%). Доля больных в возрасте до 39 лет составила 6,2%, 40-49 лет — 15,3% (табл. 3).

Госпитализированные больные с инфекциями мочевых путей относились в основном к старшей возрастной группе 60 лет и старше (45,9%) и 50-59 лет (29,5%), в возрасте до 29 лет доля этой патологии составила 1,2%, 30-39 лет — 7,4%.

Мочекаменная болезнь в структуре госпитализации в основном приходилась на возрастные группы 50-59 лет (72,1%) и 40-49 лет (19,5%). Наибольшая доля госпитализированных больных с аденомой простаты приходилась на возраст 60 лет и старше (57,3%) и 50-59 лет (42,4%).

Анализ сроков лечения больных в урологических отделениях (2010 г.) показал, что средняя длительность лечения составила 13,5 дня (табл. 4). Наибольшие сроки лечения были по поводу аденомы простаты (14,1 день). Больные с этой патологией, как правило, лица пожилого возраста, большинство из которых были оперированы. Средние сроки лечения больных по поводу травм мочевой системы — 15,0 дня, мочекаменной болезни — 14,6 дня, новообразований — 13,9 дня, инфекций мочевых путей — 13,8 дня.

Таблица 4

Средняя длительность лечения госпитализированных урологических больных в зависимости от нозологических форм (2010 г.)

Нозологическая форма	Доля госпитализированных больных, %	Средняя длительность лечения, дни
Мочекаменная болезнь	55,0	14,6
Аденома простаты	13,7	14,1
Инфекции мочевых путей	22,2	13,8
Новообразования мужских мочевых путей	8,3	13,9
Травмы мочевой системы	0,8	15,0
Всего	100,0	13,5

Таблица 5

Структура госпитализированных больных в ДС урологического отделения ГКБ, 2010 г.

Лечение с 1-го дня	%	Долечивание	%
Обострение хронического простатита	60	Обострение хронического простатита	25
Мочекаменная болезнь	25	Мочекаменная болезнь	60
Другие воспалительные заболевания	5	Другие воспалительные заболевания	5
Обтурационный пиелонефрит	10	Обтурационный пиелонефрит	10
Всего ...	100	Всего ...	100

В структуре дневного стационара хирургического профиля развернуто 5 койко-мест дневного стационара (ДС) урологического профиля. В 2010 г. на 5 койках ДС урологического профиля пролечено 92 больных, которые выполнили 1248 пациенто-дней. Средняя длительность лечения больных на койках ДС урологического профиля составила 9,1 дня.

На урологических койках ДС больные проходят лечение с 1-го дня и долечивание после интенсивного лечения на койках урологического профиля круглосуточного стационара. Структура госпитализированных больных на койках ДС урологического профиля с 1-го дня и долечивания представлена в табл. 5. С 1-го дня в ДС получают лечение в основном больные с обострением хронического простатита (60%) и по поводу мочекаменной болезни (25%). Долечивание в большей мере проходили больные с мочекаменной болезнью (60%) и обострением хронического простатита (25%). Следует отметить, что койки ДС работали, как правило, в 1 смену и экономический эффект от их организации незначителен. Более целесообразно организовать ДС как самостоятельное структурное подразделение на базе амбулаторно-поликлинического отделения с выделенными штатами и работой койки в 2 смены.

Являясь отделением скорой медицинской помощи, пилотное урологическое отделение выполняет большой объем экстренной медицинской помощи в приемном отделении (до 23,4% от общего числа госпитализированных).

О высокой загруженности работы службы и необходимости совершенствования ее деятельности свидетельствует анализ отказов от госпитализации. Проведенное изучение показало, что доля отказов составила 5,7%. При этом почти всем этим больным была оказана экстренная помощь врачами-урологами в приемном отделении.

В процессе исследования нами были изучены причины отказов в госпитализации (с оформлением информированного добровольного отказа пациентов от госпитализации в урологическое отделение):

1. По поводу мочекаменной болезни: купированная почечная колика; диагноз почечной колики не подтвержден (радикулит, аппендицит, холецистит, аднексит и др.); подтвержденный диагноз злокачественного новообразования почки.
2. Аденома предстательной железы, острая задержка мочи (отказ от госпитализации после катетеризации мочевого пузыря); в связи с лечением в другом

стационаре; подтвержденный диагноз злокачественной опухоли мочевого пузыря или простаты.

Следует отметить, что большая доля больных, которым было отказано в госпитализации, могла бы получать лечение или проходить обследование в условиях ДС.

Проведенный нами анализ объема и характера деятельности урологического отделения пилотной ГKB свидетельствует о необходимости усиления профилактической и диспансерной работы с этим контингентом больных. Требуется активизация профилактической деятельности участковых врачей совместно с работой отделений профилактики, центров здоровья по усилениювалеологической грамотности населения. Следует активно развивать ДС с целью обследования, профилактической госпитализации или долечивания больных с урологической патологией.

Литература

1. Стародубов В.И., Калининская А.А., Бальзамова Л.А., Матвеев Э.Н. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация работы, нормативная база // Первичная

медицинская помощь: Состояние и перспективы развития. — М., 2007. — С. 94-113.

2. Дагунов М.Д., Шабунова А.А., Калашников К.Н. Стационарозамещающие технологии в региональном здравоохранении: организационно-экономический аспект // Экономические перемены: факторы, тенденции, прогноз. — 2(10). — 2010. — С. 115-122.

3. Злобин А.Н. Планирование и регулирование ресурсов здравоохранения в субъектах Российской Федерации // Автореф. дис ... д-ра. мед. наук, 2003. — 49 с.

4. Щепин О.П., Какорина Е.П., Флек О.В. Эффективность использования стационарозамещающих технологий в системе здравоохранения: под общ. ред. В.И. Стародубова. — М.: 2006. — 408 с.