
Научные исследования

КОЕЧНЫЙ ФОНД: СОКРАЩЕНИЕ ИЛИ ПЕРЕПРОФИЛИРОВАНИЕ?

И.И.Новик, А.И.Русенчик, А.И.Седых, Т.В.Ясюля

Республиканский научно-практический центр медицинских технологий,
информатизации, управления и экономики здравоохранения, г. Минск, Республика Беларусь

В связи с постоянно растущей стоимостью стационарной медицинской помощи важной задачей является достижение высокой эффективности использования коечного фонда больничных организаций здравоохранения. В Республике Беларусь, несмотря на проводимое сокращение числа больничных коек, обеспеченность населения ими остается самой высокой среди европейских стран и стран СНГ. Стремление организаторов здравоохранения к сохранению большого количества стационарных коек различного профиля обусловлено как действующим механизмом планирования и финансирования стационарной медицинской помощи, так и большим доверием населения к такому виду помощи. Продолжающийся процесс старения населения повышает потребность в медико-социальной форме стационарной помощи. По сравнению со странами Европейского региона, в нашей стране более низкий уровень обеспеченности койками данного профиля. Существуют различные возможные варианты решения проблемы, однако необходимыми направлениями являются не только перепрофилизация существующего профильного коечного фонда, но и изменение мотивации врачей и руководителей больничных организаций, а также внедрение новых принципов финансирования стационаров.

Медицинская помощь, оказываемая в больницах, является самой дорогостоящей среди всех видов медицинской помощи. Финансирование стационарной помощи составляет более 60% расходов государственного сектора на здравоохранение [1, 2].

На итоговой коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь за 2013 год были определены основные направления деятельности органов и организаций здравоохранения на 2014 год. Одной из основных задач, которую предстоит решать в 2014 году, является повышение эффективности использования имеющихся ресурсов путем дальнейшей оптимизации структуры коечного фонда больничных организаций [3].

Для определения, насколько велик коечный фонд в организациях здравоохранения Беларуси, сравним обеспеченность населения больничными койками некоторых стран Европы и бывших союзных республик СССР, используя Европейскую базу данных «Здоровье для всех». Для сравнения выбран 2011 год, в котором информация по странам представлена наиболее полно.

Как следует из представленных в табл. 1 данных, самая большая обеспеченность населения койками в Европейском регионе (1125,12 коек на 100 тыс. жителей) зарегистрирована в Республике Беларусь. По другим странам Европы данный показатель варьировал в пределах от 270,56 коек в Швеции и 291,65 – в Великобритании до 764,97 – в Австрии и 822,43 коек на 100 тыс. населения в Германии.

Среди бывших союзных республик СССР самая большая обеспеченность населения койками в 2011 г. также зарегистрирована в Республике Беларусь. В других странах уровень обеспеченности койками колеблется от 281,01 в Грузии до 904,87 коек на 100 тыс. населения в Украине (табл. 2).

Коечная мощность больничных организаций Беларуси превосходит аналогичный показатель Украины на 24,3%, Германии – на 36,8%, Великобритании – в 3,9 раза и Швеции – 4,2 раза.

Возникает вопрос, чем обусловлено наличие такого большого, по сравнению с другими странами, коечного фонда в Республике Беларусь? Что это: более высокая потребность нашего населе-

Таблица 1

Число больничных коек в некоторых странах Европы (2011 г.; на 100 тыс. населения) [4]

Страны	Всего	В больницах нехрониче- ского профиля	Для психи- ческих больных	Сестринского ухода и в домах престарелых	Гр. 6 = Гр.2 + Гр.5	Удельный вес коек сестринского ухода и в домах престарелых (в процентах)
1	2	3	4	5	6	7
Австрия	764,97	542,61	78	742,43	1507,40	49,3
Беларусь	1125,12	972,61*	69,1	191,53	1316,65	16,5
Бельгия	652,99	417,04	180	1260,33	1913,32	65,9
Болгария	644,91	498,7	62,8	61,86	706,77	8,8
Чешская Республика	683,55	470,15	101	665,55	1349,1	49,3
Дания (2010 г.)	349,58	286,34	57	816,62	1166,2	70,0
Финляндия	552,15	296,02	71	1121,49	1673,64	67,0
Франция	637,66	342,92	89	938,29	1575,95	59,5
Германия	822,43	530,8	121	1070,63	1893,06	56,6
Венгрия	718,72	414,89	33,1	830,23	1548,95	53,6
Италия	342,66	275,14	9,95	363,69	706,35	51,5
Нидерланды (2009 г.)	465,69	306,34	139	1037,24	1502,93	69,0
Польша	654,84	429,4	63	239,03	893,87	26,7
Румыния	610,71	411,46	77,7	128,05	738,76	17,3
Словакия	597,54	442,91	75,8	599,74	1197,28	50,1
Испания	309,23	238,83	37,7	602,85	912,08	66,1
Швеция	270,56	201,16	47	1394,97	1665,53	83,8
Швейцария	500,78	311,44	95,1	1206,67	1707,45	70,7
Соединенное Королевство	291,65	238,71	52,9	828,21	1119,86	74,0

* – рассчитано авторами

ния в стационарной помощи, доверие населения к такому виду помощи, укоренившееся в период нахождения в составе СССР, и его желание получить медицинскую помощь преимущественно в условиях стационара?

По нашему мнению, содержание большого количества коек в больницах обусловлено, в первую очередь, действующим механизмом управления стационарной помощью: планированием и определением штатов врачей на определенное количество коек, планированием объемов финансирования по койко-дням, а не по пролеченным пациентам, отсутствием мотивации у врачей и руководителей организации пролечить больше пациентов в более короткие сроки.

В странах Европы, учитывая процессы постарения населения, для оказания медико-социальной помощи пожилым людям (предоставление услуг по уходу) созданы больницы сестринского ухода и дома престарелых, коечный фонд которых не включается в больничный коечный фонд. Как следует из представленных в табл. 1 данных, количество коек для оказания медико-социальной

помощи пожилым людям в развитых странах Европы равно или значительно превышает больничный коечный фонд. Так, в Бельгии число коек в больницах сестринского ухода и в домах престарелых составляет 1260,33, тогда как больничный коечный фонд – 652,99 койки на 100 тыс. населения, в Германии соответственно 1070,63 и 822,43 койки на 100 тыс. населения, в Швеции – 1394,97 и 270,56 коек на 100 тыс. населения.

Процесс постарения населения в Беларуси, как и в странах ЕС и СНГ (рис.), оказывает влияние на увеличение потребности в стационарной помощи, но, в большей степени, – в медико-социальной помощи.

Следует отметить, что в Беларуси число сестринских коек и мест в домах престарелых и инвалидов (взрослых) составляет 191,53 на 100 тыс. населения, что, по нашему мнению, крайне недостаточно, и уровень обеспеченности койками данного вида в 3–6 раз ниже по сравнению с развитыми странами Европейского региона.

Нами рассчитана общая обеспеченность коечным фондом Республики Беларусь и ряда стран, представленных в базе ВОЗ, в которую включены

Число больничных коек в бывших союзных республиках СССР (2010–2011 гг.; на 100 тыс. населения) [4]

Страны	Всего	Сестринского ухода и в домах престарелых	Гр. 4 = Гр.2 + +Гр.3	Удельный вес коек сестринского ухода и в домах престарелых (в процентах)
1	2	3	4	5
Армения	374,36	33,35	407,71	8,2
Азербайджан	461,90	12,89	474,79	2,7
Беларусь	1125,12	191,53	1316,65	14,5
Эстония	530,92	650,93	1181,85	55,1
Грузия	281,01	н.св.	н.св.	н.св.
Казахстан	710,53	н.св.	н.св.	н.св.
Кыргызстан	469,76	51,03	520,79	9,8
Латвия	588,43	339,81	928,24	36,6
Литва	699,80	570,48	1270,28	44,9
Республика Молдова	618,85	76,69	695,54	11,0
Российская Федерация*	857,00	14,70	871,70	1,7
Таджикистан	546,38	1,15	547,53	0,2
Туркменистан	406,81	7,84	414,65	1,9
Украина	904,87	н.св.	н.св.	н.св.
Узбекистан	н.св.	н.св.	н.св.	н.св.

* – <http://www.rosminzdrav.ru/documents/8029-statisticheskaya-informatsiya-2012>

койки больничных организаций, койки сестринского ухода и койки в домах престарелых. Информация представлена в графе 6 табл. 1 и графе 4 табл. 2.

В большинстве развитых стран Западной Европы суммарное количество коек в больницах,

больницах сестринского ухода и домах престарелых выше, чем в Беларуси, на 14–45%, несмотря на более низкую обеспеченность койками в больницах.

Исключение составили такие страны, как Дания, Италия, Испания и Соединенное Королевство,

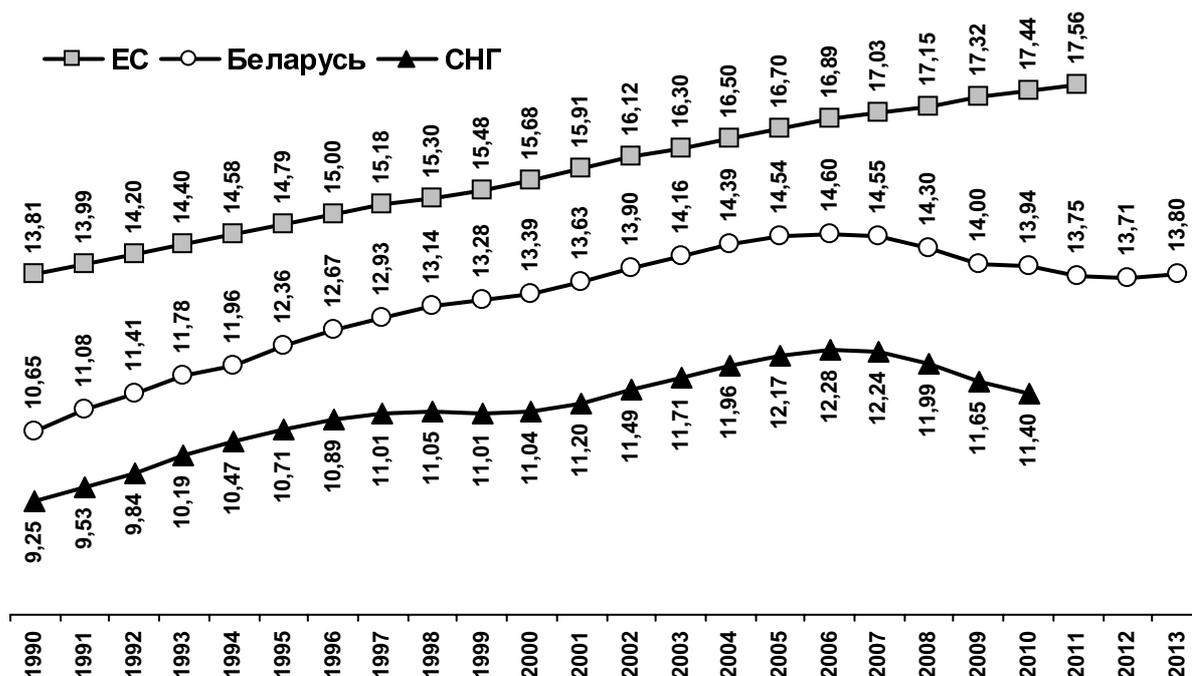


Рис. Удельный вес населения старше 65 лет в Евросоюзе, Беларуси и странах СНГ (оба пола; 1990–2013 гг.)

в которых суммарное количество коек в больницах, больницах сестринского ухода и домах престарелых ниже, чем в Беларуси, за счет очень низкого уровня (300–350 на 100 тыс.) обеспеченности населения больничными койками. При этом обеспеченность населения койками для медико-социальной помощи в этих странах в 2–4 раза выше, чем в нашей стране.

Удельный вес коек в больницах сестринского ухода и в домах престарелых в суммарном коечном фонде в большинстве развитых стран Западной Европы составляет не менее 50%, а в Швейцарии, Соединенном Королевстве и Швеции он превышает 70%.

В Республике Беларусь удельный вес коек в больницах сестринского ухода и в домах престарелых и инвалидов-взрослых в суммарном коечном фонде в 2011 г. составлял только 16,5%. С учетом перепрофилирования больничных коек в 2013 г. удельный вес этого вида коек возрос до 18,0% [5].

Можно сделать вывод, что из-за недостаточной обеспеченности населения Республики Беларусь койками медико-социальной помощи часть пожилых людей, имеющих хронические заболевания, попадают в больницы, повышая потребность в стационарной помощи, что вынуждает больничные организации содержать профильный коечный фонд для этих целей. Сложившаяся ситуация в больницах приводит к нерациональному использованию коечного фонда, препятствует его планомерной оптимизации и обуславливает дополнительную потребность во врачебных кадрах.

Таким образом, в 2011 г. среди стран Европейского региона и бывших союзных республик СССР самая большая обеспеченность населения койками зарегистрирована в Республике Беларусь. В то же время, в стране отмечается недостаточное количество коек для медико-социальной помощи населению. Поэтому первоочередным шагом оптимизации коечного фонда в 2014 г. должна стать перепрофилизация нерационально используемых коек в реабилитационные, паллиативные и сестринские (для медико-социальной помощи).

Сегодня при определении понятия «больница» важно найти точку сопряжения между медицинской и социальной помощью. В республике сложилась ситуация, когда больницы «экстренной» помощи оказывают помощь значительному числу больных, нуждающихся в длительном уходе, тогда как в странах Европы такие больные полу-

чают медицинскую помощь в альтернативных учреждениях, таких как частные лечебницы или учреждения медико-социального ухода.

Для повышения эффективности использования коечного фонда в республике и заинтересованности врачей и руководителей больниц в его оптимизации необходимы дальнейшее совершенствование действующей системы управления стационарной помощью путем изменения порядка планирования штатов врачей не на количество коек, а на объем работы, выработка механизма финансирования стационарных организаций по пролеченным пациентам.

Сколько необходимо иметь коек? «Это зависит от многих разных факторов, из которых одни нельзя легко изменить, как, например, структура заболеваемости и социальная структура населения, а другие изменяются более легко, как, например, эффективность диагностики и лечения и предоставление альтернатив стационарному лечению. Существует много моделей, которые стремятся учесть все эти многообразные факторы» [6].

Важно понять, что сокращение коечного фонда больничных организаций должно сопровождаться решением о передаче части системы медицинской помощи в ведение сектора социального обеспечения. Для примера, в Швеции в результате «реформы Adel» 1992 года муниципалитеты приняли на себя ответственность за предоставление помощи многим больным, нуждающимся в длительном лечении [6].

Есть и другой пример: некоторые западноевропейские страны зашли в сокращении числа коек экстренной помощи слишком далеко и столкнулись с проблемой растущих очередей на госпитализацию или с трудностями госпитализации больных, нуждающихся в экстренной помощи (Ирландия, Дания, Соединенное Королевство, Австралия), и теперь, наоборот, пытаются увеличить коечный фонд [7].

Стратегии сокращения коечного фонда должны включать соответствующие меры, направленные на снижение числа случаев необоснованной госпитализации, повышение эффективности стационарного лечения, сокращение сроков госпитализации, содействие ускоренной выписке. Решение о сокращении коечного фонда должно приниматься только после проведения анализа эффективности его использования, удовлетворения потребности населения в реабилитационной и паллиативной медицинской помощи, а также в медико-социальной помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Ткачева, Е.И.* Анализ работы здравоохранения Республики Беларусь за 2010–2012 годы сквозь призму международной методики национальных счетов здравоохранения / Е.И.Ткачева // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2013. – №2. – С.5–13.
2. *Алексеев, Н.А.* Оптимизация организационных технологий в многопрофильном лечебно-профилактическом учреждении / Н.А.Алексеев. – Челябинск: Рекпол, 2001. – 240 с.
3. Об итогах работы органов и организаций здравоохранения в 2013 году и основных направлениях деятельности на 2014 год: постановление коллегии Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 января 2014 года №1.1.
4. Европейская база данных «Здоровье для всех». – Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2014. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/hfadb/tables/tableA?language=Russian>. – Дата доступа: 04.02.2014.
5. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2013: статистический сборник. – Национальный статистический комитет РБ, 2013. – 580 с.
6. Какие уроки извлекли страны, осуществившие резкое сокращение своего коечного фонда? // Сеть фактических данных по вопросам здоровья Европейского регионального бюро ВОЗ (HEN), 2003.
7. Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services [consultation document on the findings of The National Beds Inquiry]. – London, Department of Health, 2000.

BEDS CAPACITY: REDUCING OR RE-PROFILING?

I.I.Novik, A.I.Rusenchik, A.I.Sedykh, T.V.Yasiulia

Republican Scientific and Practical Centre for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health, Minsk, Republic of Belarus

To achieve a high efficiency of the hospital beds use at the inpatient medical institutions is an important task for Belarus due to ever-increasing cost of inpatient medical care. In the Republic of Belarus despite the ongoing decrease in the number of hospital beds, their provision to the population remains the highest among the European countries and CIS countries. The policy-makers striving to retain the large number of hospital beds of different profiles is determined due to both the current mechanism for the inpatient medical care control, and a lot of confidence of the population to inpatient medical care. The ongoing process of the population aging contributes to increase of the demand for medical and social form of inpatient medical care. As compared to the countries of the European region there is a significant shortage of nursing care beds in Belarus. There are various possible solutions of this problem, however, a need for not only re-profiling the existing profile of hospital beds, but also for changing motivation of the physicians and managers at the inpatient health care institutions, as well as for introducing new principles in hospital financing is an undoubted fact.

Поступила 05.02.2014 г.