



Все права защищены. Ни одна часть воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте <http://kaznmu.kz/press/>

УДК 614.2:614.39

А.А. АКАНОВ, Т.С. МЕЙМАНАЛИЕВ, А.Б. КУМАР

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Ж.Асфендиярова, Школа общественного здравоохранения им. Х.Досмухамедова

### ПРОБЛЕМЫ ОПТИМИЗАЦИИ КОЕЧНОГО ФОНДА В КАЗАХСТАНЕ

Во всех системах здравоохранения использование коечного фонда является предметом изучения как для политиков, так и управленцев. В связи с тем, что до сих пор значительная доля валового бюджета здравоохранения расходуется на больничный сектор, попытки повысить эффективность и снизить расходы ведутся через реформирование стационарной помощи.

**Ключевые слова:** коечный фонд, коечные ресурсы, стационарная помощь, показатели госпитализации.

Основной ресурсной характеристикой стационара является коечный фонд, поэтому одной из важнейших задач является оптимизация использования данного ресурса. Однако, планирование и организация эффективного использования коечного фонда — сложные задачи, как в нашей стране, так и во всем мире. Несмотря на проводимые изменения в больничной помощи в последнее время, до сих пор основным затратным сектором системы здравоохранения является стационарный, на который приходится около 80% всех ресурсов здравоохранения, существует проблема нецелевого и неэффективного использования коечных ресурсов.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в некоторых странах, начиная с 1991 года, произошло резкое сокращение коечного фонда на 10 – 20%. Динамика развития коечного фонда в европейских странах по данным Eurostat (online data codes: hth\_rs\_prs, tps 00046 and hth\_co\_disch21) за 1999-2009гг. представлена на рисунке №1.

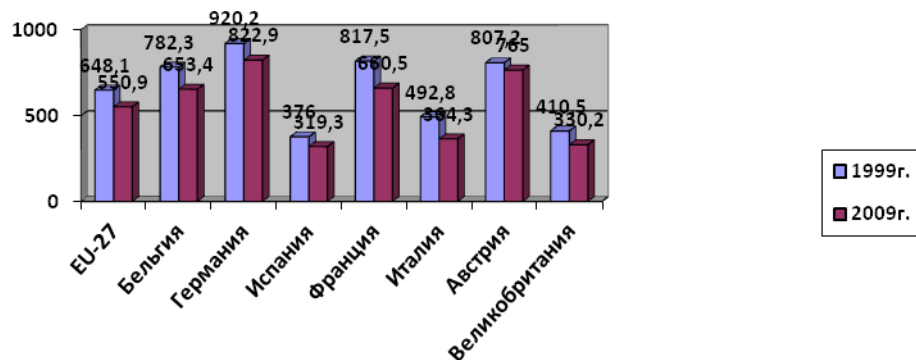


Рисунок 1 - Количество больничных коек в европейских странах за 1999-2009гг.

По всему миру отмечается определенный сдвиг от экстренной помощи и длительного лечения в стационаре в сторону амбулаторного лечения и других вариантов медицинской помощи. Сравнение между странами показывает, что существуют широкие различия в числе больничных коек, при этом относительно высокая стоимость содержания больниц привела к тому, что по политическим и финансовым соображениям выдвигаются требования о сокращении коечного фонда больниц.

Тем не менее, в этих странах в условиях низкого среднего пребывания больного на койке и высокого коечного оборота, вопрос обоснованности госпитализации достаточно часто поднимается исследователями и практическими врачами [1,2].

По данным ВОЗ в 1990 году число больничных коек в Казахстане было одним из самых высоких в Европе. В последние годы оно несколько снизилось и стало ближе к среднему значению этого показателя по странам Европейского союза. Число больничных организаций в системе МЗ РК в целом по республике за период с 1991 до 2010 годы изменилась следующим образом. Число больниц на 100 000 населения сократилось с 10,7 в 1990г. до 6,4 в 2010г., а число больничных коек на 1000 населения – с 13,7 в 1990г. до 7,8 в 2010г. (рис. 2). Отмечается увеличение наиболее оправдавших себя форм оказания медицинской помощи – дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических и больничных организациях, а также открытие хозрасчетных отделений в больничных организациях [2].

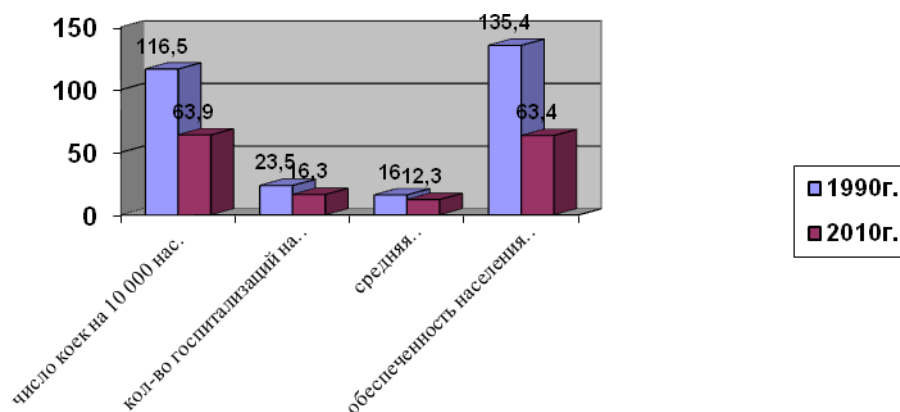


Рисунок 2 - Показатели стационарной помощи в Республике Казахстан за 1990-2010гг.

Следует отметить, что стационарная помощь в Республике Казахстан оказывается по 71 профильным отделениям для взрослых и по 30 профильным отделениям для детей. Наиболее востребованными профилями для населения являются отделения для беременных – 16,7% госпитализаций, терапевтические отделения – 10,9% госпитализаций и хирургические отделения – 10,2% госпитализаций (Отчет Республиканского информационно-аналитического центра Министерства здравоохранения Республики Казахстан, 2012, далее РИАЦ).

В структуре направлений на госпитализацию более половины пациентов получают направление от врача ПМСП (28,2%) или поликлиники (25,7%). До 24,2% составляют направления врачей скорой медицинской помощи и остальные пациенты поступают самостоятельно (21,9%). Экстренные госпитализации по РК составляют почти 70%.

В структуре госпитализированных случаев по данным 2011 года в Республике Казахстан первые ранговые места среди взрослых и подростков занимают болезни системы кровообращения (16,2%), болезни органов пищеварения (9,1%) и заболевания органов дыхания (5,7%)(РИАЦ, 2012). Следовательно, 31% коечного фонда терапевтического профиля для взрослых и подростков определяются вышеуказанными 3-мя группами заболеваний.

В структуре детских госпитализаций до 14 лет первое место занимают болезни органов дыхания (37,3%), второе место – перинатальные патологии (12,5%) и далее – травмы и отравления (9,9%), болезни органов пищеварения (9,0%), заболевания нервной системы (7,5%), болезни кожи и подкожной клетчатки (4,2%) и заболевания мочеполовой системы (4,2%) (РИАЦ, 2012). Таким образом, в данной возрастной группе только две изучаемые болезни, а именно, заболевания органов дыхания (37,3%) и органов пищеварения (9,0%) определяют почти каждую вторую (46,3%) терапевтическую койку.

Средняя длительность госпитализации в Казахстане по-прежнему высока по сравнению со многими странами. В 2010 г. этот показатель составлял 12,3 сут. по сравнению с 8,2 сут. в странах Европейского союза. Материалы отчетных данных Medinfo показывают, что средняя продолжительность пребывания больных в стационарах в целом по стране за последние годы имеет тенденцию к снижению, что в 2011г. составило 11,2 дня по сравнению в 16,0 в 1990г. Обычно величина этого показателя зависит от типа и профиля больницы, организации работы стационара, тяжести заболевания и качества лечебно-диагностического процесса. Средний койкодень указывает на резервы улучшения использования коечного фонда. Так, изменение возрастного состава госпитализируемых в связи с постарением населения ведет к тому, что в стационары госпитализируется больше лиц пожилого возраста, страдающих заболеваниями, требующими более длительного лечения. Обуславливает возрастание средней продолжительности стационарного лечения дифференциация специализированной медицинской помощи, а также более полноценное лечение и более длительное наблюдение за выздоравливающими в условиях стационара при улучшении обеспеченности населения больничными койками [3,5].

По предварительному анализу показателей госпитализации очевидно уменьшение показателей длительности пребывания больных в стационаре и уровня госпитализации за счет оптимизации функции койки и более широкого внедрения стационарозамещающих технологий, увеличения объемов амбулаторно-поликлинической медицинской помощи.

Известно, что недостаточное или, напротив, избыточное количество стационарных коек является следствием целого ряда причин. Среди них особая роль принадлежит обоснованности или адекватности госпитализации, понимаемая как соответствие состояния больного определенным для наблюдения в стационаре критериям, а также соответствие процедур и манипуляций, обеспечиваемых в стационаре, объему (интенсивности) и уровню сложности и технологичности, принятым в современном стационарном лечении [4].

Ранее в работе А.Аканова были приведены примеры заболеваний, управляемых на уровне ПМСП (такие как астма, язва желудка и 12-перстной кишки, анемия, гипертензия, диабет, ОКИ и ОРИ у детей), которые отобраны с учетом рекомендаций международных организаций (ВОЗ).

Тем не менее, согласно приказа МЗ РК №235 от 05.04.2010г. «О внесении изменений и дополнений в приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 14.10.2009г. №527 «Об утверждении перечня болезней подлежащих стационарному и стационарозамещающему лечению, в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ- 10)» в перечне болезней из всех 7808 нозологий 7653 подлежат стационарному лечению, в том числе указаны и те заболевания, процесс лечения которых в большинстве случаев можно осуществлять без госпитализаций. Данный факт свидетельствует о несоответствии состояния больного определенным для наблюдения в стационаре критериям, нерациональном использовании коечного фонда, что требует пересмотра и изменения вышеуказанного перечня.

Поэтому анализ данных заболеваний представляет собой особый интерес с точки зрения повышения результативности и значимости ПМСП, повышения эффективности и определения региональных предельных объемов стационарной помощи, усиления преемственности между ПМСП и со стационарной службой.

В целях повышения эффективности использования ресурсов в системе здравоохранения в мировой практике принято проводить ежегодную ревизию коечного фонда по видам помощи, расчет необходимого количества вызовов скорой медпомощи по каждому региону, исходя из объемов государственных заказов, определяется число избыточных коек, осуществляется работа по оптимизации объемов и видов медпомощи по каждому региону, реструктуризации коечной сети, поэтапному сокращению неэффективно работающих коек стационаров с круглосуточным пребыванием больных [2,3].

Выводы:

Проводимая оптимизация коечного фонда позволит увеличить финансирование амбулаторно-поликлинического звена, скорой медицинской помощи, обеспечит развитие сети дневных стационаров и стационаров на дому.

Стратегии сокращения коечного фонда должны включать крупномасштабные меры, направленные на снижение числа случаев необоснованной госпитализации, улучшение эффективности стационарного лечения и ухода и содействие ускоренной выписке. Для осуществления этих мер часто требуется создание альтернативных лечебно-профилактических учреждений и услуг, поэтому, хотя число коек может и сократиться, общие расходы системы здравоохранения могут при этом не уменьшиться.

Реструктуризация коечного фонда должна быть основана на дифференциации больных по степени нуждаемости в лечении разной интенсивности.

Наметилась динамика к снижению стационарной помощи, выросло число организаций имеющих дневные стационары и койки дневного пребывания, что отражает развитие первичной медико-санитарной помощи в стране. Одной из основных причин улучшения данных показателей, является внедрение ЕНСЗ, где одним из приоритетов было реформирование первичного звена здравоохранения [1,5].

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аканов А.А., Девятко В.Н., Ахметов У.И., Байсеркин Б.С., Түлебаев К.А. Больничное дело в Казахстане: состояние, проблемы и подходы к новой модели. – Алматы: 2006. -168с.
- 2 McKee M (2003) Какие уроки были извлечены странами, где было резко сокращено число больничных коек? What are the lessons learnt by countries that have had dramatic reductions of their hospital bed capacity? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E82973.pdf>, accessed 29 August 2003)
- 3 А. Аканов, Организация здравоохранения Казахстана / А.А. Аканов, К.К. Куракбаев.- Астана-Алматы: 2006.- 232с.
- 4 Health Care Systems in Transition of Kazakhstan. Part 1//Public Health. Development plans for the health care system – the organization and management. Kazakhstan. WHO, 2007. On behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. World health statistics 2011.
- 5 The Global Health Observatory (GHO) is WHO's portal providing access to data and analyses for monitoring the global health situation. [www.who.int/gho](http://www.who.int/gho)

**А.А. АКАНОВ, Т.С. МЕЙМАНАЛИЕВ, А.Б. КУМАР**  
ҚАЗАҚСТАНДА АУРУХАНА ТӨСЕГІ ҚОРЫН ЖАҚСARTУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

**Түйін :** барлық денсаулық сақтау жүйелерінде аурухана төсегін тиімді қолдану саясаткерлермен қоса басқарушылар үшін де зерттеуді қажет ететін мәселе болып табылады. Денсаулық сақтауға бөлінетін қаражаттың айтарлықтай бөлігі аурухана секторына жұмсалатындықтан, стационарлық көмекті реформалау арқылы шығындарды төмендетіп, тиімділікті арттыру алғышарттары жүргізілуде.

**Түйінді сөздер:** ауруханалық төсек қоры, стационарлық көмек, аурухана көмегінің көрсетіштері.

**A.AKANOV, T.MEIMANALIEV, A.KUMAR**  
PROBLEMS OF OPTIMIZATION OF HOSPITAL BEDS IN KAZAKHSTAN

**Resume:** in all health systems optimization of hospital beds is being studied not only for policy-makers, also for managers. In view of the fact that there is still a significant proportion of gross health budget is spent on the hospital sector, attempts to improve efficiency and reduce costs through reform underway hospital.

**Keywords:** hospital beds, bed resources, hospital care, hospitalization rates.

Адрес редакции:  
050012  
Алматы, ул.Толе би, 94



Все права защищены. Ни одна часть не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя

Требования к материалам, направляемым для публикации в журнале, размещены на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)

С электронной версией журнала можно ознакомиться на сайте [www.kaznmu.kz](http://www.kaznmu.kz)