

follows: resource indicators (staffing dynamics, financing and material-technical equipment (expensive scientific equipment) and effectiveness indicators (publication activity, inventive and innovative activity, expert activities, theoretical and fundamental achievements, indicators of scientific and practical activities, advanced staff training and specific indicators). Effectiveness evaluation is carried out in accordance with Instruction "On evaluation of scientific activity results", approved by Order No.1236 of 23.12.2011 of the Ministry of Health of the Republic of Belarus by means of

quantitative and score indicators for the estimation of weighted average scores of individual research institutions and their deviations from the average total value of weighted scores in the health system. This approach allows determining the ranking of each research institution and evaluating its category (leaders, sustainable research institutions with good effectiveness, sustainable research institutions with reasonable effectiveness and research institutions without prospects for development).

Поступила 28.08.2012 г.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОГИЛЕВСКОЙ ОБЛАСТИ В 2011 ГОДУ

А.В.Семёнов

Могилевская областная больница, г. Могилев

Проанализированы фактические данные о работе коечного фонда Могилевской области за 2011 год, осуществлен расчет объемных показателей, характеризующих эффективность работы больничных коек: среднегодовая занятость койки, функция больничной койки, оборот койки, средняя длительность пребывания пациента на койке в стационаре, среднее время простоя койки. Анализ работы коечного фонда проводился на районном, городском, областном уровнях и в целом по области. Для оценки оптимально возможной работы коечного фонда рассчитывались следующие показатели: максимальная среднегодовая занятость больничной койки, максимальная функция койки, пропускная способность коек, максимальное число необходимых коек. Определены направления работ по дальнейшей реструктуризации коечного фонда.

Больницы являются наиболее дорогостоящими организациями здравоохранения, поэтому рациональное использование коечного фонда на современном этапе развития здравоохранения имеет большое значение.

Простой койки в больницах не только сокращает объем стационарной помощи и ухудшает медицинское обслуживание населения в целом, но и вызывает значительные экономические потери, так как средства на содержание больничной койки затрачиваются и в тех случаях, когда койки не функционируют. Затраты на пустующую койку составляют 2/3 стоимости содержания занятой койки. Более низкая стоимость одного койко-дня приходится на те больницы, где коечный фонд используется наиболее интенсивно. Основными причинами простоя коек являются: отсутствие равномерного поступления пациентов, «прогул» койки между выпиской и поступлением пациентов и, самое глав-

ное, – необоснованное число больничных коек, введенное под штат медицинского персонала, а не под объективную потребность в данном виде медицинского обслуживания у населения.

Основные показатели, характеризующие использование коечного фонда – обеспеченность населения больничными койками; среднегодовая занятость больничной койки; фактический оборот больничной койки (функция больничной койки); средняя длительность пребывания больного на койке; число дней простоя койки.

С целью оценки эффективности работы коечного фонда Могилевской области нами проанализированы фактические данные о работе коечного фонда за 2011 год, осуществлен расчет объемных показателей, характеризующих эффективность работы больничных коек: среднегодовая занятость койки, функция больничной койки, оборот койки, средняя длительность пребывания па-

циента на койке в стационаре, среднее время простоя койки.

При проведении анализа не учитывались данные о работе реанимационно-анестезиологических коек, хосписных коек и коек сестринского ухода. Это связано с тем, что хосписные койки и койки сестринского ухода носят в большей степени социальный характер. Кроме этого, финансирование работы коек сестринского ухода является смешанным: часть затрат на их обслуживание поступает из бюджета, часть затрат компенсируется пациентом из собственной пенсии (80–90% пенсии в соответствии с принятым решением местного органа исполнительной власти).

Анализ работы коечного фонда проводился на районном, городском, областном уровнях и в целом по области. При анализе использования коечного фонда на городском уровне учитывалась работа коек стационарных организаций г. Могилева вместе с Могилевским районом, г. Бобруйска вместе с Бобруйским районом. Это связано с тем, что в 2005 году произошло объединение структур здравоохранения одноименных городов и районов, созданы единые центральные органы, осуществляющих руководство работой организаций здравоохранения:

– УЗ «Могилевская центральная поликлиника» – для организаций здравоохранения г. Могилева и Могилевского района,

– УЗ «Бобруйская центральная больница» – для организаций здравоохранения г. Бобруйска и Бобруйского района.

При этом их финансирование осуществляется из бюджета г. Могилева и г. Бобруйска соответственно.

В Могилевской области в 2011 году функционировало 78 организаций, оказывающих стационарную медицинскую помощь: 70 больничных организаций и 8 диспансеров (больничные организации: 22 участковые больницы, 19 центральных районных больниц, 12 больниц сестринского ухода, 3 городские больницы, 3 специализированные больницы, 2 больницы скорой медицинской помощи, 2 специализированных центра, 2 психиатрические больницы, 1 областная больница, 1 областная детская больница, 1 городская детская больница, 1 госпиталь для инвалидов Великой Отечественной войны, 1 родильный дом; диспансеры: 2 онкологических диспансера, 2 нарколологических диспансера, 2 противотуберкулезных диспансера, 1 кожно-венерологический и 1 психоневрологический диспансер).

* – за оптимальный показатель простоя койки на санацию принимается 1,0 день для терапевтического и хирургического профилей коек; для гинекологического – 0,5 дня; инфекционного для взрослых, противотуберкулезного для взрослых и родильного – 2,0 дня; инфекционного для детей – 3,0 дня.

По состоянию на 31.12.2011 г. в области развернуто 11158 среднегодовых коек (2010 год – 11142). Фактическая занятость койки за 2011 год составила 319,4 дней (2010 год – 320,1 дней). Средняя длительность пребывания пациента на койке составила 10,2 дней (2010 год – 10,4 дней); оборот койки – 31,2 единицы (2010 год – 30,8 единиц); среднее время простоя койки по организационным причинам – 1,460 дня (2010 год – 1,455 дня).

С целью оценки максимальной работы коечного фонда (оптимально возможной) были рассчитаны следующие показатели: максимальная среднегодовая занятость больничной койки, максимальная функция койки, пропускная способность коек, максимальное число необходимых коек.

Максимальная среднегодовая занятость койки рассчитывалась по формуле:

$$365 - \text{оборот койки} \times \text{показатель простоя при смене больного}^*$$

В области в 2011 году максимальная среднегодовая занятость койки составила 329,6 дней и оказалась больше фактической занятости койки на 10,2 дней, или на 3,2%.

Максимальная функция койки рассчитывалась следующим образом:

$$\frac{\text{максимальная среднегодовая занятость койки в году}}{\text{фактическая средняя длительность пребывания больного на койке}}$$

Максимальная функция больничной койки составила 32,2 единицы, что на 1,0 единицу больше в сравнении с фактической функцией больничной койки. Такая же ситуация наблюдалась и в 2010 году.

Пропускная способность стационара рассчитывалась по формуле:

$$\frac{\text{число койко-дней, проведенных всеми больными} \times 100}{\text{число среднегодовых коек} \times \text{максимальный показатель числа дней занятости койки в году}}$$

В оптимальном случае показатель пропускной способности стационара составляет 100%. Если он менее 100%, то стационар работает с недогрузкой, если более 100% – с перегрузкой, или используются койки, дополнительно развертываемые сверх сметных.

Пропускная способность стационаров области составила 96,9%, что на 3,1% меньше оптимального расчетного показателя (2010 год – меньше оптимального показателя на 3,0%).

Таким образом, в целом по области:

- фактическая занятость койки на 10,2 дней меньше максимальной возможной среднегодовой занятости койки;
- оборот койки меньше максимально возможной функции койки на 1,0 единицу,
- пропускная способность стационара меньше на 3,1% оптимального показателя (100%).

Данные показатели указывают на недостаточную эффективность использования коечного фонда. Для его более эффективного использования в области достаточно функционирования 10789 коек (расчетное оптимальное число с учетом 100%-й пропускной способности коек). Следовательно, в 2011 году функционировало на 359 коек больше расчетного оптимального числа.

С целью определения, за счет коек какого уровня и коек какого профиля формируется их общий избыток, были проанализированы фактические данные использования коечного фонда на районном, городском и областном уровнях (рис.), и осуществлен расчет максимальной среднегодовой занятости больничной койки, максимальной функции койки, пропускной способности коек, максимального числа необходимых коек.

На основании анализа данных показателей были выявлены следующие характерные особенности использования коечного фонда на различных уровнях оказания медицинской помощи.

Районный уровень (табл. 1). В районах области (без учета коек Могилевского и Бобруйского районов) по состоянию на 31.12.2011 г. функционировало 2993 среднегодовые койки (2010 год – 2996 коек), что составило 26,8% всех среднегодовых коек области (2010 год – 26,9%).

По удельному весу койки терапевтического профиля (включая кардиологические и нефрологические) составили 35,8%; хирургического (включая травматологические и урологические) – 25,3%; педиатрические (соматические) – 11,0%; неврологические – 10,6%; для беременных и рожениц вместе с гинекологическими – 10,2%; инфекционные – 5,2%; реабилитационные – 1,3%, отоларингологические – 0,5%; наркологические – 0,1%.

Число дней занятости койки на районном уровне в среднем составило 301,7, что на 24,8 дня меньше расчетной максимальной занятости койки – 326,5 дней. Вместе с тем, в 2011 году занятость койки увеличилась на 4,3 дня по сравнению с 2010 годом, когда она составляла 297,4 дней.

Средняя продолжительность пребывания пациента на койке в 2011 году составила 8,5 дней. Оборот койки на районном уровне составил 35,7 единиц, что указывает на недостаточную функцию больничной койки (оптимальная функция (расчетная) койки – 38,6 единиц). Таким образом, на каждой койке можно было дополнительно пролечить 2,9 пациента, а на всех койках – 8680 пациентов.

Пропускная способность стационаров районного уровня составила 92,4%, и это на 7,6% меньше оптимального расчетного показателя в 100%. Среднее время простоя койки уменьшилось и составило 1,776 дня (2010 год – 1,934 дня).

Таким образом, вышеуказанные показатели свидетельствуют о недостаточно эффективном использовании коечного фонда на районном уровне.

Для эффективного использования коечного фонда на районном уровне достаточно функционирования 2776 коек, что на 217 коек меньше имеющихся на начало 2012 года.

Городской уровень (табл. 2). На городском уровне (в городах Могилеве и Бобруйске вместе с одноименными районами) на 31.12.2011 г. функ-

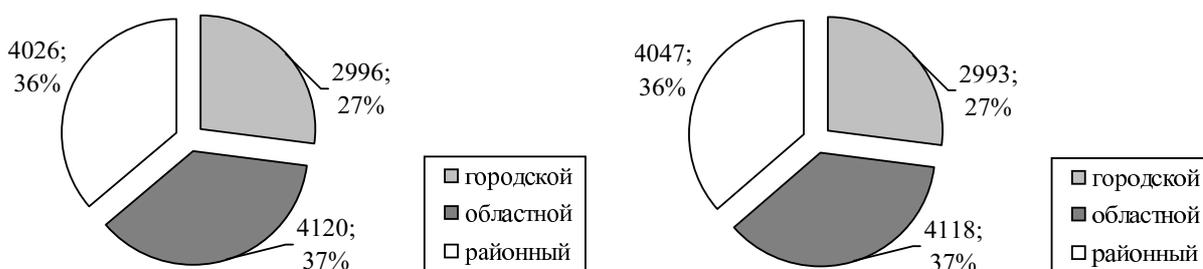


Рис. Структура коечного фонда Могилевской области по уровням (2010 и 2011 гг.)

Таблица 1

Использование коечного фонда Могилевской области на районном уровне (2010 и 2011 гг.)

Число среднегодовых коек без ремонта	Средняя длительность лечения		Занятость койки		Максимальная занятость койки		Оборот койки		Максимальная функция больницы койки		Пропускная способность стационара		Оптимальное число		Избыток/недостаток коек		Среднее время простоя койки	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
2996	8,5	8,5	297,4	301,7	327,2	326,5	35,0	35,7	38,5	38,4	90,9	92,4	2736	2776	260	217	1,934	1,773
2010																		

Таблица 2

Использование коечного фонда Могилевской области на городском уровне (2010 и 2011 гг.)

Число среднегодовых коек без ремонта	Средняя длительность лечения		Занятость койки		Максимальная занятость койки		Оборот койки		Максимальная функция больницы койки		Пропускная способность стационара		Оптимальное число		Избыток/недостаток коек		Среднее время простоя койки	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
4120	9,0	8,8	326,2	320,9	322,2	322,0	36,4	36,6	35,8	36,6	101,3	99,7	4179	4097	-59	21	1,066	1,205
2010																		

Таблица 3

Использование коечного фонда Могилевской области на областном уровне (2010 и 2011 гг.)

Число среднегодовых коек без ремонта	Средняя длительность лечения		Занятость койки		Максимальная занятость койки		Оборот койки		Максимальная функция больницы койки		Пропускная способность стационара		Оптимальное число		Избыток/недостаток коек		Среднее время простоя койки	
	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011
4026	15,0	14,8	330,8	330,8	343,0	342,6	22,0	22,4	22,9	23,2	96,4	96,6	3883	3902	127	139	1,6	1,5
2010																		

ционировало 4118 среднегодовых коек (2010 год – 4120 коек). Коечный фонд городского уровня составил 36,9% (2010 год – 37,0%) областного коечного фонда.

Фактическая занятость койки составила 320,9 дней (2010 год – 326,2 дней), что на 1,1 дня меньше расчетной максимальной занятости койки (322,0 дня). При этом средняя продолжительность пребывания пациента на койке уменьшилась по сравнению с 2010 годом на 0,2 дня и составила 8,8 дней. Оборот койки – 36,6 единиц, и это на 0,2 единицы меньше расчетной максимальной функции больничной койки – 36,8 единиц.

Пропускная способность стационара составляет 99,7%, что на 0,3% меньше расчетной оптимальной. Простой койки по организационным причинам составил 1,204 дня (2010 год – 1,064).

Из приведенных данных следует, что и на городском уровне коечный фонд используется недостаточно оптимально, для повышения эффективности использования коечного фонда достаточно 4097 коек (на 21 койку меньше развернутых в настоящее время).

Областной уровень (табл. 3). В областных организациях здравоохранения по состоянию на 31.12.2011 г. функционировало 4047 среднегодовых коек (2010 год – 4026 коек). Коечный фонд этих организаций составил 36,3% (2010 год – 36,1%) всех среднегодовых коек области.

Средняя продолжительность пребывания пациента на койке уменьшилась по сравнению с 2010 годом на 0,2 дня и составила 14,8 дней. Фактическая занятость койки так же, как и в 2010 году, была 330,8 дней, и при этом меньше на 11,8 дней максимальной расчетной занятости койки (342,6 дня). Оборот койки составил 22,4 единицы, что на 0,8 единицы меньше расчетной максимальной функции больничной койки (23,2 единицы). Оборот койки в сравнении с 2010 годом увеличился на 0,4 единицы.

Пропускная способность стационара была меньше расчетной оптимальной на 3,4% (2010 год – 3,2%). Простой койки по организационным причинам составил 1,5 дня (2010 год – 1,6 дня).

Для эффективного использования коечного фонда организаций областного уровня достаточно 3908 коек (на 139 коек меньше, чем функционирует).

При анализе эффективности использования коечного фонда по профилям в целом по области выявлен как избыток коек, так и их недостаток по ряду профилей (табл. 4).

Из приведенных в табл. 4 данных следует, что наибольший избыток коек отмечается по следую-

щим профилям: терапевтические койки – 79, хирургические койки для взрослых – 74, гинекологические – 59. Койки данных профилей в области развернуты на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Терапевтические койки (табл. 5). При анализе использования терапевтических коек на районном уровне за 2011 год установлено: число среднегодовых коек – 1047, занятость койки – 315,0 дней, средняя длительность лечения – 9,1 дней. При этом, максимальная расчетная занятость койки – 330,5 дней, оборот койки – 34,5 единицы, максимальная функция койки – 36,2 единиц, пропускная способность – 95,3%, оптимальное число коек – 998. Таким образом, на районном уровне сформировался избыток в количестве 49 терапевтических коек.

При анализе использования терапевтических коек на городском уровне установлено, что число среднегодовых коек – 494, занятость койки – 319,1 дней, средняя длительность лечения – 10,0 дней, максимальная расчетная занятость койки – 333,0 дня, оборот койки – 32,0 единицы, максимальная функция койки – 33,4 единицы, пропускная способность – 95,8%, оптимальное число коек – 473. Можно сделать вывод, что на городском уровне сформировался избыток терапевтических коек, равный 21 койке.

При анализе использования терапевтических коек на областном уровне установлено, что показатели работы и расчетные показатели были следующими: число среднегодовых коек – 170, занятость койки – 330,7 дней, средняя длительность лечения – 20,1 дней, максимальная расчетная занятость койки – 348,5 дней, оборот койки – 16,5 единиц, максимальная функция койки – 17,4 единиц, пропускная способность – 94,9%, оптимальное число коек – 161. Таким образом, на областном уровне сформировался избыток в 9 терапевтических коек.

Следует отметить, что наибольший избыток коек терапевтического профиля в области сформирован за счет районного уровня.

Хирургические койки для взрослых (табл. 6). В 2011 году на районном уровне число среднегодовых коек составило 582, занятость койки – 280,7 дней, средняя длительность лечения – 8,5 дней; оборот койки – 33,0 единицы, пропускная способность – 84,6%. Расчетные показатели: максимальная расчетная занятость койки – 332,0 дня, максимальная функция койки – 39,0 единиц, оптимальное число коек – 492. На районном уровне сформировался избыток хирургических коек, равный 90 койкам.

На городском уровне: число среднегодовых коек – 235, занятость койки – 345,4 дней, средняя длительность лечения – 7,2 дней, оборот койки – 48,3 единицы, пропускная способность – 109,1%. Расчетные показатели: максимальная расчетная занятость койки – 316,7 дней, максимальная функция койки – 44,2 единицы, оптимальное число коек – 256. Таким образом, на городском уровне сформировался недостаток в 21 хирургическую койку.

При анализе использования хирургических коек для взрослых в областных организациях здравоохранения установлено, что: число среднегодовых коек – 50, занятость койки – 309,6 дней, средняя длительность лечения – 10,4 дней, максимальная расчетная занятость койки – 335,4 дней, оборот койки – 29,6 единицы, максимальная функция койки – 32,1 единицы, пропускная способность – 92,3%, оптимальное число коек – 46, то есть на областном

Таблица 4

**Необходимое количество коек по профилям
в соответствии с расчетным оптимальным их количеством**

Профиль коек	Среднегодовых коек	Расчетное оптимальное количество коек	Больше среднегодовых коек по отношению к оптимальному числу коек	Меньше среднегодовых коек по отношению к оптимальному числу коек
Терапевтические	1711	1632	79	-
Кардиологические	539	593	-	54
Гастроэнтерологические для взрослых	125	112	13	-
Аллергологические для взрослых	20	19	1	-
Аллергологические для детей	15	15	0	-
Реабилитационные для взрослых	260	258	2	-
Реабилитационные для детей	180	163	17	-
Эндокринологические для взрослых	120	134	-	14
Эндокринологические для детей	30	30	0	-
Инфекционные для взрослых	274	269	5	-
Инфекционные для детей	297	266	31	-
Гематологические для взрослых	62	65	-	3
Гематологические для детей	25	22	3	-
Нефрологические для взрослых	101	108	-	7
Нефрологические для детей	20	18	2	-
Ревматологические для взрослых	91	100	-	9
Ревматологические для детей	50	49	1	-
Пульмонологические для взрослых	205	207	-	2
Пульмонологические для детей	30	25	5	-
Хирургические для взрослых	867	793	74	-
Хирургические для детей	35	47	-	12
Нейрохирургические	100	91	9	-
Торакальной хирургии	35	34	1	-
Кардиохирургические	25	28	-	3
Сосудистой хирургии	60	59	1	-
Травматологические для взрослых	270	278	-	8
Травматологические для детей	26	24	2	-
Ожоговые	50	31	19	-
Ортопедические для взрослых	60	55	5	-
Ортопедические для детей	20	26	-	6
Урологические для взрослых	180	188	-	8
Урологические для детей	15	14	1	-
Челюстно-лицевой хирургии для взрослых	60	70	-	10
Челюстно-лицевой хирургии для детей	10	8	2	-
Проктологические	40	43	-	3
Гнойной хирургии для взрослых	222	203	19	-
Гнойной хирургии для детей	30	25	5	-
Онкологические	375	402	-	27

Радиологические и рентгенологические	90	104	-	14
Для беременных и рожениц (кроме патологии беременности)	326	311	15	-
Патологии беременности	174	155	19	-
Гинекологические (кроме коек для производства абортов)	439	380	59	-
Для производства абортов	5		5	-
Фтизиатрические для взрослых	520	463	57	-
Неврологические для взрослых	738	735	3	-
Неврологические для детей	55	57		2
Психиатрические (психоневрологические) для взрослых	860	807	53	-
Психиатрические (психоневрологические) для детей	30	21	9	-
Наркологические	112	101	11	-
Офтальмологические для взрослых	132	141	-	9
Офтальмологические для детей	33	34	-	1
Отоларингологические для взрослых	138	159	-	21
Отоларингологические для детей	62	54	8	-
Дерматовенерологические для взрослых	194	183	11	-
Дерматовенерологические для детей	36	48	-	12
Педиатрические (соматические)	553	520	33	-
в т.ч. для недоношенных и больных новорожденных	55	54	1	-
Всего	11148	10789	359	-

уровне сформировался избыток хирургических коек, равный 4 койкам.

Итак, избыток коек хирургического профиля отмечается на районном и областном уровне, а недостаток – на городском уровне.

Аналогичный анализ, проведенный для коек **гинекологического профиля** (табл. 7), продемонстрировал следующее.

На районном уровне: число среднегодовых коек – 189, занятость койки – 296,1 дней, средняя длительность лечения – 6,7 дней, оборот койки – 44,0 единицы, пропускная способность – 86,3%. При этом, максимальная расчетная занятость койки составила 343,0 дня, максимальная функция койки – 50,9 единиц, оптимальное число коек – 163. Следовательно, на районном уровне выявлено 26 избыточных гинекологических коек.

На городском уровне: число среднегодовых коек – 250, фактическая занятость койки – 293,3 дня, средняя длительность лечения – 5,4 дней; оборот койки – 54,0 единицы, пропускная способность – 86,8%. При этом, максимальная расчетная занятость койки – 338,0 дней, максимальная функция койки – 62,2 единицы, оптимальное число коек – 217. На городском уровне сформировался избыток гинекологических коек, равный 33 койкам.

Таким образом, избыток гинекологических коек сформировался как на районном, так и на городском уровне (в областных организациях здравоохранения гинекологические койки не развёрнуты).

Педиатрические койки (табл. 8). На районном уровне число среднегодовых коек в 2011 году составило 328, занятость койки – 303,4 дня, сред-

Таблица 5

Использование коек терапевтического профиля на районном, городском и областном уровне в 2011 г.

Уровень	Число среднегодовых коек без ремонта	Пролечено больных	Проведено койко-дней	Средняя длительность лечения	Число дней занятости койки	Максимальная занятость койки	Оборот койки	Функция больничной койки	Пропускная способность стационара	Оптимальное число коек	Избыток/недостаток коек	Среднее время простоя койки
Районный	1047	36087	32978 3	9,1	315,0	330,5	34,5	36,2	95,3	998	49	1,5
Городской	494	15821	15761 9	10,0	319,1	333,0	32,0	33,4	95,8	473	21	1,4
Областной	170	2802	56226	20,1	330,7	348,5	16,5	17,4	94,9	161	9	2,1

Таблица 6

Использование коек хирургического профиля для взрослых на районном, городском и областном уровне в 2011 г.

Уровень	Число среднегодовых коек без ремонта	Пролечено больных	Проведено койко-дней	Средняя длительность лечения	Число дней занятости койки	Максимальная занятость койки	Оборот койки	Функция больничной койки	Пропускная способность стационара	Оптимальное число коек	Избыток/недостаток коек	Среднее время простоя койки
Районный	582	19193	16339 2	8,5	280,7	332,0	33,0	39,0	84,6	492	90	2,6
Городской	235	11339	81173	7,2	345,4	316,7	48,3	44,2	109,1	256	-21	0,4
Областной	50	1482	15479	10,4	309,6	335,4	29,6	32,1	92,3	46	4	1,9

Таблица 7

Использование коек гинекологического профиля на районном и городском уровне в 2011 г.

Уровень	Число среднегодовых коек без ремонта	Пролечено больных	Проведено койко-дней	Средняя длительность лечения	Число дней занятости койки	Максимальная занятость койки	Оборот койки	Функция больничной койки	Пропускная способность стационара	Оптимальное число коек	Избыток/недостаток коек	Среднее время простоя койки
Районный	189	8307	55963	6,7	296,1	343,0	44,0	50,9	86,3	163	26	1,6
Городской	250	13503	73325	5,4	293,3	338,0	54,0	62,2	86,8	217	33	1,3

няя длительность лечения – 6,9 дней; оборот койки – 43,8 единицы, пропускная способность – 94,4%. Расчетные показатели: максимальная расчетная занятость койки – 321,2 день, максимальная функция койки – 46,3 единиц, оптимальное число коек – 310. Таким образом, на районном уровне сформировался избыток в 18 педиатрических коек.

На городском уровне: число среднегодовых коек – 150, занятость койки – 306,7 дней, средняя длительность лечения – 7,9 дней, оборот койки – 38,8 единиц, пропускная способность – 94,0%. Расчетные показатели: максимальная расчетная занятость койки – 326,2 дней, максимальная функция койки – 41,2 единицы, оптимальное число коек – 141. Исходя из сравнения фактических данных работы педиатрических коек и расчетных показате-

лей, можно сделать вывод – на городском уровне сформировался избыток в 9 педиатрических коек.

В областных организациях здравоохранения: число среднегодовых коек – 75, занятость койки – 314,3 дней, средняя длительность лечения – 12,4 дней, максимальная расчетная занятость койки – 339,7 дней, оборот койки – 25,3 единиц, максимальная функция койки – 27,3 единиц, пропускная способность – 92,5%, оптимальное число коек – 69, то есть на областном уровне сформировался избыток в 6 педиатрических коек.

Следовательно, избыток коек педиатрического профиля отмечается на районном, городском и областном уровнях.

Таким образом, проведенный анализ позволяет утверждать, что коечный фонд стационарных

Таблица 8

Использование коек педиатрического профиля на районном, городском и областном уровне в 2011 г.

Уровень	Число среднегодовых коек без ремонта	Пролечено больных	Проведено койко-дней	Средняя длительность лечения	Число дней занятости койки	Максимальная занятость койки	Оборот койки	Функция больничной койки	Пропускная способность стационара	Оптимальное число коек	Избыток/недостаток коек	Среднее время простоя койки
Районный	328	14352	99507	6,9	303,4	321,2	43,8	46,3	94,4	310	18	1,4
Городской	150	5815	46011	7,9	306,7	326,2	38,8	41,2	94,0	141	9	1,5
Областной	75	1895	23570	12,4	314,3	339,7	25,3	27,3	92,5	69	6	2,0

организаций Могилевской области в 2011 году использовался недостаточно эффективно. В целом по области отмечались:

избыток коек по 35 профилям, наибольший – по терапевтическому, хирургическому для взрослых, гинекологическому, педиатрическому, фтизиатрическому для взрослых, психиатрическому для взрослых;

недостаток коек – по 20 профилям, наибольший – по кардиологическому, онкологическому, отоларингологическому для взрослых, эндокринологическому для взрослых, хирургическому для детей.

При этом, наибольший избыток коек терапевтического и хирургического профиля формируется за счет районного уровня; гинекологических коек – за счет районного и городского уровней; коек педиатрического профиля – за счет районного, городского и областного уровней.

На районном уровне отмечена наиболее низкая эффективность использования коечного фонда.

В 2009–2011 гг. в области проводилась реструктуризация коечного фонда путем их сокращения и перепрофилирования. В 2010 году коечный фонд составил 11731 койку, в то время как в 2009 году – 11748 коек, т.е. было сокращено 17 коек.

Перепрофилирование коснулось 17 профилей коек (терапевтический, кардиологический, инфекционный, нефрологический, хирургический, травматологический, урологический, гнойно-хирургический, для беременных и рожениц, патологии беременности, гинекологический, психиатрический, офтальмологический, оториноларингологический, дерматовенерологический, педиатрический, сестринский).

В результате:

количество коек терапевтического профиля

уменьшилось с 1761 до 1708 (занятость койки увеличилась с 309,5 до 317,7);

количество коек нефрологического профиля уменьшилось со 141 до 118 (преимущественно за счет нефрологических коек для детей, занятость при этом увеличилась с 347,5 до 361,4 дня);

количество коек хирургического профиля сократилось с 957 до 889 (занятость увеличилась с 279,0 до 302,2 дней);

количество коек гинекологического профиля сократилось с 465 до 424 (занятость увеличилась с 273,9 до 294,5 дней);

количество офтальмологических коек сократилось со 175 до 165 (занятость увеличилась с 313,1 до 340,0 дней);

количество оториноларингологических коек сократилось с 200 до 195 (занятость увеличилась с 329,5 до 340,0 дней);

количество дерматовенерологических коек сократилось с 240 до 230 (занятость увеличилась с 304,2 до 338,3 дней);

количество педиатрических коек сократилось с 556 до 547 (занятость увеличилась с 277,8 до 305,8 дней).

Несмотря на увеличение количества коек по некоторым профилям, востребованность данных видов коек остается очень высокой. А именно: при увеличении количества кардиологических коек с 415 до 562 занятость в 2011 году составила 357,1 дней, при увеличении количества сестринских коек с 305 до 327 занятость увеличилась с 359,7 до 369,5 дней.

Вместе с тем, по ряду профилей перепрофилирование коечного фонда было проведено без детального анализа работы. Так:

количество коек инфекционного профиля было

увеличено с 566 до 570, а занятость койки сократилась с 260,8 до 247,5 дней;

количество коек гнойно-хирургического профиля увеличилось с 230 до 264, занятость при этом уменьшилась с 312,6 до 301,6 дня;

количество коек психиатрического профиля увеличилось с 875 до 890, занятость при этом уменьшилась с 333,4 до 328,5 дней.

Таким образом, в области необходимо постепенно, с учетом детального качественного и количественного анализа работы коек по каждой стационарной организации и по каждому профилю, продолжить реструктуризацию коечного фонда путем:

перераспределения части объемов медицинской помощи населению из стационарного во внебольничный сектор;

рационального распределения больничных коек по уровням оказания медицинской помощи; развития межрайонных центров специализированной помощи;

перепрофилирования маломощных сельских участковых больниц во врачебные амбулатории;

увеличения коечного фонда отделений дневного пребывания в стационарах с круглосуточным пребыванием и при амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения;

решения вопроса о передаче коек сестринского ухода в организации, подчиненные Министерству труда и социальной защиты Республики Беларусь;

направления высвобождающихся ресурсов (кадровых, финансовых и др.) на укрепление организаций здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Реализация данных мероприятий позволит экономно и эффективно использовать финансовые средства, выделяемые на здравоохранение.

ANALYSIS OF EFFICIENCY IN USING BEDS CAPACITY AT HEALTH CARE INSTITUTIONS OF MOGILEV REGION IN 2011

A.V.Semyonov

Actual data on beds capacity in Mogilev Region in 2011 were analyzed. The following aggregate indicators describing the efficiency of hospital beds were estimated: average annual hospital bed occupancy, function of the hospital bed, bed turnover, average length of a patient's stay at hospital and average length of the hospital bed downtime. The analysis of bed capacity was carried out at the district, city and regional levels as well as throughout the region, on the whole. In order to evaluate the best possible work of hospital beds the following indicators were estimated: maximal average annual hospital bed occupancy, maximal function of the hospital bed, beds capacity and the maximal number of beds required. Directions in the work on further restructuring of hospital beds were defined.

Поступила 10.09.2012 г.

ПРОБЛЕМЫ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ КАТАСТРОФЫ

С.С.Корсак

Буда-Кошелёвская центральная районная больница, г. Буда-Кошелёво, Гомельская область

Чернобыльская катастрофа и ухудшившаяся социально-экономическая ситуация негативно повлияли на возможности оказания и качество медицинской помощи сельскому населению Республики Беларусь. В современной Беларуси имеются различия в условиях функционирования организаций здравоохранения в городе и сельской местности. Реформирование отрасли здравоохранения и государственные социальные стандарты не в полной мере учитывают особенности организации медицинской помощи сельскому населению. Выделены основные направления совершенствования системы оказания медицинской помощи сельскому населению Республики Беларусь, в том числе, проживающему на территориях, подвергшихся радиационному загрязнению вследствие аварии на Чернобыльской АЭС. Утверждается, что без смещения приоритетов кадрово-финансовой политики государства в области охраны здоровья в сторону сельского здравоохранения невозможно достичь улучшения показателей общественного здоровья.