

Обеспечение населения Российской Федерации стационарной медицинской помощью

В.И. Перхов, Е.Е.Балуев

Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава, Москва

Резюме

В течение последнего десятилетия в России регистрируется увеличение распространенности среди населения практически всех классов болезней. Вместе с тем, ухудшение здоровья населения страны обусловлено не только комплексом общих социально-экономических факторов, но и рядом негативных тенденций в системе здравоохранения, одной из которых является несбалансированность структуры медицинской помощи по её видам и профилям. Имеющийся дефицит финансирования Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи связан не только с общей нехваткой средств. Изучение соответствующих данных об обеспечении населения Российской Федерации стационарной медицинской помощью позволяет сделать общий вывод о наличии существенных структурных сдвигов и дисперсии по основным показателям деятельности больничных учреждений, расположенных на разных территориях страны. Сложившаяся экономическая ситуация в государстве делает не-реальным нахождение дополнительных ресурсов для увеличения доходной части программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Поэтому снизить уровень дефицита можно только за счет сокращения расходов путем структурных преобразований в сети лечебно-профилактических учреждений страны. Из всех возможных источников сокращения расходов наиболее приемлемым является сокращение стационарных расходов, составляющих более 60% всех расходов на оказание медицинской помощи населению и в 1,7 раза превышающих следующие по величине поликлинические расходы.

Ключевые слова: стационар, медицинская помощь, программа государственных гарантий

Guarantee with the stationary medical care of the population of the Russian Federation

V.I. Perkhov, E.E. Baluev

Central Public Health research Institute of Ministry of Health Care and Social Development of Russian Federation, Moscow

Summary

Over the last decade, there has been registered an increase in the frequency of practically all classes of diseases among the population. At the same time, the decline in health of the country's population is caused not only by the complex of the general socio-economic factors, but also by a number of negative tendencies in the health care system, one of which is the imbalance between the types and profiles of the medical care structure. The existing financial deficit of the Program of state guarantees for free medical help to the citizens of the Russian Federation is connected not only to the general lack of funds. The study of the corresponding data on the supply of stationary medical help for the Russian Federation's population allows one to make a general conclusion about the presence of substantial structural shifts and dispersion in the main indicators of the hospital institutions' performance in different regions of the country. The existing national economical situation makes finding additional resources to increase the income of the state Program of guarantees for free

medical help unreal. That is why the deficit level can be lowered only by cutting the expenses through structural transformations in the network of the country's treatment and preventive institutions. Of all the possible sources of lowering expenses the most appropriate is the decrease in stationary expenses, which constitute more than 60% of all expenses for administering medical help to population, and exceed the polyclinical expenses (which are the next in size) by a factor of 1.7.

The keywords: hospital, medical aid, the program of the state guarantees

Координаты для связи с авторами: finramn@mail.ru

В 2007 году в Российской Федерации в круглосуточных стационарах государственных и муниципальных учреждений здравоохранения (суммарный коечный фонд – 1346,3 тыс. коек) получили медицинскую помощь 32,0 млн. человек, которыми проведено 428,6 млн. койко-дней.

Обеспеченность населения койками круглосуточных стационаров с 2000 по 2007 гг. сократилась с 104,7 до 94,7 коек на 10000 населения (табл. 1).

В разрезе федеральных округов различия в уровне обеспеченности населения койками круглосуточных стационаров незначительны (рис.1).

Наибольшее значение интенсивного показателя обеспеченности койками в 2007 году в Дальневосточном федеральном округе (102,2 на 1000 населения), наименьшее – в Южном федеральном округе (86,2). Интервал между крайними значениями показателей – 16,0 коек на 1000 населения.

В целом по Российской Федерации 12,9% коечного фонда расположено в сельской местности. Наибольший удельный вес сельских больничных коек в Южном федеральном округе (23,9%), наименьший – в Северо-Западном федеральном округе (6,9%). В Центральном – 7,7%, Уральском – 8,5%, Сибирском – 17,1%, Приволжском – 13,0%, Дальневосточном – 15,2%.

Население субъектов Российской Федерации крайне неравномерно обеспечено койками круглосуточных стационаров.

Максимальный показатель обеспеченности койками на 10000 населения в 2007 году (41,8) отмечен в Республике Ингушетия, максимальный – в Тюменской области (224,6). Интервал между крайними значениями показателей – 182,9 коек на 10000 населения.

Население большинства субъектов Российской Федерации (47 из 85) обеспечено койками в диапазоне от 81 до 100 на 10000 населения.

В диапазон обеспеченности мощностями круглосуточных стационаров **от 42–80 коек на 10000 населения** вошли Республика Дагестан, Чеченская Республика, Ленинградская область и Владимирская область.

В диапазоне от 81–100 коек на 10000 населения находятся: Самарская область; Московская область; Калининградская область; Краснодарский край; Белгородская область; Республика Татарстан; Приморский край; Республика Хакасия; Ставропольский край; Саратовская

Динамика основных показателей стационарной помощи в Российской Федерации

Показатель	2000	2004	2005	2006	2007
Число случаев госпитализации на 1000 населения	212	222	224	222	224,8
Число коек на 10000 населения	104,7	99,3	98,5	96,4	94,7
Средняя длительность пребывания больного на койке (дней)	15,5	14,0	13,8	13,6	13,4
Среднее число дней работы койки в году	316	319	318	317	318,5

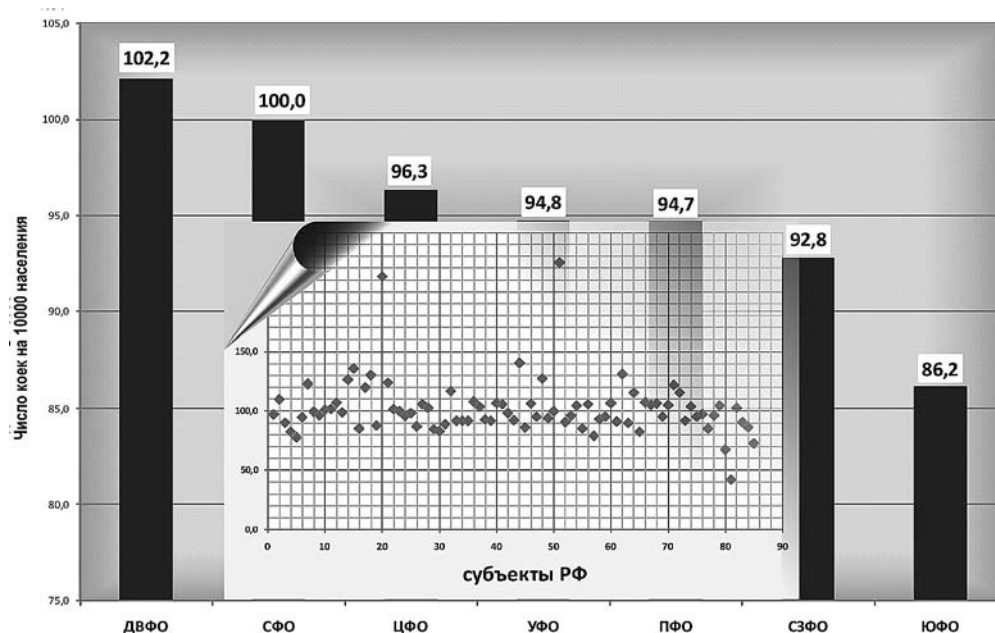


Рис.1. Показатели обеспеченности федеральных округов и субъектов Российской Федерации мощностями круглосуточных стационаров государственных медицинских учреждений в 2007 году (на 10000 населения)

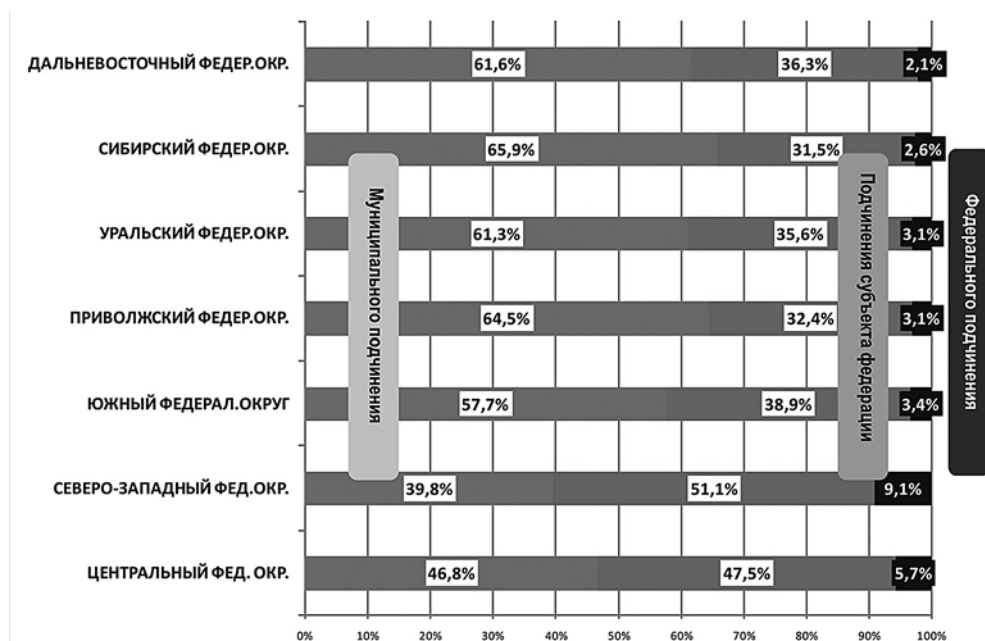


Рис.2. Распределение коечного фонда федеральных округов по уровням организации оказания медицинской помощи

область; Республика Башкортостан; Хабаровский край; Чувашская Республика; Курская область; гор. Санкт - Петербург; Республика Бурятия; Ростовская область; Ханты-Мансийский авт.округ; Калужская область; Кемеровская область; Ульяновская область; Красноярский край; Астраханская область; Курганская область; Воронежская область; Мурманская область; гор. Москва; Тамбовская область; Республика Северная Осетия - Алания; Пензенская область; Кабардино-Балкарская Республика; Псковская область; Челябинская область; Карачаево-Черкесская Респ.; Архангельская область; Свердловская область; Республика Алтай; Пермский край; Еврейская авт. об-

ласть; Новгородская область; Оренбургская область.

В диапазоне от 101–120 коек на 10000 населения находятся: Иркутская область; Республика Коми; Рязанская область; Республика Карелия; Волгоградская область; Ямало-Ненецкий авт.округ; Новосибирская область; Республика Адыгея; Томская область; Омская область; Республика Мордовия; Тверская область; Брянская область; Республика Марий Эл; Орловская область; Ивановская область; Смоленская область; Алтайский край; Вологодская область; Амурская область; Ярославская область; Липецкая область; Удмуртская Республика; Республика Саха (Якутия).

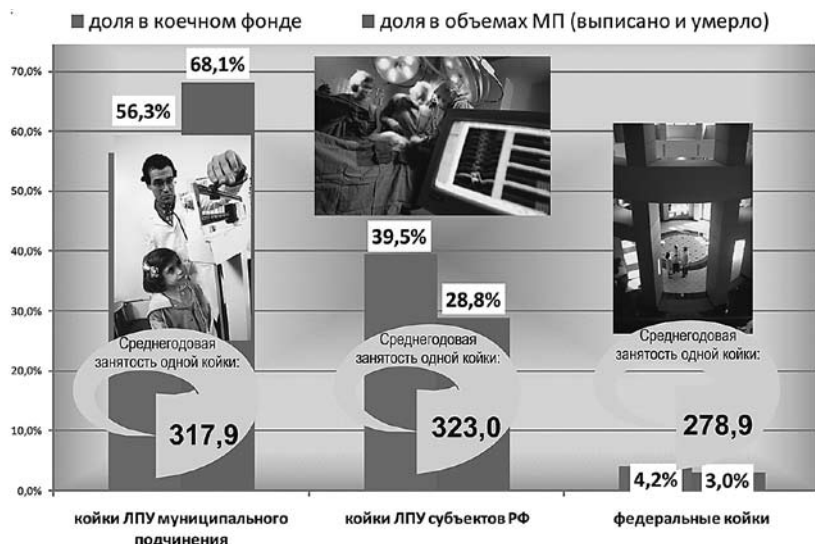


Рис. 3. Долевое распределение стационарных мощностей (число коек) и объемов оказанной населению Российской Федерации стационарной медицинской помощи (число больных) по уровням подчинения ЛПУ в 2007 году

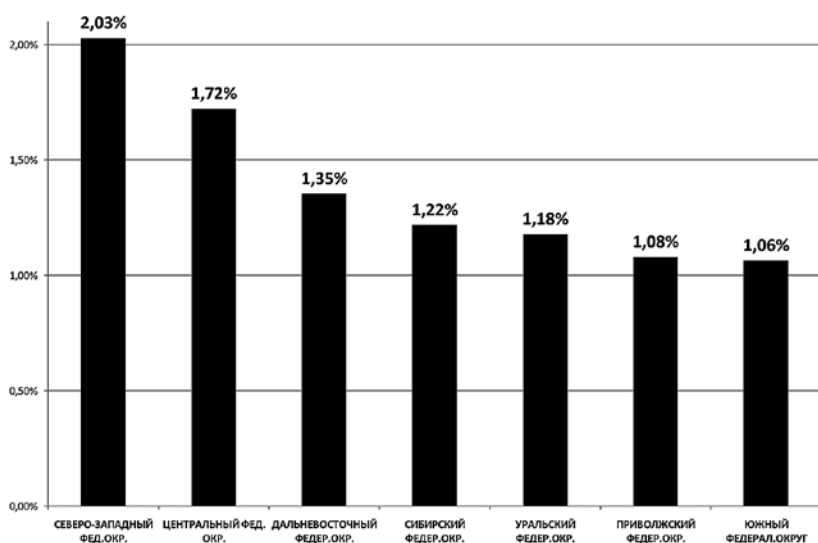


Рис. 4. Госпитальная смертность в государственных и муниципальных медицинских учреждениях в 2007 году в разрезе федеральных округов

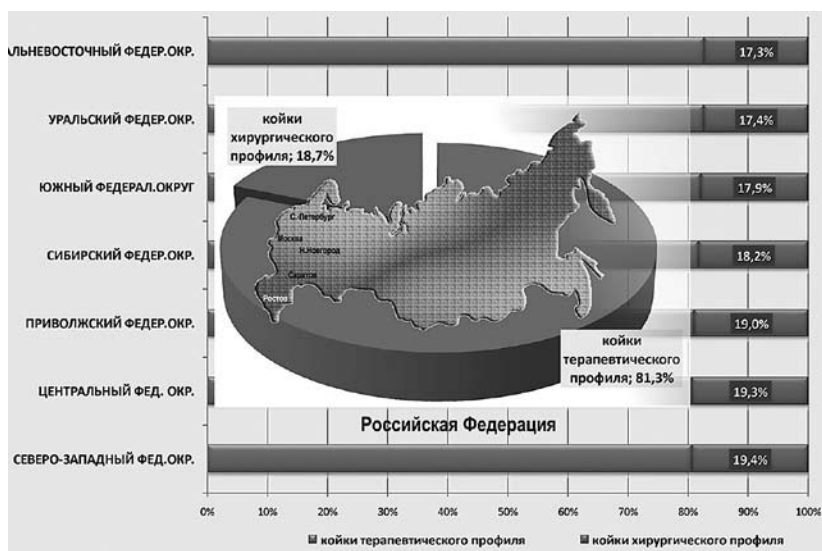


Рис. 5. Дифференциация коечного фонда (по хирургическому и терапевтическому профилям) круглосуточных стационаров государственных медицинских учреждений в разрезе федеральных округов Российской Федерации в 2007 году

В диапазоне от 121–140 коек на 10000 населения находятся: Тульская область; Ненецкий автономный округ; Кировская область; Камчатская край; Читинская область; Сахалинская область; Костромская область; Магаданская область. Более 140 коек на 10000 населения – Чукотский автономный округ; Тюменская область.

Отмеченные выше особенности динамика показателей обеспеченности населения койками не привели к сниже-

нию частоты госпитализации больных, которая за период с 2000 по 2007 гг. увеличилась на 6,0%. Соответственно изменились значения показателей средней длительность пребывания больного на койке (рост на 13,5%), среднего числа дней работы койки в году (снижение на 0,8%).

Распределение коечного фонда по уровням организации оказания медицинской помощи в разрезе федеральных округов свидетельствует о наибольшем удельном весе ста-

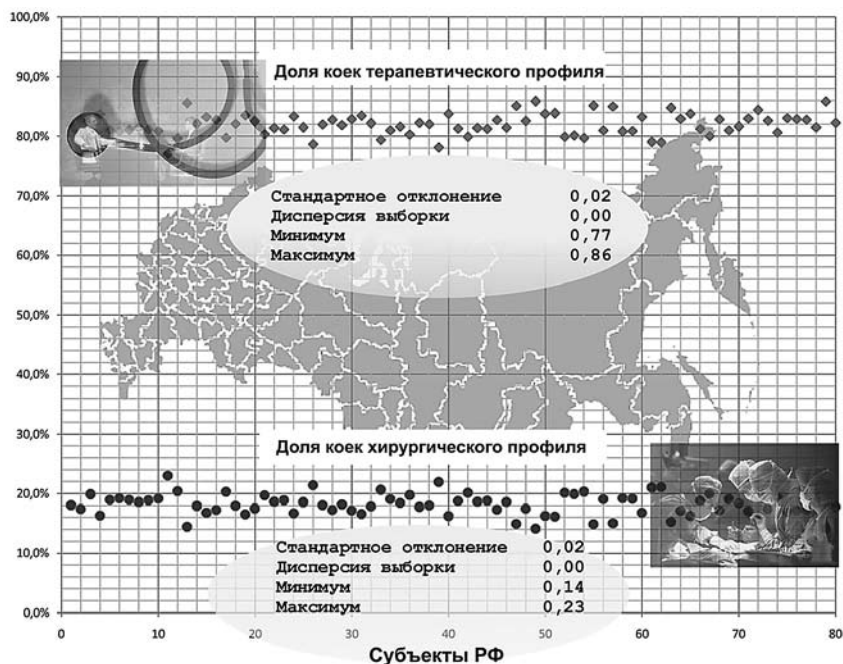


Рис. 6. Дифференциация коечного фонда (по хирургическому и терапевтическому профилям) круглосуточных стационаров государственных медицинских учреждений в разрезе субъектов Российской Федерации в 2007 году

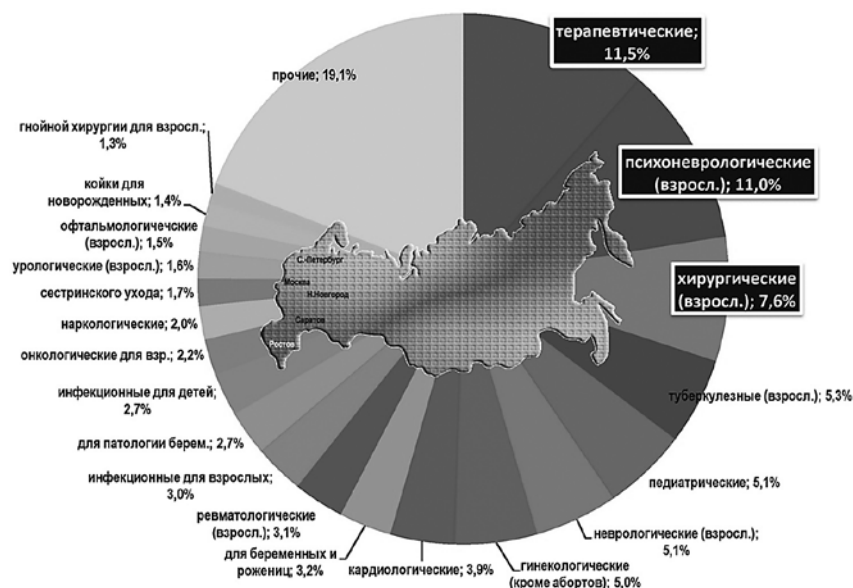


Рис. 7. Структура коечного фонда круглосуточных стационаров государственных и муниципальных медицинских учреждений Российской Федерации в разрезе профилей коек, классифицированных в соответствии с формой государственной статистической отчетности № 47 (2007 год)

ционарных мощностей федерального подчинения и подчинения субъекта федерации в Северо-Западном и Центральном федеральных округах за счет Москвы (коек подчинения субъекта федерации – 83,8%, федерального подчинения – 16,2%) и Санкт – Петербурга (коек подчинения субъекта федерации – 75,9%, федерального подчинения – 24,1%).

В остальных округах удельный вес числа коек разной подчиненности примерно одинаков (рис. 2).

В среднем по Российской Федерации среднегодовая занятость одной койки в муниципальных ЛПУ составила в 2007 году 317,9 дней, в медицинских учреждениях субъектов федерации – 323,0 дня, в учреждениях здравоохранения федерального подчинения – 278,9 дня. При этом, имея в своем распоряжении 56,3% стационарных мощностей, муниципальные учреждения здравоохранения предоставили населению почти 70% объемов стационарной медицинской помощи (рис 3).

Уровень госпитальной смертности наиболее высокий в медицинских учреждениях, расположенных на терри-

тории Северо-Западного федерального округа, наименьший – в ЛПУ Южного федерального округа (рис. 4).

Анализ распределения коечного фонда по профилям показал, что в целом по Российской Федерации доля коек хирургического профиля составляет 18,7%, терапевтического профиля – 81,3%. Наибольший удельный вес коек хирургического профиля в медицинских учреждениях, расположенных на территории Северо-Западного федерального округа (19,4%, наименьший – на территории Дальневосточного федерального округа (17,3%) (рис. 5).

Анализ состава мощностей круглосуточных стационаров, дифференцированных по хирургическому и терапевтическому профилям, не выявил существенных структурных различий в разрезе субъектов Российской Федерации (рис. 6).

Из существующих 70 профилей коек круглосуточных стационаров (форма государственной статистической отчетности № 47 «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения») удельный вес 20 профилей коек



Рис.8. Уровни сдвига в 2007 году показателя фактических расходов на содержание одной койки круглосуточного стационара по федеральным округам в сравнении с фактическим среднероссийским показателем (без учета данных по федеральному уровню организации оказания стационарной медицинской помощи)

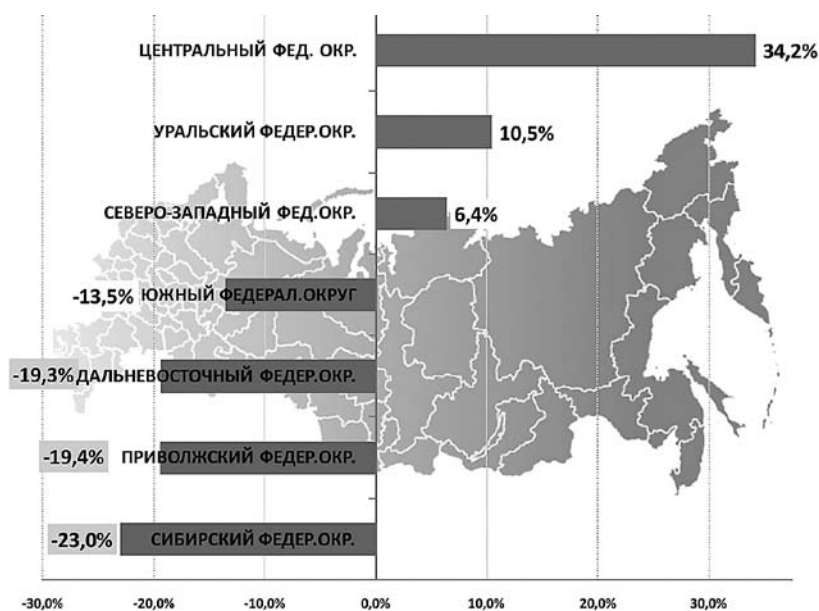


Рис.9. Уровни сдвига в 2007 году показателя приведенных расходов на содержание одной койки круглосуточного стационара по федеральным округам в сравнении с приведенным среднероссийским показателем (без учета данных по федеральному уровню организации оказания стационарной медицинской помощи)

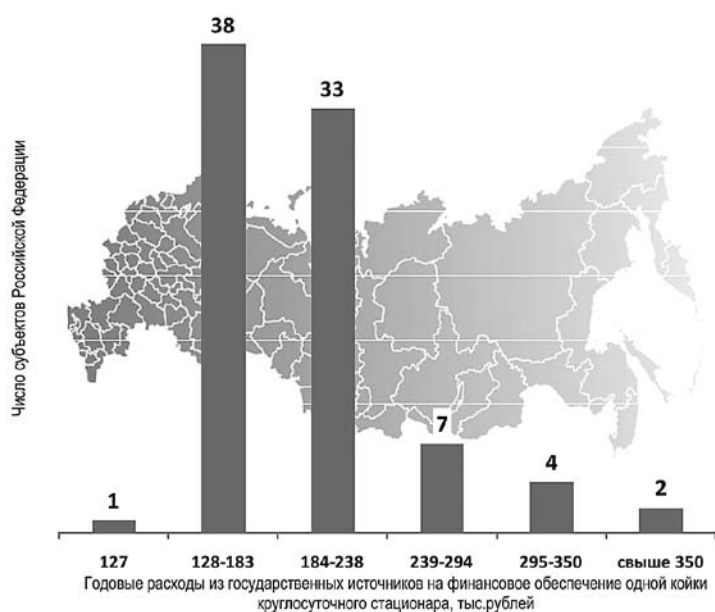


Рис.10. Распределение числа субъектов Российской Федерации по уровням приведенных расходов на финансовое обеспечение содержания одной койки круглосуточного стационара (с учетом региональных индексов удорожания товаров и услуг)

(терапевтические; психоневрологические для взрослых; хирургические для взрослых; туберкулезные для взрослых; педиатрические (соматические); неврологические для взрослых; гинекологические (кроме аборт); кардиологические; для беременных и рожениц (кроме патологии беременности); ревматологические для взрослых; инфекционные для взрослых; для патологии беременности; инфекционные для детей; онкологические для взрослых; наркологические; сестринского ухода; урологические для взрослых; офтальмологические для взрослых; койки для новорожденных; гнойной хирургии для взрослых) составляет более 80% всего коечного фонда страны.

Наибольшую долю занимают койки терапевтического профиля, психоневрологические и хирургические для взрослых (рис. 7).

Для расчета основных показателей стационарной медицинской помощи, оказанной населению Российской Федерации с учетом профилизации коечного фонда, психоневрологические койки объединены с психосоматическими в группу «психиатрические койки». Произведено также суммирование показателей по однопрофильным койкам для взрослых и детей, койки гнойной хирургии для взрослых включены в группу «хирургические (общие)». В результате число профилей коек, подвергнутых анализу, сократилось до 34.

В таблице 2 приведены основные показатели стационарной медицинской помощи, оказанной населению Российской Федерации в разрезе укрупненных профилей коек (включая данные по федеральному уровню организации оказания медицинской помощи).

С учетом сложившегося в 2007 году уровня общей заболеваемости населения, в среднем в Российской Федерации на каждые 1000 случаев обращения в государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения приходится 6,15 коек круглосуточных стационаров.

Анализ числа коек круглосуточных стационаров с учетом уровня общей заболеваемости в разрезе субъектов Российской Федерации показал наличие существенной дисперсии данного показателя.

Минимальный показатель в Республике Ингушетия (3,41 стационарных коек на 1000 всех случаев обращения в ЛПУ), максимальный в Республике Тыва (12,20).

В диапазон числа коек от 3,5–5,6 на 1000 всех случаев обращения в ЛПУ вошли: Республика Коми; Оренбургская область; Архангельская область; Республика Карелия; Тюменская область; Республика Хакасия; Республика Татарстан; Новгородская область; Пермский край; Белгородская область; Ульяновская область; Республика Башкортостан; гор. Санкт-Петербург; Алтайский край; Самарская область; Владимирская область; Республика Дагестан; Чувашская Республика.

В диапазон числа коек от 5,7 до 6,7 на 1000 всех случаев обращения в ЛПУ вошли: Челябинская область; Калининградская область; Калужская область; Орловская область; Удмуртская Республика; гор. Москва; Ярославская область; Омская область; Курганская область; Саратовская область; Республика Алтай; Приморский край; Пензенская область; Иркутская область; Кемеровская область; Мурманская область; Ростовская область; Красноярский край; Тамбовская область.

В диапазон числа коек от 6,8 до 7,8 на 1000 всех случаев обращения в ЛПУ вошли: Чеченская Республика; Курская область; Вологодская область; Томская область; Ленинградская область; Волгоградская область; Тульская область; Рязанская область; Липецкая область; Республи-

ка Калмыкия; Псковская область; Краснодарский край; Свердловская область; Республика Марий Эл; Республика Бурятия; Московская область; Нижегородская область; Республика Мордовия; Новосибирская область; Республика Саха (Якутия); Воронежская область; Ивановская область; Смоленская область; Астраханская область; Тверская область.

В диапазон числа коек от 7,9 до 9,9 на всех 1000 случаев обращения вошли: Костромская область; Магаданская область; Еврейская авт.область; Республика Адыгея; Читинская область; Р. Северная Осетия - Алания; Сахалинская область; Ставропольский край; Кировская область; Амурская область.

Более 10 коек на 1000 случаев обращения имеют (кроме Республики Тыва): Чукотский автономный округ; Кабардино-Балкарская Республика; Карачаево-Черкесская Республика.

Содержащиеся в докладе Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году» сведения о консолидированных расходах бюджетов субъектов Российской Федерации и муниципальных образований на оказание стационарной медицинской помощи в разрезе субъектов Российской Федерации (стоимость 1 койко-дня) позволили рассчитать средние расходы на финансовое обеспечение содержания одной койки круглосуточного стационара в среднем по стране, а также по каждому федеральному округу и субъекту Российской Федерации.

На диаграмме (рис. 8) представлены уровни сдвига в 2007 году показателя фактических расходов на содержание одной койки круглосуточного стационара по федеральным округам в сравнении с фактическим среднероссийским показателем (273,5 тыс. рублей).

Для более корректной оценки с расходов на финансовое обеспечение содержания одной койки круглосуточного стационара, полученные данные были пересчитаны с учетом региональных индексов (северные, дальневосточные) удорожания товаров и услуг (рис.9).

С учетом региональных индексов наименьший уровень расходов средств из государственных источников на финансовое обеспечение одной фактически существующей койки круглосуточного стационара в Кировской области (127,7 тыс. рублей в год на одну койку), наибольший – в Москве (627,0 тыс. рублей) и Ханты-Мансийском автономном округе (442,2 тыс. рублей).

Большинство других субъектов Российской Федерации по рассматриваемому показателю находятся в диапазоне расходов от 128 до 238 тыс. рублей (71 субъект федерации из 85) – рис.10.

В диапазон расходов от 128 до 183 тыс. рублей на одну койку вошли: Республика Хакасия; Республика Калмыкия; Еврейская авт.область; Республика Дагестан; Костромская область; Красноярский край; Пензенская область; Читинская область; Иркутская область; Усть-Ордынский Бур.авт. ок.; Амурская область; Республика Тыва; Смоленская область; Агинский Бурятский авт. окр.; Рязанская область; Карачаево-Черкесская Республика; Р. Северная Осетия - Алания; Тамбовская область; Приморский край; Орловская область; Томская область; Алтайский край; Оренбургская область; Кабардино-Балкарская Рес.; Новосибирская область; Республика Марий Эл; Курганская область; Саратовская область; Архангельская область; Воронежская область; Республика Адыгея; Курская область; Брянская область; Республика Коми; Волгоград-

Показатели стационарной медицинской помощи, оказанной населению Российской Федерации в 2007 году с учетом профилизации коечного фонда

№№	Профиль койки	Доля числа коек в суммарном коечном фонде	Доля объемов оказанной помощи (по числу пролеченных больных)	Доля пролеченных жителей сельской местности	Доля пролеченных в возрасте 0-17 лет	Доля пролеченных в возрасте 60 лет и старше	Средний койко-день	Среднегодовая занятость одной койки	Оборот одной койки в году
1	Аллергологические	0,20%	0,20%	21,90%	49,90%	9,60%	12,96	321,4	24,8
2	Гастроэнтерологические	1,30%	1,10%	16,40%	21,50%	22,80%	14,84	320,8	21,6
3	Гематологические	0,50%	0,40%	23,80%	24,30%	27,40%	17,1	336,8	19,7
4	Гинекологические	5,00%	8,50%	28,10%	2,60%	2,40%	8,16	328,9	40,3
5	Дерматовенерологические	1,40%	1,00%	23,80%	18,30%	12,70%	16,63	290,3	17,5
6	Для беременных и рожениц	3,20%	4,10%	33,20%	2,00%	0,00%	8,54	257,4	30,1
7	Для производства абортот	0,30%	1,20%	27,80%	2,70%	0,00%	2,04	215,3	105,5
8	Инфекционные	5,70%	7,00%	25,70%	58,70%	5,80%	8,8	257,2	29,2
9	Кардиологические	4,10%	4,00%	16,70%	4,80%	48,50%	14,62	345,4	23,6
10	Кардиохирургические	0,30%	0,30%	20,60%	14,90%	30,90%	14	290,7	20,8
11	Наркологические	2,00%	1,90%	17,40%	1,20%	4,50%	13,77	311,5	22,6
12	Неврологические	5,50%	5,50%	24,10%	8,70%	31,60%	14,54	344,8	23,7
13	Нейрохирургические	1,10%	1,30%	14,70%	15,90%	9,00%	12,13	327,1	27
14	Нефрологические	0,60%	0,60%	19,90%	37,20%	9,40%	13,45	316,1	23,5
15	Ожоговые	0,30%	0,20%	19,70%	36,00%	10,60%	19,37	271,3	14
16	Онкологические	2,20%	2,20%	22,90%	2,40%	32,80%	13,28	340,6	25,7
17	Ортопедические	0,70%	0,50%	22,00%	34,20%	13,90%	17,29	308,9	17,9
18	Отоларингологические	1,60%	2,30%	18,90%	34,90%	9,30%	8,97	317	35,4
19	Офтальмологические	1,80%	2,60%	25,70%	13,40%	55,10%	9,26	324,3	35
20	Патологии беременности	2,80%	4,10%	29,00%	1,50%	0,00%	9,03	322,9	35,8
21	Патология новорожденных	1,40%	2,40%	26,50%	100,00%	0,00%	5,71	225	39,4
22	Педиатрические	5,20%	5,70%	40,80%	100,00%	0,00%	11,43	297,9	26,1
23	Проктологические	0,30%	0,30%	20,40%	2,60%	22,90%	12,69	307,8	24,3
24	Психиатрические	11,70%	2,50%	24,10%	13,80%	12,90%	65,48	330,4	5
25	Пульмонологические	1,30%	1,30%	16,30%	17,50%	30,30%	14,41	333,3	23,1
26	Ревматологические	0,50%	0,40%	19,80%	5,30%	27,10%	16,39	342,6	20,9
27	Сосудистой хирургии	0,50%	0,50%	19,10%	3,60%	34,70%	13,86	327,2	23,6
28	Терапевтические (общие)	11,50%	12,00%	44,30%	1,00%	41,80%	13,08	326,7	25
29	Торакальной хирургии	0,40%	0,30%	24,90%	11,40%	21,00%	18,67	314,2	16,8
30	Травматологические	3,40%	3,60%	22,00%	17,60%	14,20%	13,17	329,8	25
31	Урологические	1,80%	2,30%	18,00%	12,50%	27,70%	10,8	326,4	30,2
32	Физиатрические	5,80%	0,90%	32,50%	8,60%	10,50%	85,85	315,7	3,7
33	Хирургические (общие)	9,60%	12,40%	32,40%	16,40%	23,30%	10,36	319,4	30,8
34	Эндокринологические	0,90%	0,90%	21,30%	14,20%	27,00%	14,47	330,6	22,8
35	Прочие	5,1%	5,3%	37,8%	13,6%	30,1%	14,33	353,7	24,7
	средний показатель	-	-	29,2%	20,4%	19,8%	13,37	318,5	23,8

ская область; Ивановская область; Тверская область.

В диапазон расходов от 184–238 тыс. рублей вошли: Пермский край; Нижегородская область; Челябинская область; Камчатская край; Республика Мордовия; Тульская область; Новгородская область; Республика Бурятия; Ростовская область; Республика Алтай; Республика Саха (Якутия); Ярославская область; Калужская область; Удмуртская Республика; Республика Башкортостан; Псковская область; Республика Татарстан; Тюменская область; Магаданская область; Ставропольский край; Чувашская Республика; Астраханская область; Кемеровская область; Сахалинская область; Самарская область; Вологодская область; Хабаровский край; Калининградская область; Чеченская Республика; Белгородская область; Липецкая область; Ульяновская область.

В диапазон расходов от 239–294 тыс. рублей вошли: Краснодарский край; Республика Ингушетия; Ленинградская область; Ненецкий автономный округ; Омская область; Ямало-Ненецкий авт.округ; Чукотский автономный округ.

В диапазон расходов от 295–350 тыс. рублей вошли: Мурманская область; Свердловская область; Московская область; г. Санкт-Петербург.

Заключение

Сложившаяся к настоящему времени институциональная среда российского здравоохранения обусловлена целым рядом факторов, главными среди которых является реформа федеративных отношений, муниципальная реформа и связанные с ними реформы социальная и бюджетная.

Результаты всех этих преобразований, безусловно, сформировали новый институт полномочий и ответственности органов государственной власти и местного самоуправления в области охраны здоровья населения и определили структуру не только источников финансирования отрасли, но и структуру медицинской помощи по её видам.

Больницы – ключевой элемент любой системы здравоохранения на любом этапе её развития и основные потребители ресурсов, расходуемых на оказание медицинской помощи населению. В больницах работают до половины всех врачей и три четверти медсестер. Благодаря своей ключевой роли больницы оказывают большое влияние на всю систему здравоохранения.

На лечение больных в стационарах государственных и муниципальных учреждений здравоохранения в 2007 году израсходовано из государственных источников финансирования 356,5 млрд. рублей, что составляет 60,3% расходов на оказание медицинской помощи населению (на скорую медицинскую помощь израсходовано 43,7 млрд. рублей, на амбулаторно-поликлиническую помощь – 191,2 млрд. рублей).

Изучение соответствующих данных об обеспечении населения Российской Федерации стационарной медицинской помощью позволяет сделать общий вывод о наличии существенных структурных сдвигов и дисперсии по основным показателям деятельности больничных учреждений, расположенных на разных территориях страны, а также о низких темпах структурных преобразований.

Подтверждением тому является постоянное превышение фактически оказанных объемов стационарной помощи над плановыми объемами, содержащимися в Программах государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью, первая из которых была утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. № 1096.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 19.10.1999 № 1683-р «О методике определения нормативной потребности субъектов Российской Федерации в объектах социальной инфраструктуры» установлен рекомендуемый норматив среднегодовой занятости одной терапевтической койки на уровне 332 дня, хирургической – 330 дня, в среднем – 331 день.

Показатель объема гарантированной в 1999 году стационарной помощи был выражен количеством койко-дней на 1000 человек. Норматив объема стационарной помощи – 2812,5 койко-дня. С учетом численности населения Российской Федерации в 1999 году (146328,0 тыс. человек) и числа коек в государственных и муниципальных медицинских учреждениях (1,58 млн.), показатель среднегодовой занятости одной койки в среднем по стране оказывается равным 259,8 дня.

Таким образом, еще в 1998 году Правительством Российской Федерации установлена необходимость сокращения коечного фонда страны на 27,4%, или более чем на 427,0 тыс. коек. Фактически за 8 лет коечный фонд государственных и муниципальных медицинских учреждений страны уменьшился на 237,6 тыс. коек.

Низкие темпы структурных преобразований в системе здравоохранения страны обуславливаются в значительной степени несовершенством системы управления – прежде всего ее фрагментацией, ослаблением функций стратегического и текущего планирования, недостаточным развитием механизмов координации различных субъектов управления, контроля результатов их работы. Укрепляющееся господство муниципальной модели здравоохранения приводит к существенным различиям между территориями по объему оказания стационарной медицинской помощи, показателям развития здравоохранения в целом.

Муниципализация здравоохранения заметно снизила возможности построения рациональной системы предоставления населению стационарной медицинской помощи. В первую очередь это относится к таким направлениям совершенствования организации медицинской помощи, как перераспределение части объемов из стационарного сектора в амбулаторный, реструктуризация коечного фонда, нормирование структуры, объемов медицинской помощи, расходов на её оказание.

Основная функция нормативов, распределенных по уровням оказания медицинской помощи, состоит в их ресурсосберегающей роли. Именно такой подход позволяет рационально распределить не только коечный фонд по иерархическим уровням организаций медицинской помощи, но и сбалансировать необходимые финансовые поступления в учреждения разного уровня. При этом фактические показатели расходов и потребления медицинской помощи не должны превышать норматив объема стационарной помощи, установленный Программой государственных гарантий её оказания. Превышение норматива может быть объяснено только существенно более высоким, чем в среднем по России, уровнем заболеваемости населения.

Литература

1. Доклад Минздравсоцразвития России «О ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году».
2. Д.Р. Шилиев, К.Ю.Лакунин. О совершенствовании системы счетов здравоохранения//Здравоохранение, 2009. – № 2. – с. 60–68.