

**А. И. Прилучная¹, А. В. Чикинева², А. И. Клевасов³, И. В. Шарапов⁴,
О. И. Ивановский¹, Т. В. Комиссарова⁵**

¹ Новосибирский государственный медицинский университет
Красный пр., 52, Новосибирск, 630091, Россия

² Новосибирский государственный областной
клинический консультативно-диагностический центр
ул. Залесского, 6, Новосибирск, 630047, Россия

³ ЗАО «Здравмедтех»
ул. Планетная, 30, Новосибирск, 630015, Россия

⁴ Новосибирский областной госпиталь ветеранов войн
ул. Советская, 2, Новосибирск, 630007, Россия

⁵ Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии
ул. Фрунзе, 17, Новосибирск, 630091, Россия

E-mail: anbka@list.ru

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ В СТАЦИОНАР

Разработана и внедрена модель системы госпитализации больных в стационар, которая включает амбулаторно-поликлинические учреждения, стационары, центр госпитализации больных и механизмы их взаимодействия. Внедрение модели системы госпитализации больных в стационар показало ее эффективность.

Ключевые слова: госпитализация, центр госпитализации.

Определение потребности населения в стационарной медицинской помощи и ее удовлетворение являются одной из сложных задач здравоохранения. Это обусловлено снижением уровня общественного здоровья, процессом хронизации заболеваний, наличием скрытой потребности в медицинской помощи, ростом фактических объемов госпитализации, тяжестью состояния госпитализированных лиц, ограниченными ресурсами системы здравоохранения [1; 2].

Ограниченные ресурсы здравоохранения не дают возможности покрыть растущую потребность в госпитализации в рамках круглосуточной дорогостоящей стационарной медицинской помощи, что ставит задачи наиболее полного определения и прогнозирования потребности населения в стационарной медицинской помощи, опре-

деления приоритетов в оказании круглосуточной стационарной медицинской помощи.

Цель исследования – обосновать модель системы плановой госпитализации пациентов в стационар.

Материал и методы

Объект исследования – муниципальная система здравоохранения Новосибирска. Использованы анализ источников литературы, сравнительное правоведение, статистический, социологический и экспертный методы. В качестве баз исследования выбраны субъекты муниципальной системы здравоохранения. Единицами наблюдения были руководители органов управления здравоохранением, лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), главные специалисты,

врачи, средние медицинские работники, пациенты.

Материалом исследования являлись годовые статистические отчеты ЛПУ за 2000–2009 гг., отчеты Новосибирского городского центра госпитализации больных (ГЦГБ) за 2003–2009 гг., анкеты пациентов, врачей и экспертные карты.

Анализ официальных статистических данных. В ходе исследования использованы данные Новосибирского облстатуправления, годовые статистические отчеты муниципальных ЛПУ ($n = 402$) и отчеты ГЦГБ ($n = 7$).

Социологическое исследование. Проведен социологический опрос 846 пациентов стационаров Новосибирска и 269 врачей ЛПУ, работающих с ГЦГБ. Репрезентативность выборочной совокупности определена по таблице необходимой выборочной совокупности [3] и составила 400 единиц ($K = 0,1$; $p = 0,95$).

Экспертная оценка. Опрошено 38 экспертов следующих уровней: руководители органов управления здравоохранением, заведующие отделениями ЛПУ, главные специалисты муниципальных образований. Среди экспертов руководители органов управления здравоохранением разного уровня составили 19 %, заведующие отделениями – 67, главные специалисты Новосибирской области и Новосибирска – 14 %. Экспертная оценка проводилась по стандартной методике «Дельфи». На первом этапе экспертами выступили заведующие отделениями территориальных ЛПУ, а на втором – главные специалисты. Степень согласованности экспертов оценена с помощью коэффициента конкордации Кэндалла [4–6].

Для оценки достоверности результатов использовались стандартные методы. Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием пакета программ Statistica 6.0.

Результаты исследования и обсуждение

Проведенный анализ показал, что организации плановой госпитализации уделялось недостаточное внимание, не проводился анализ обоснованности направления больных в стационар с круглосуточным пребыванием, страдало планирование этого

вида медицинской помощи, не всегда реализовывалось право граждан на свободный выбор учреждения для обследования и лечения. Для уточнения сроков госпитализации пациенты были вынуждены многократно обращаться в ЛПУ. На уровне амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) медицинский персонал вынужден был тратить значительную часть рабочего времени на поиск свободных мест для больных в стационарах. Кроме того, недостаточно налажена преемственность, прежде всего обмен необходимой информацией о пациентах между стационарами и АПУ.

В условиях все возрастающей интенсивности труда персонала АПУ стала очевидной необходимость освобождения его от несвойственной деятельности, т. е. возникла потребность в такой системе, которая позволила бы пациентам, уходя с приема врача, знать не только стационар, в котором будет предоставлено место, но и дату и время, в которое они будут госпитализированы.

При нашем непосредственном участии приказом управления здравоохранения мэрии Новосибирска в целях совершенствования организации и упорядочения плановой госпитализации больных в стационары в составе городской станции скорой медицинской помощи создан ГЦГБ. С 2003 г. плановая госпитализация в стационары города осуществляется через это подразделение. Разработаны и утверждены приказом следующие задачи ГЦГБ:

- оперативные задачи: организация плановой госпитализации больных, регулирование выполнения государственного заказа, оптимизация технологии госпитализации плановых больных для АПУ (экономия рабочего времени на поиск мест), формирование общегородского реестра плановых мест по профилям на последующий месяц;
- информационно-аналитические задачи: изучение структуры потока больных из АПУ по профилям, определение как наиболее востребованных, так и невостребованных коек по профилям, анализ потребности мест на плановую госпитализацию по обращаемости и заявкам из АПУ, подготовка статистической информации.

Нами разработан порядок работы ГЦГБ, информационный, технологический алгоритмы и схема госпитализации в профильные специализированные центры (рис. 1).

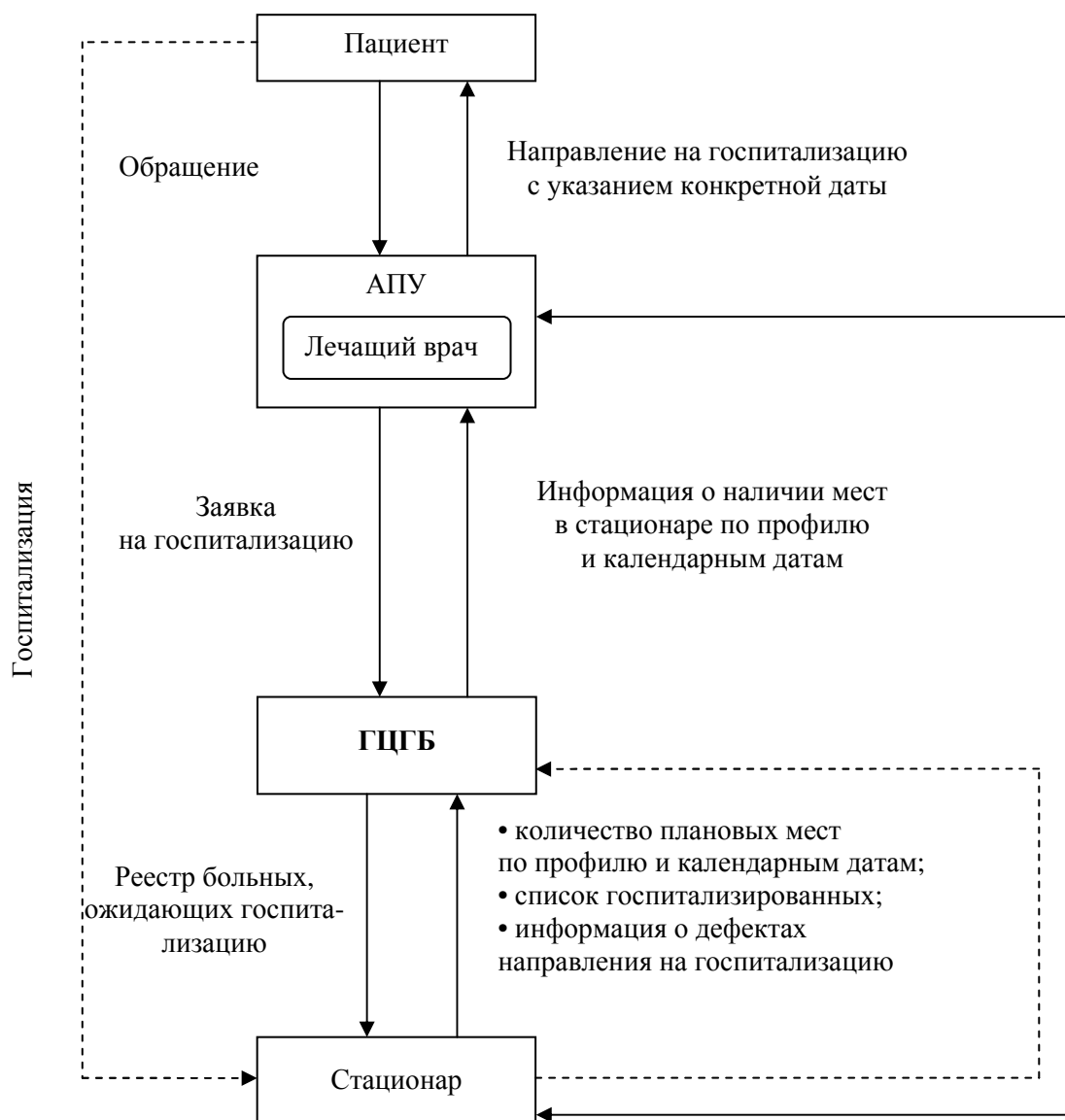


Рис. 1. Общая схема госпитализации больных через ГЦГБ

Порядок работы ГЦГБ определен следующим образом.

1. Ежемесячно стационары передают информацию о выделенных плановых местах в ГЦГБ, где составляется реестр плановых мест.

2. Из АПУ в ГЦГБ поступают заявки на плановое круглосуточное лечение. При наличии в общегородском реестре места на нужную для больного дату по профилю заболевания ответственному работнику выдается наряд установленной формы, гарантирующий госпитализацию в указанный

стационар с указанием нужного профиля койки и желаемой даты госпитализации.

При оформлении заявки на плановую госпитализацию в АПУ пациенту предоставляется право выбора стационара для обследования и лечения. При отсутствии возможности госпитализации на желаемую дату больной ставится на очередь, а при появлении свободных плановых мест в стационарах ГЦГБ в соответствии с очередностью извещает АПУ, которые обязаны в тот же день уведомить больного о конкретной дате госпитализации. При отказе от госпи-

тализации с выданным номером наряда сотрудник АПУ обязан сообщить в ГЦГБ в тот же день о данном факте, т. е. вернуть место.

3. В целях исключения отказов в плановой госпитализации по выделенному наряду и переноса даты пациенты должны направляться в стационары для круглосуточного пребывания в соответствии с имеющимися приказами и полностью обследованными.

4. Для контроля явки на госпитализацию в ГЦГБ ежедневно составляется «Список пациентов, направленных на плановую госпитализацию» с классифицированием по стационарам и профилям коек. Ежедневно до 15:00 каждый стационар через сотрудников, ответственных по приказу главного врача за работу с ГЦГБ, проводит сверку по поступившим и направленным больным с номерами нарядов.

5. Информация о пролеченных больных передается стационарами в ГЦГБ по факсу с указанием паспортных данных больного, номера наряда, даты выписки, исхода заболевания.

В ходе исследования проведен анализ эффективности использования коечного фонда, который включал два этапа: первый – 2000–2003 гг. (до создания ГЦГБ), второй этап – 2004–2006 гг. (организационный этап становления ГЦГБ). Отмечено снижение среднегодовой занятости койки с 314,8 в 2001 г. до 290,4 дней в 2004 г. С 2004 г. установлен прирост данного показателя, причем максимальное увеличение (с 296,4 до 312,1 дней) отмечено в период 2005–2006 гг.

В начале работы ГЦГБ авторы столкнулись со следующими организационными проблемами: неявка больного в указанную дату на госпитализацию, отказ в плановой госпитализации со стороны стационара, наличие очередности на госпитализацию и длительные сроки ожидания планового стационарного лечения. Такая ситуация бы-

ла связана с отсутствием регламентов направления пациента на плановое стационарное лечение (перечень диагнозов, нозологических форм, необходимое обследование на амбулаторном этапе). Таким образом, наблюдалась прямая зависимость количества отказов от плановой госпитализации от продолжительности ожидания планового стационарного лечения: чем дольше были средние сроки ожидания плановой госпитализации, тем выше процент отказов. И, наоборот, по профилям, где средние сроки ожидания не превышали 7 дней, доля отказов была не более 10 % (см. таблицу).

Следует отметить порядок плановой госпитализации пациентов в специализированные центры. При направлении пациента в центр необходима предварительная консультация специалиста стационара, за счет чего практически исключены отказы в госпитализации. Случаи отказов отмечены только по причине нежелания (невозможности) пациента госпитализироваться. Как правило, эти лица госпитализируются позднее.

Сокращение сроков ожидания плановой госпитализации достигалось за счет нескольких факторов. Во-первых, нами совместно с главными специалистами Главного управления здравоохранения мэрии Новосибирска разработан регламент направления на стационарное лечение и утвержден объем обследования на догоспитальном этапе. Эти меры также позволили значительно сократить число отказов в госпитализации, так как повышалась обоснованность направления пациента на круглосуточную койку. Во-вторых, предварительная консультация специалиста стационара позволяла четко определить показания для каждого конкретного пациента при госпитализации в указанное учреждение. При направлении пациента на круглосуточное стационарное лечение в сопроводительный лист вносится запись

Динамика отказов по наиболее востребованным профилям (доля отказов), %

Профиль	Годы					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Кардиология	21,5	32,7	34,0	36,0	4,7	2,1
Неврология	28,7	21,4	24,5	12,1	5,5	6,1
Терапия	20,6	16,1	16,2	12,4	4,4	4,2
Эндокринология	15,8	17,2	26,9	8,2	2,1	2,0
Итого	22,8	19,2	20,7	14,4	4,3	4,1

с обоснованием плановой госпитализации, сопроводительный лист визируется заместителем главного врача АПУ по лечебной части.

Проведенный опрос экспертов показал, что организацией плановой госпитализации больных в стационар должны заниматься: участковые врачи (2,6 балла по пятибалльной шкале), врачи-специалисты АПУ (2,4), заведующие отделениями АПУ (3,8), заместители главного врача АПУ по медицинской части (3,4), специалисты соответствующих структурных подразделений больниц (1,9), сотрудники ГЦГБ (4,5), сами пациенты (1,1 балла). Таким образом, на первое место эксперты поставили роль ГЦГБ, затем заведующих отделениями и заместителей главного врача АПУ по медицинской части. При этом до создания ГЦГБ эти функции действительно осуществляли указанные должностные лица. Важно то, что, по мнению экспертов, плановой госпитализацией не должны заниматься сами пациенты, врачи структурных подразделений больниц и специалисты АПУ.

На начало 2007 г. существовала очередь на плановое стационарное лечение более 2 мес. по следующим профилям: кардиология, неврология, пульмонология, терапия, эндокринология, детская нефрология, педиатрия, детские хирургия и урология. Количество пациентов, состоящих в очереди, превышало 480 человек. В 2007 г. нами совместно с отделом организации медицинской помощи населению и отделами организации специализированной медицинской помощи детскому населению и родовспоможению Главного управления здравоохранения мэрии Новосибирска проведена работа, направленная на сокращение сроков ожидания плановой круглосуточной госпитализации. В результате количество пациентов, состоящих в очереди на госпитализацию, сократилось с 487 – в январе до 150 человек – в июле, а время ожидания стационарного лечения с двух до одного месяца соответственно. С 2008 г. при поступлении заявок на плановую госпитализацию из АПУ всем пациентам выделялось место и назначалась дата госпитализации в срок, не превышающий 10 рабочих дней. Данный период связан со спецификой подготовки амбулаторных больных для госпитализации.

Проведенный социологический опрос пациентов ЛПУ по вопросам госпитализации позволил получить следующие результаты. Не пришлось ожидать плановой госпитализации 17,5 % опрошенных больных, причем максимальное число таких респондентов отмечено по хирургическому и гастроэнтерологическому профилям. В течение 1–3 дней ожидали плановой госпитализации 22,8 % опрошенных, 3–7 дней – 27,2 % лиц. До двух недель круглосуточного стационарного лечения пришлось ожидать 20,8 % респондентов. Таким образом, 88,3 % опрошенных больных ожидали плановую госпитализацию менее 2 нед.

О планируемой дате госпитализации 45,4 % пациентам сообщили сразу при обращении в АПУ, 27,3 % – позднее по телефону, дополнительно пригласили в АПУ 13,5 % человек, передали информацию через родственников или соседей 5,3 % пациентам и рекомендовали перезвонить в стационар или АПУ для уточнения даты госпитализации 8,5 % респондентов. Из опрошенных 75,9 % пациентов лечились в том стационаре, куда хотели быть госпитализированы, 6,7 % – желали бы лечиться в другом ЛПУ и для 17,4 % больных место лечения значения не имело.

Социологический опрос врачей ЛПУ позволил получить следующие результаты. Большинство респондентов отметили позитивную роль ГЦГБ (62,0 %), дали отрицательный ответ (14,5 %), считали, что ничего не изменилось (11,2 %) или стало хуже (4,1 %). Затруднились ответить 8,2 % врачей. Из числа опрошенных 76,2 % респондентов отметили, что работа с ГЦГБ экономит их время на поиск места в стационаре для плановой госпитализации, отрицательно ответили на этот вопрос 16,4 % врачей, стали тратить больше времени 1,9 % респондентов и затруднились с ответом 5,5 % докторов. Повышение доступности плановой стационарной помощи для нуждающихся в ней пациентов отметили 68,2 % респондентов, отрицательно ответили 16,4 % врачей, 8,6 % опрошенных отметили, что плановая стационарная помощь стала менее доступной для пациентов, и 6,6 % врачей затруднились с ответом.

Проведенная экспертная оценка позволила получить следующие результаты. Экспертами эффективность работы ГЦГБ оценена достаточно высоко (3,9 балла по

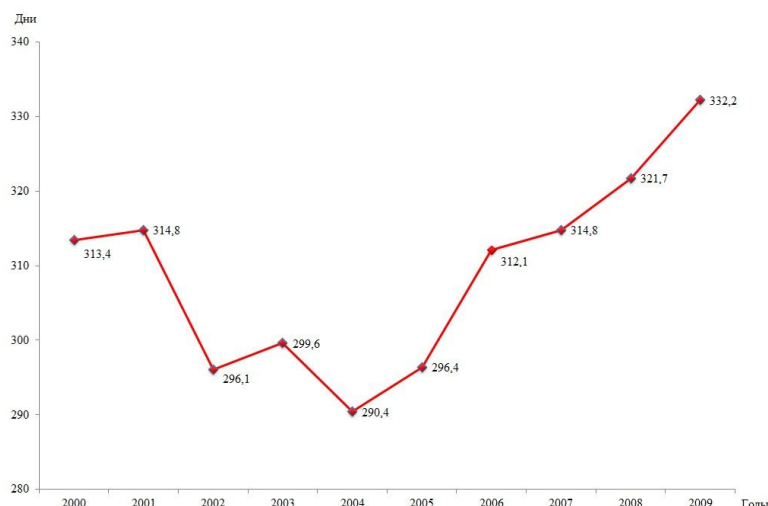


Рис. 2. Динамика среднегодовой занятости койки (дней)

пятибалльной шкале, что значительно выше средней оценки). При этом уровень организации работы ГЦГБ оценен еще выше (4,0 балла). На вопрос о том, в чем заключается эффективность работы ГЦГБ, ответы экспертов распределились следующим образом: экономия времени на поиск места в стационаре для пациентов, нуждающихся в круглосуточной плановой госпитализации (4,4 балла), повышение доступности плановой стационарной помощи для категорий пациентов, нуждающихся в данном виде специализированной медицинской помощи (4,4 балла). Ответы их при этом были практически идентичны, что свидетельствует о равной значимости этих функций. Коэффициент конкордации составил 0,89.

Проведен анализ эффективности использования коечного фонда, который включал два этапа: первый – 2000–2003 гг. (до создания ГЦГБ), второй этап – 2004–2009 гг. (этап работы ГЦГБ). Среднегодовая занятость койки возросла с 313,4 в 2000 г. до 332,2 дней – в 2009 г. (рис. 2). При этом средняя длительность пребывания больного в стационаре сократилась с 15,3 в 2000 г. до 9,6 дней – в 2009 г. Оборот койки увеличился с 20,5 в 2000 г. до 34,6 – в 2009 г. Эти позитивные тенденции в значительной мере можно отнести за счет работы ГЦГБ. Анализ востребованности коек различного профиля позволил повысить эффективность использования коечного фонда за счет сокращения и перепрофилирования невостребованных коек. Это на фоне сокращения числа коек позволило повысить доступность плановой стационарной помощи для паци-

ентов, более эффективно использовать ресурсы, улучшить качество «гостиничных» услуг в стационаре, повысить удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

Заключение

Разработанная и внедренная модель системы плановой госпитализации включает АПУ, стационары, центр госпитализации больных и механизмы их взаимодействия. Внедрение модели системы плановой госпитализации больных в стационар показало ее эффективность. По данным социологического опроса пациентов стационаров, 88,3 % респондентов ожидали плановую госпитализацию менее 2 нед. Из числа опрошенных врачей АПУ 76,2 % респондентов отметили, что работа с ГЦГБ значительно экономит их время на поиск места в стационаре для плановой госпитализации больного. Повышение доступности плановой стационарной помощи для нуждающихся в ней пациентов отметили 68,4 % специалистов АПУ.

Анализ эффективности использования коечного фонда в период до создания ГЦГБ показал, что отмечено снижение среднегодовой занятости койки с 313,4 в 2000 г. до 290,4 дней – в 2004 г. После создания ГЦГБ с 2004 г. отмечен прирост данного показателя, причем максимальное увеличение (с 296,4 до 312,1 дней) установлено в 2005–2006 гг. Позитивные тенденции, по нашему мнению, в значительной мере обусловлены эффективной работой ГЦГБ. Так, среднегодовая занятость койки увеличилась с 313,4 в 2000 г. до 332,2 дней – в 2009 г. (на 6,0 %).

Список литературы

1. Светличная Т. Г., Борчанинова Е. Л., Цыганова О. А. Пациенты о качестве стационарного обслуживания // Социологические исследования. 2010. № 7. С. 69–75.

2. Семенов В. Ю., Гуров А. Н., Пирогов М. В., Смбалян С. М. Сравнительная оценка эффективности финансирования стационарных лечебно-профилактических учреждений в Московской области // Главврач. 2009. № 4. С. 8–12.

3. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Под ред. Ю. П. Лисицина. М., 1998.

4. Бешелев С. Д., Гурвич Ф. Г. Экспертные оценки в принятии плановых решений. М., 1976.

5. Бешелев С. Д., Гурвич Ф. Г. Математико-статистические методы экспертных оценок. М., 1980.

6. Шиган Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. М., 1986.

Материал поступил в редколлегию 24.02.2011

**A. I. Priluchnaya, A. V. Chikineva, A. I. Klevasov, I. V. Sharapov,
O. I. Ivaninskij, T. V. Komissarova**

PERFECTION OF HOSPITALIZATION OF PATIENTS IN HOSPITAL

The developed and introduced model of system of hospitalization of patients includes in a hospital АПУ, hospitals, the center of hospitalization of patients and mechanisms of their interaction. Introduction of model of system of hospitalization of patients in a hospital has shown its efficiency.

Keywords: hospitalization, hospitalization center.