

М.П. Рябов, О.С. Оканина

## УПРАВЛЕНИЕ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)  
Бурятский филиал ГУ НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)

Авторы предлагают для внедрения и использования в практической деятельности ЛПУ в схожих социально-экономических условиях функционирования, а также в учебном процессе «О принципах отбора больных на плановую госпитализацию», «Управление плановой госпитализацией в многопрофильной больнице».

**Ключевые слова:** управление здравоохранением

## THE MANAGEMENT OF PLANNED HOSPITALIZATION UNDER MODERN SOCIAL AND ECONOMIC CONDITIONS

M.P. Rjabov, O.S. Okanina

Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude  
Buriat Branch SC RRS ESSC SB RAMS, Ulan-Ude

New systems «About principles of selection of patients for planned hospitalization» and «Management of planned hospitalization in multifield hospital» are suggested to introduce and to use in practice of patient care institutions working in similar social-economic conditions and also in educational process.

**Key words:** healthcare management

Реализация идеологии, заложенной в основу «Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью» предусматривает сокращение стационарной медицинской помощи.

Экономико-социально-демографические негативные тенденции конца 90-х годов в России привели к возникновению противоречий: с одной стороны — к росту потребности в госпитализации, с другой — к дезорганизации процесса госпитализации, вследствие отсутствия единых организационных подходов.

Технологический процесс госпитализации, как наиболее управляемой и составляющей 52,6 % от общего объема, в настоящее время не предусматривает четких критериев по отбору больных, нуждающихся в плановой медицинской помощи (Якушев А.М., 2002).

Доля необоснованной госпитализации по Республике Бурятия составляет до 39,9 % от всех госпитализированных (по регионам России — 41,8 %) в круглосуточные стационары, и до 38 % (в России — 30 %) в стационары дневного пребывания (Алексеев Н.А., 1999; Клименко В.И., 2002).

Для качественного и количественного описания систем и связей между ними использованы комплекс исследований: аналитический и ретроспективный анализы, выкопировки сведений первичной медицинской документации, экспертных оценок, сравнительный, экономический и логический анализы. Базой основного массива исследований (1500) послужила Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко.

Проанализированы показатели госпитализированной и общей заболеваемости (по обращаемости на 1000 населения г. Улан-Удэ), количественные изменения коечного фонда, изучена их взаимозависимость. Для расчета показателей использовались данные годовых отчетов за 1996 — 2005 гг.; «Сведения о деятельности ЛПУ» (ф. 30); «Сведения о деятельности больницы» (ф. 14); «Сведения о сети и деятельности учреждений здравоохранения» (ф. 47); «Сведения о деятельности ЛПУ, функционирующих в системе ОМС» (ф. 52); «Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения» (ф. 12).

Среди математических методов обработки статистических данных использовались расчеты средних арифметических величин, экстенсивных и интенсивных показателей, их средних ошибок, коэффициенты корреляции. Проведена оценка достоверности разности средних величин, показателей выборочной и генеральной совокупности с помощью критерия достоверности Стьюдента и др.

Результаты исследований свидетельствуют, что за период 1996 — 2005 гг. показатели уровня госпитализации населения Республики Бурятия выросли на 17,6 %. Отмечен рост госпитализированной заболеваемости по 6 классам болезней из сравнимых 16 — «болезни сердца и сосудов», «травмы и отравления», «болезни печени», «болезни кишечника» и др. Статистический анализ выявил наличие прямой корреляционной связи ( $r = 0,747$ ) с достоверной величиной коэффициен-

Таблица 1

Основные показатели госпитализации клиники

Показатели	1996	2005
Догоспитальное обследование	34,7	76,3
Амбулаторное лечение перед госпитализацией	24,8	70,1
Наличие сопутствующих заболеваний	71,9	86,3
Расхождения диагноза	17,2	13,8
<i>Необоснованная госпитализация (экспертная оценка)</i>		
Необоснованная госпитализация у пациентов	37,2	9,4
Госпитализация для обследования (экспертная оценка)	78,3	8,9
Госпитализация по обращаемости (самотек)	2,2	0,6
Отказ в госпитализации	2,6	6,1

Таблица 2

Экономический эффект от сокращения случаев необоснованной госпитализации

Отделение	Число больных, госпитализированных необоснованно		Число необоснованных койко-дней		Экономические потери, тыс. руб.		Экономическая эффективность, тыс. руб.
	1996	2005	1996	2005	1996	2005	
Гастроэнтерология	87	17	1604	286	265,2	436,9	230,1
Кардиология	29	8	622	149	800,3	248,0	570,0
Пульмонология	93	19	1530	324	340,4	509,4	295,2
Эндокринология	68	18	1308	329	199,2	506,9	150,5
Итого	277	62	5064	1088	1605,1	1701,2	1245,8

та корреляции (0,136), что обуславливает наличие взаимосвязи роста уровня госпитализированной заболеваемости при росте общей заболеваемости населения по обращаемости. Выявлено снижение коечного фонда Республики Бурятия на 14,3 %.

Однако проведенное статистическое исследование позволяет усомниться в наличии корреляционной связи, т.к. достоверность коэффициента корреляции ( $r = -0,53$ ) не подтверждается величиной его средней ошибки ( $m/r = 0,026$ ), что свидетельствует об отсутствии взаимосвязи динамики уровня госпитализируемой заболеваемости от сложившейся численности коечного фонда, который за анализируемый период составляет 88,9 %. В этой связи, учет динамики заболеваемости и тенденции уменьшения госпитализации населения являются исходными и необходимыми для принятия управленческих решений по оптимизации деятельности стационара ЛПУ.

Сложившаяся технология госпитализации в многопрофильное лечебное учреждение имела существенные недостатки. Так, при уровне плановой госпитализации в отделение терапевтического профиля 75,1 %, врачами консультативной (собственной) республиканской поликлиники направляются в стационар 69,3 % больных.

Необоснованная госпитализация больных, поступивших в плановом порядке и для проведения обследования, составляла соответственно — 37,4 и 78,1 %. Основной поток госпитализируемых

больных ЛПУ формируется за счет амбулаторно-поликлинических учреждений — 74,8 %. Именно здесь необходимо оптимизировать организационные технологии, чтобы снизить уровень и уменьшить поток необоснованных госпитализаций (табл. 1).

Как видно из таблицы 1, количество обследованных больных на догоспитальном этапе, из числа направленных на плановую госпитализацию, увеличилось с 34,7 до 76,3 %, увеличилось число пациентов, которым проводились сложные виды диагностики и медицинские манипуляции, соответственно на 20,3 и 64,6 %.

В расчет экономического эффекта от рационализации использования терапевтических коек включен эффект от исключения необоснованных дней госпитализации больных в отделения терапевтического профиля (табл. 2).

Для сопоставимости данных при расчете экономических потерь в 1996 г. использован коэффициент инфляции 1,58. Экономические потери в терапевтическом стационаре (1996) составили 1605,1 тыс. руб., в 2005 — 1701,2 тыс. руб. Суммарный экономический эффект от сокращения случаев необоснованной госпитализации в стационаре терапевтического профиля составил 1245,8 тыс. руб., что составляет 6,6 % от фактических расходов терапевтического стационара в 2005 г.

Таким образом, технологии управления плановой госпитализацией объединяют в единый организационно-технологический комплекс до- и госпитальный

этапы оказания медицинской помощи населению. Они включают: рекомендации по дифференцированному отбору больных на госпитализацию, внедрение унифицированного бланка направления на госпитализацию, административный контроль процесса направления больных на стационарное лечение и систему контроля над обоснованностью госпитализации, экономические методы ее управления.

Система управления госпитализацией привела к экономии финансовых ресурсов на 1245,8 тыс.

руб. или 6,6 % от фактических расходов терапевтического стационара на 2005 г.

На основании проведенных исследований предлагаем внедрить и использовать в практической деятельности ЛПУ в схожих социально-экономических условиях функционирования, а также в учебном процессе «О принципах отбора больных на плановую госпитализацию», «Управление плановой госпитализацией в многопрофильной больнице».