

«ОБ ОБЕСПЧЕННОСТИ КОЕЧНЫМ ФОНДОМ В РФ»

Краткая справка

Вызывает серьезную озабоченность тенденция ускоренного сокращения коечного фонда в стране, в частности, в ряде субъектов РФ (г. Москве, Московской и Ленинградской областях, Республике Татарстан и др.). Такая ситуация приводит к существенному снижению доступности медицинской помощи и, как следствие, **ухудшению здоровья населения и социальному недовольству**. Кроме того, это не позволит достичь нормативных сроков ожидания медицинской помощи, установленных в Программе государственных гарантий на 2014-2016 гг.

Показатели обеспеченности койками в развитых странах **напрямую неприменимы к России**. Их необходимо корректировать с учетом худшего состояния здоровья населения в нашей стране, а именно большей смертности и заболеваемости, приходящихся на 100 тыс. населения. Так, показатель ожидаемой продолжительности жизни населения, который является интегральной характеристикой здоровья, в России на **11 лет ниже**, чем в «старых» странах ЕС, и на **6 лет ниже**, чем в «новых». Стандартизованный показатель смертности (СКС) от всех причин в РФ **в 2,3 выше**, чем в «старых» странах ЕС и **в 1,4 раза выше**, чем в «новых» (соответственно 11,8, 5,2 и 8,3 на 1 тыс. населения).

СКС от болезней системы кровообращения, которая составляет более 55% общей смертности в России, **в 4 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС и **в 1,6 раза выше**, чем в «новых» (соответственно 620, 160 и 401 на 100 тыс. населения). Поэтому число заболевших в России в расчете на 100 тыс. населения также существенно выше, чем в этих странах (существует зависимость между смертностью и заболеваемостью населения). Отсюда и объемы стационарной медицинской помощи населения должны быть выше (при прочих равных условиях).

Однако, сегодня общее число коек в стране по самым минимальным расчетам **на 16% ниже** от необходимого уровня (соответственно 8,5 и 9,9 на 1 тыс. населения). Число коек «активного» лечения, на которых пациенты должны находиться до 7-8 дней, также **на 16% ниже**. Обеспеченность другими койками, на которые можно было бы направлять часть потоков пациентов с коек «активного» лечения (даже без коррекции на большее число заболевших в РФ) также значительно ниже: реабилитации - **в 4 раза**, паллиативных и сестринских - **в 2 раза**; коек для престарелых и инвалидов в социальной системе – **в 6 раз**.

Кроме того, доступность других звеньев системы здравоохранения в России, также **существенно хуже**, чем в странах ЕС. Так, обеспеченность врачами «первичного контакта» (участковые терапевты, педиатры и врачи общей практики) **на 25% ниже** (соответственно 1,2 и 1,5 на 1 тыс. населения). Доступность рецептурных лекарств за

счет государственных средств - **в 6,4 раза ниже** (соответственно 45 и 306 \$ ППС на душу населения в год). Это обуславливает недостаточную эффективность первичного звена, и как следствие - **дополнительные потоки пациентов в стационары**.

Наиболее серьезная ситуация сложилась в г. Москве в структуре Департамента здравоохранения (ДЗМ), где число «всех» коек уже **на 30% меньше**, чем в Германии (соответственно 6,2 и 8,2 на 1 тыс. населения). Соответствующий объем госпитализаций на эти койки еще ниже - **на 50%** (160 и 243 чел. на 1 тыс. населения). При этом стандартизованный показатель смертности от болезней системы кровообращения в Москве в **2 раза выше**, чем в Германии (соответственно 400 и 197 случаев на 100 тыс. населения).

Необходимое число коек в структуре ДЗМ с учетом потребности населения в медицинской помощи должно быть **на 50% выше** и составлять как минимум 9,3 койки на 1 тыс. населения. Причем расчеты сделаны с учетом числа приезжих в г. Москву, что увеличивает потоки пациентов на койки ДЗМ (340 тыс. чел. в год), и числа москвичей, которые лечатся на федеральных и ведомственных койках (около 270 тыс. чел. в год), что снижает нагрузку на эти койки примерно на эту же величину.

Следует отметить, что в Москве по сравнению со странами ЕС обеспеченность койками реабилитации – **в 4 раза меньше**, паллиативными и койками сестринского ухода - **в 5 раз меньше**, врачами «первичного контакта» - **в 4 раза меньше**, рецептурными лекарствами - **в 3,4 раза ниже**. Проблема усугубляется передачей в аренду зданий и сооружений из государственной системы здравоохранения - в частную. Однако, ни в России, ни в странах ЕС **не доказано**, что частное здравоохранение эффективнее государственного.

Сокращение коек в РФ необходимо **остановить**. Вместо передачи объектов здравоохранения из государственной собственности в частную, необходимо сосредоточиться **на повышении эффективности государственной системы здравоохранения**. Это, в первую очередь, – увеличение численности врачей и объемов бесплатного лекарственного обеспечения в первичном звене, а также **тотальное повышение квалификации медицинских кадров**, а именно: непрерывно на рабочем месте и с использованием дистанционных и электронных технологий.

Председатель Правления АСМОК

Г.Э. Улумбекова

«О СОСТОЯНИИ КОЕЧНОГО ФОНДА В РФ»

(Пояснительная записка, версия от 28 февраля 2014 г.)

*«...клянусь: честно исполнять свой врачебный долг,
посвятить свои знания и умения сохранению и укреплению здоровья человека,
действовать исключительно в его интересах...»*
из клятвы врача России, ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г.
«Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

В данной справке обосновано, что **коечный фонд в РФ сокращать нельзя**, и что структуру и обеспеченность койками необходимо привести в **соответствие с потребностями населения в медицинской помощи и современными технологиями оказания медицинской помощи**. В РФ в среднем и во многих субъектах РФ (г. Москва, Московская, Ленинградская, Калининградская и Владимирская области, Татарстан, Ставропольский край)¹, число коек **не соответствует** ни состоянию здоровья населения, ни состоянию здравоохранения в целом, ни требуемому объему госпитализации пациентов в стационары в частности.

Сокращение коечного фонда в РФ приводит к снижению доступности медицинской помощи и, как следствие, может привести **к социальному недовольству и ухудшению здоровья населения**. Уже сегодня высокая очередность на получение медицинской помощи приводит к тому, что 2/3 населения в стране недовольны здравоохранением.

Обоснование нормативов обеспеченности коечным фондом и его структуры проведено на основании метода аналогий или **сравнения** со странами Евросоюза (ЕС) **с учетом большей потребности населения РФ в медицинской помощи**. Большая потребность населения РФ в медицинской помощи определена на основании показателя ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ - интегральная характеристика здоровья населения²) и смертности от хронических заболеваний, приходящихся на 100 тыс. населения. Так, ОПЖ в РФ на **11 лет ниже**, чем в старых странах ЕС и на **6 лет ниже**, чем в «новых» - соответственно 70,3, 81,4 и 76 лет. Стандартизованный показатель смертности (СКС)³ от всех причин в РФ в 2,3 выше, чем в «старых» странах ЕС и в 1,4 раза выше, чем в «новых» (соответственно 11,8, 5,2 и 8,3 на 1 тыс. населения). СКС от

¹ Число коек в этих субъектах РФ ниже 7,5 коек на 1 тыс. населения.

² ОПЖ – это число лет, которое в среднем предстояло бы прожить одному человеку, родившемуся при условии, что на протяжении всей его жизни уровень смертности в каждом возрасте, останется таким же, как в год, для которого вычислен этот показатель. Это наиболее адекватная обобщающая характеристика смертности во всех возрастах.

³ Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) применяется для сравнений популяций с различной возрастной структурой населения. Рассчитывается путем применения возрастных коэффициентов смертности в конкретной стране к выбранной стандартной популяции, например, стандарт разрабатывается ВОЗ. Общий коэффициент смертности – это число умерших на 1 тыс. населения в год.

болезней системы кровообращения, которая составляет более 55% в общей смертности в РФ, **почти в 4 раза выше**, чем в «старых» странах ЕС и в **1,5 раза выше**, чем в «новых» (соответственно 620, 160 и 401 на 100 тыс. населения); см. табл. 2 в Приложении.

Поскольку между смертностью населения и заболеваемостью есть прямая зависимость, то и число заболевших (потоки больных) в России в расчете на 100 тыс. населения значительно выше, чем в этих странах (см. рис. 11.1.-11.4.). Более того, общая заболеваемость в РФ с 1990 до 2010 г. выросла на 50% в расчете на 100 тыс. населения, и только в последние годы этот показатель стабилизировался, что может быть также связано в недостаточной пропускной способностью первичного звена здравоохранения (заболеваемость в РФ, в отличие от развитых стран, регистрируется по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения)⁴.

Таким образом, объемы медицинской помощи во всех звеньях системы здравоохранения должны быть выше: как в первичном звене, так и в стационарах. При этом следует иметь в виду, что пропускная способность первичного звена определяется числом **врачей**, а стационара – числом **коек**.

2. МЕТОДОЛОГИЯ РАСЧЕТОВ

«Старые» страны ЕС были выбраны для расчетов в связи с тем, что в них за последние 15 лет в стационарах внедрены **современные технологии** лечения, а также **сложилась оптимальная структура и обеспеченность койками**. Это позволяет с одной стороны пролечивать в стационаре всех заболевших и иметь оптимальные сроки ожидания медицинской помощи, с другой – эффективно расходовать дорогостоящие ресурсы здравоохранения. Германия рассматривалась отдельно, поскольку в этой стране сроки ожидания плановых госпитализаций в стационар **самые низкие** из стран ЕС и составляют **до 1 мес.** Это именно те нормативные сроки, которые поставлены в Программе государственных гарантий на 2014-2016 гг.

Для проведения сравнений, **в соответствии с международной методикой** (рис. 10), все койки были разделены: на койки «активного» лечения, на которых пациенты могут находиться до 7-8 дней; на койки для наркологических и психических больных; на койки реабилитации и длительного лечения (сестринского ухода и паллиативные). Для РФ были отдельно выделены койки для больных, страдающих туберкулезом, которые в развитых странах не выделяются.

Норматив обеспеченности койками для РФ определялся следующим образом: объем госпитализаций (число пролеченных в стационарах пациентов) в «старых» странах ЕС

⁴ Реальная заболеваемость населения (или распространенность заболеваний) обычно измеряется путем социологических и медико-демографических исследований и бывает в 2-2,5 раза выше, зарегистрированной по обращаемости. В развитых странах распространенность заболеваний определяют только с помощью исследований.

корректировался на большую потребность населения РФ в медицинской помощи. Затем, исходя из фактически сложившихся средней длительности пребывания пациента в стационаре и занятости койки в году в РФ, рассчитывалось число коек на 1 тыс. населения. Расчеты делались 2 способами: с корректировкой на смертность от болезней системы кровообращения и с корректировкой на СКС от всех причин.

1 способ: объем госпитализаций по классу болезней системы кровообращения составляет в «старых» странах ЕС – 22,3 случая на 1 тыс. населения. В РФ с учетом большей смертности от этих болезней данный объем должен составлять в 4 раза больше – 89,2 случая на 1 тыс. населения. Это прибавляет к общему объему госпитализаций на койки «активного» лечения в «старых» странах ЕС (156,3 случаев на 1 тыс. населения) еще 67 случаев на 1 тыс. населения. Большая потребность в медицинской помощи по новообразованиям добавит к этому объему госпитализации еще 4 случая. Соответственно для РФ необходимый объем госпитализаций будет составлять – 227,3 случая на 1 тыс. населения. Для этого необходимо **7,5 коек на 1 тыс. населения** ($227,3 \times 10,5 / 320$), где 10,5 – средняя длительность пребывания больного в стационаре на койках «активного» лечения в днях, а 320 – занятость этих коек в году в днях. Далее для расчета «всех» коек к этому числу были прибавлены фактические показатели числа фтизиатрических и психиатрических коек в РФ (соответственно 0,6 и 1,2 на 1 тыс. населения), а, затем, прибавлялось число коек реабилитации и длительного ухода, по факту сложившихся в «старых» ЕС (по 0,3 на 1 тыс. населения). Соответственно получилось **9,9 коек на 1 тыс. населения**.

2 способ: отношение СКС от всех причин в РФ и «старых» странах ЕС составляет 2,2 (соответственно, 11,8 и 5,2 на 1 тыс. населения). Тогда требуемый объем госпитализации для РФ составит 367 случая на 1 тыс. населения в год ($167 \times 2,2$), где 2,2 – коэффициент увеличения потребности, а 167 – число случаев госпитализаций на «все» койки на 1 тыс. населения в «старых» странах ЕС в год. Тогда требуемое число «всех» коек для РФ составит – 13,7 на 1 тыс. населения ($367 \times 12,0 / 320$), где 12,0 - средняя длительность пребывания пациентов на «всех» койках в днях, 320 – занятость койки в году в днях. Это значение на 35% выше, чем значение, полученное при расчете через коррекцию по смертности от болезней системы кровообращения.

Если сделать расчеты коек по объемам госпитализации в Германии, то норматив коек для РФ будет еще как минимум **на 30% выше**, поскольку объём госпитализаций в Германии выше, чем в «старых» странах ЕС в среднем. **Для дальнейших сравнений для РФ было выбрано минимальное значение требуемого числа коек, полученное в расчетах.**

Следует отметить, что при расчетах потребности в коечном фонде для РФ закладывается фактически сложившийся сегодня показатель средней длительности пребывания больного на койке. Если бы этот показатель был в РФ ниже, например, как в странах ЕС (9,3 на «всех» койках и 6-8 дней на койках «активного» лечения), то требуемое число коек для РФ оказалось бы ниже. Однако, этот показатель консервативный, его снижение возможно только поэтапно (медленно), а также при условии возможности долечивания пациента в других условиях, например, на койках реабилитации и восстановительного лечения или при наличии патронажной службы в первичном звене. Далее показано, что сегодня в РФ эти условия не организованы, соответственно, резкое сокращение длительности пребывания пациентов на койке **недопустимо**.

3. СОСТОЯНИЕ КОЕЧНОГО ФОНДА В РФ И Г. МОСКВЕ (как пример субъекта РФ)

Российская Федерация в среднем

Общее число коек (без учета коек дневного пребывания в стационарах) по данным Росстата в РФ составляет 1,33 млн или **9,3 на 1 тыс. населения**. Это на 10% выше, чем в Германии и на 42% выше, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 8,2 и 5,0 на 1 тыс. населения). Однако без учета коек, **находящихся на ремонте** (как это необходимо для международных сравнений), число «всех» коек в РФ - 8,5 на 1 тыс. населения, а число коек «активного» лечения – **6,4 на 1 тыс. населения**. С учетом большей потребности населения РФ в объемах госпитализации (по классу болезней системы кровообращения и новообразований, см. рис. 4, 5), коек «активного» лечения в РФ требуется как минимум – 7,5, а «всех» коек – 9,9 на 1 тыс. населения (см. рис. 1, 2)⁵. Таким образом, **сегодня в РФ даже по самым минимальным расчетам и число «всех» коек, и коек «активного» лечения - на 16% ниже от требуемого уровня.**

Обеспеченность койками реабилитации в РФ по факту **в 4 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС, койками длительного ухода - **в 2 раза ниже** (рис. 3). Это удлинит время пребывания больного на койках «активного» лечения **до 12 дней** и снижает **эффективность использования коечного фонда в целом** (см. рис. 8, 9). Более того, обеспеченность медико-социальными койками в домах престарелых и инвалидов, на которые можно было бы также направлять часть потока больных, в РФ **в 4 раза ниже** (соответственно 1,9 и 7,4 на 1 тыс. населения). Этого явно недостаточно с учетом роста численности граждан старше трудоспособного возраста на **5 млн чел.** к 2020 г. (с 33,1 до 38 млн. чел., прогнозы Росстата).

При этом число врачей «первичного контакта» (участковые терапевты, педиатры и врачи общей практики), которые обеспечивают пропускную способность первичного звена здравоохранения, в РФ **на 25% ниже**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно 1,26, и 1,5 на 1 тыс. населения⁶). Обеспеченность рецептурными лекарственными средствами в амбулаторных условиях за счет государственных средств в РФ **в 6,4 раза ниже** (соответственно 48 и 309 \$ППС на душу населения в год), см. табл. 2.

⁵ Если же делать расчеты по объемам госпитализации в Германии, то всех коек в РФ необходимо – 12,9 на 1 тыс. населения, а при корректировке потребности по СКС – 13,6 на 1 тыс. населения.

⁶ При сравнениях следует иметь в виду, что в развитых в развитых странах в этот показатель не включаются педиатры, что занижает его значение в этих странах, с другой стороны в РФ первичный прием могут вести некоторые специалисты (хирурги, акушеры-гинекологи и др.), что несколько занижает значение этого показателя для РФ.

г. Москва (Департамент здравоохранения – ДЗМ)

Число «всех» коек в Москве в структуре ДЗМ уже сегодня **на 30% ниже**, чем в Германии (соответственно 6,2⁷ и 8,2 на 1 тыс. населения), а общий объем госпитализаций **на 50% ниже** (соответственно 160 и 243 чел. на 1 тыс. населения). При этом СКС от всех причин в Москве на 45% **выше**, чем в Германии (соответственно 7,9 и 5,5 на 1 тыс. населения), а СКС от болезней системы кровообращения, которая составляет 60% в общей смертности в Москве, в **2 раза выше**, чем в Германии (соответственно 397 и 197 случаев на 100 тыс. населения).

Следует отметить, что в Москве находится 16 тыс. коек федерального подчинения и около 10 тыс. коек ведомственной и частной формы собственности, на которых за год пролечивается около 530 тыс. пациентов⁸. Если предположить, что половина из них москвичи (точных данных на сегодня нет), то это снижает поток госпитализаций на койки ДЗМ примерно на 265 тыс. пациентов в год. Однако этот фактор нивелируются дополнительными госпитализациями на койки ДЗМ приезжих (около 340 тыс. пациентов в год только по неотложным показаниям).

С поправкой на большую потребность населения Москвы в объемах госпитализации (на основании сравнения смертности от болезней системы кровообращения) число коек «активного» лечения должно быть **6,6**, а «всех» коек – **9,2 на 1 тыс. населения**.

Расчеты сделаны следующим образом: объем госпитализаций по классу болезней системы кровообращения составляет в «старых» странах ЕС – 22,3 случая на 100 тыс. населения. В Москве с учетом большей смертности от этих болезней в 2,4 раза⁹ данный объем должен составлять – 53,5 случаев на 1 тыс. населения. Это прибавляет к общему объему госпитализаций на койки «активного» лечения в «старых» странах ЕС (156,3 случаев на 1 тыс. населения) еще 31,2 случаев на 1 тыс. населения. Большая потребность в медицинской помощи по новообразованиям добавит к этому объему госпитализации еще 4 случая. Соответственно для Москвы необходимый объем госпитализаций будет составлять – 192 случая на 1 тыс. населения. Для этого необходимо **6,7** коек «активного» лечения на 1 тыс. населения ($192 \times 10,5 / 300$), где 10,5 – средняя длительность пребывания больного в стационаре на койках «активного» лечения в днях, а 300 – занятость этих коек в году в днях в Москве по факту. Далее для расчета «всех» коек к этому числу были прибавлены фактические показатели числа фтизиатрических и психиатрических коек в Москве (соответственно 0,6 и 1,4 на 1 тыс. населения), а, затем, прибавлялось число коек реабилитации и длительного ухода, по факту сложившихся в «старых»

⁷ Общее число коек в г. Москве за 2013 г. по предварительным данным составляет 74 тыс., без уточнения на койки, находящиеся на ремонте.

⁸ Расчеты числа пролеченных больных сделаны следующим образом: $294 \times 16 \text{ тыс.} / 13,6 = 346 \text{ тыс.}$ случаев госпитализаций на федеральные койки в год, 294 - занятость федеральных коек в году в днях, 16 тыс. – число федеральных коек, 13,6 – средняя длительность пребывания пациента на федеральных койках. Если на 10 тыс. ведомственных и частных койках пролечивается еще около 174 тыс. больных в год ($346 / 2$), то общее число пролеченных больных на койках вне ДЗМ составляет 530 тыс. пациентов в год.

⁹ СКС от болезней системы кровообращения в Москве – 400 случаев, в «старых» странах ЕС – 161 случай на 1 тыс. населения в год (2012 г.)

ЕС (по 0,3 на 1 тыс. населения). Соответственно получилось 9,3 коек на 1 тыс. населения. Расчеты по Германии показывают, что число коек в Москве должно быть на 35% выше – 12,5 на 1 тыс. населения.

Расчеты на основании сравнения стандартизованных коэффициентов смертности от всех причин в Москве (7,9) и «старых» странах ЕС (5,2) показывают, что число «всех» коек в Москве должно быть 10,8 на 1 тыс. населения¹⁰, т.е. больше, по сравнению с расчетами, сделанными по болезням системы кровообращения.

Таким образом, по самым минимальным расчетам сегодня **обеспеченность «всеми» койками, и койками «активного» лечения в Москве почти 50% ниже от требуемого уровня.** Также в Москве по сравнению со странами ЕС обеспеченность койками реабилитации – **в 4 раза ниже**, паллиативными и койками сестринского ухода - **в 5 раз ниже**. Доступность врачей «первичного контакта» в Москве в **3 раза ниже**, чем в РФ и в странах ЕС (соответственно 0,4; 1,2 и 1,5).

Проблема усугубляется передачей в аренду зданий и сооружений государственной системы здравоохранения - в частную. Однако, ни в России, ни в странах ЕС **не доказано**, что частное здравоохранение эффективнее государственного. А восстановление больничных сооружений занимает как минимум 3-5 лет.

Следует отметить, что **в последние месяцы** некоторые стационары в Москве **недогружены** и отмечается «простой» коек (без пациентов). Эта ситуация, вероятнее всего, вызвана тем, что поток пациентов, нуждающихся в плановой госпитализации и интенсивном лечении, **занижен** и/или требуется перепрофилирование коек по специализации. Для решения этого вопроса потребуются обоснование объемов плановой медицинской помощи по отдельным классам болезней, гарантированных для жителей г. Москвы. Например, число операций эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов, операций аорто-коронарного шунтирования и др. И далее, уже на основании этих данных, можно сделать расчеты коек по профилям с учетом существующих технологий лечения, сложившейся очередности на данные виды вмешательств, а также возможности для пациентов долечиваться на других этапах оказания медицинской помощи.

4. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА В РФ И В Г. МОСКВЕ

Неэффективная структура коек приводит к тому, что средняя длительность пребывания пациентов в стационаре в РФ и в Москве **выше на 3-4 дня**, чем в странах ЕС, а производительность койки – **на 40% ниже** (см. рис. 8, 9).

Следует также отметить, что занятость коек «активного» лечения в году в РФ была почти **на 15% выше**, чем в странах ЕС (соответственно 323 и 280 дней), что не соответствует

¹⁰ 167 случаев госпитализаций в «старых странах ЕС x 1,5 (разница в СК) = 250 случаев госпитализаций. $250 \times 13 / 300 = 10,8$ коек на 1 тыс. населения (где 13 – средняя длительность пребывания на «всех» койках в днях, а 300 – занятость койки в году в днях).

нормам инфекционной безопасности (доказано, что занятость койки более 310 дней или 85% в году ведет к росту инфекционных осложнений).

Более того, качественные показатели работы койки (инфекционные осложнения, внутрибольничная летальность др.), стандартизированные по тяжести заболевания и возрасту, в РФ на постоянной основе **не контролируются** (табл. 3). А принятая в развитых странах система требований к медицинским организациям (международные стандарты аккредитации) - **не внедрена**.

5. ВЫВОДЫ

- Сегодня в РФ по минимальным расчетам и число коек «активного» лечения, и «всех» коек – **на 16% ниже**, от требуемого уровня.
- В г. Москве по минимальным расчетам и число коек «активного» лечения, и «всех» коек - **на 50% ниже** от требуемого уровня.
- При этом и в РФ, и в Москве сложилась неоптимальная структура коечного фонда (коек реабилитации и паллиативного лечения **в 3-4 раза ниже** по сравнению со странами ЕС), что приводит к **удлинению** сроков пребывания пациентов на койках «активного» лечения **на 3-4 дня** и **снижает эффективность** использования коечного фонда **на 40%** по сравнению с развитыми странами.
- Одновременно и в РФ, и в Москве эффективность первичного звена здравоохранения, которая определяется обеспеченностью врачами «первичного контакта» и рецептурными лекарственными средствами, **значительно ниже**, чем в странах ЕС. Это обуславливает дополнительные потоки больных в стационары.
- Дальнейшее сокращение числа коек, при существующем уровне потребности населения РФ в медицинской помощи и пропускной способности первичного звена, приведет к увеличению очередности, отказам в медицинской помощи пациентам, и, как следствие, **к социальному недовольству**.
- Установленные в Программе государственных гарантий нормативы сроков ожидания плановой медицинской помощи в РФ невыполнимы, из-за нехватки врачей «первичного контакта» и коек в стационарах.

6. РЕКОМЕНДАЦИИ

- В целях повышения доступности медицинской помощи населению необходимо **остановить сокращение коечного фонда в РФ, ликвидировать дефицит врачей** в первичном звене здравоохранения и **увеличить обеспеченность населения лекарственными средствами** за счет государственных средств как минимум в **3 раза**.
- Необходимо рассчитать нормативы обеспеченности коечным фондом в субъектах РФ с учетом смертности и заболеваемости населения, а также реструктурировать койки так, как это принято сегодня в большинстве развитых стран – на койки «активного» лечения, реабилитации, психиатрические и длительного ухода

(сестринские и паллиативного лечения). При этом важно обучить главных врачей эффективному управлению потоками пациентов и установить жесткий государственный контроль над эффективностью использования коечного фонда.

- В целях повышения эффективности государственной системы здравоохранения необходимо: тотальное и непрерывное повышение квалификации медицинских кадров (управленцев и клиницистов) с использованием современных технологий (дистанционных, электронных и симуляционных).
- Для снижения заболеваемости и смертности населения необходимы массовые межведомственные профилактические мероприятия.

Председатель правления АСМОК

Г.Э. Улумбекова

ПРИЛОЖЕНИЕ:

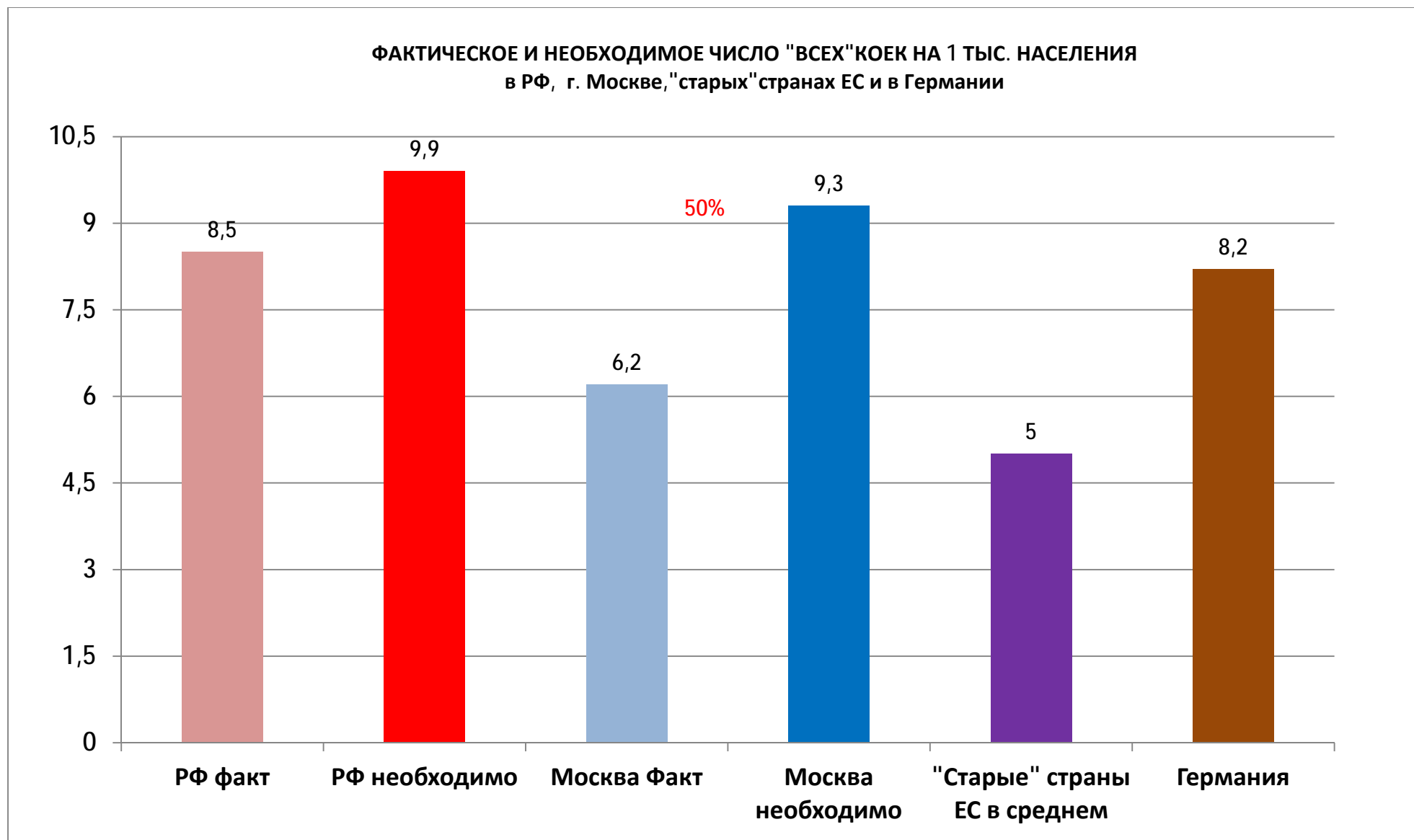


Рис. 1 «Фактическое и необходимое число "всех" коек на 1 тыс. населения» в РФ, г. Москве, "старых" странах ЕС и в Германии»

**ФАКТИЧЕСКОЕ И НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО "АКТИВНЫХ" КОЕК НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ
В РФ, Г. МОСКВЕ, "СТАРЫХ" СТРАНАХ ЕС И В ГЕРМАНИИ**

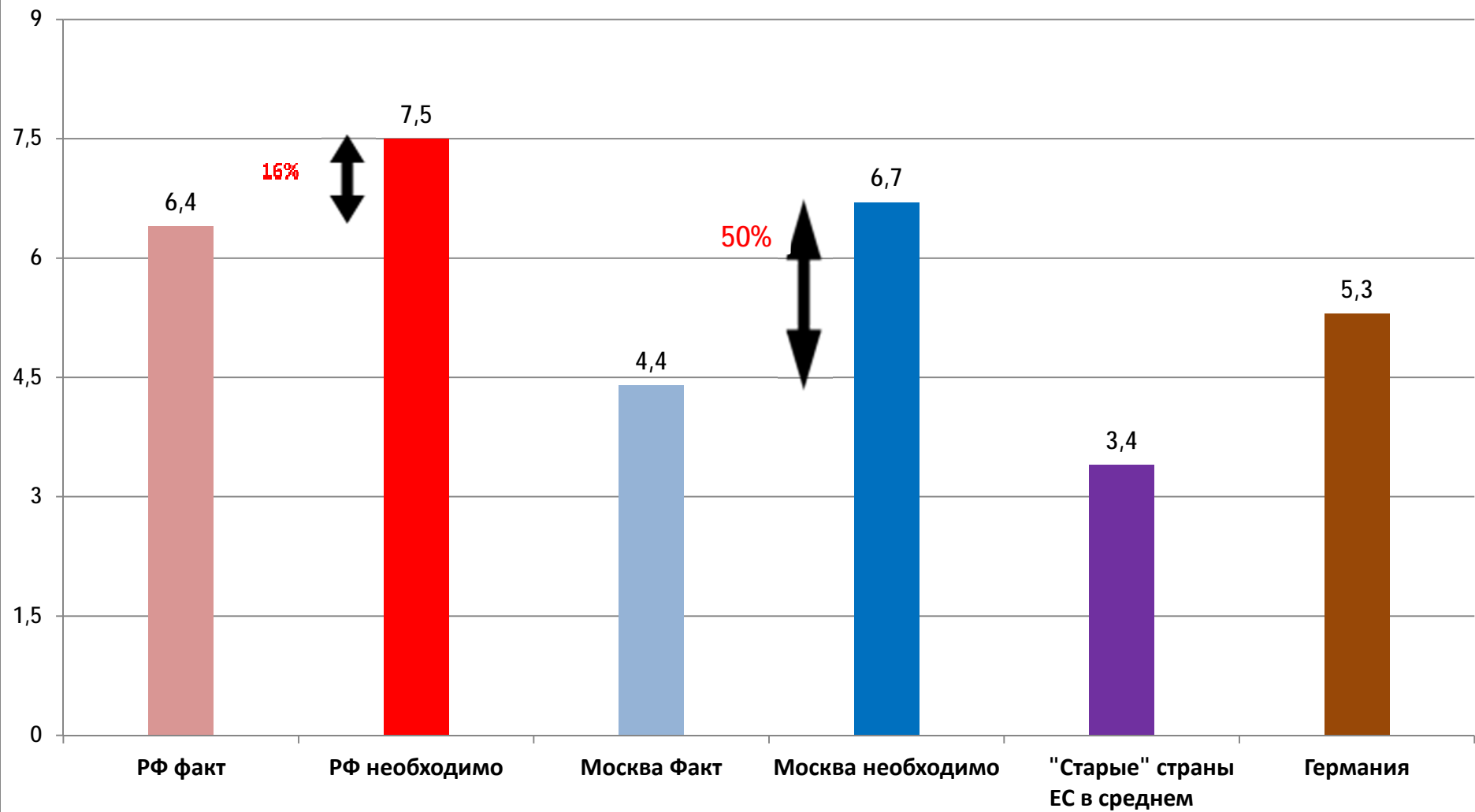


Рис. 2 «Фактическое и необходимое число "активных" коек на 1 тыс. населения в РФ, г. Москве, "старых" странах ЕС и Германии»

**ФАКТИЧЕСКОЕ И НЕОБХОДИМОЕ ЧИСЛО КОЕК ПО ПРОФИЛЮ
НА 1 ТЫС. НАСЕЛЕНИЯ В РФ, Г. МОСКВЕ, "СТАРЫХ" СТРАНАХ ЕС И ГЕРМАНИИ**

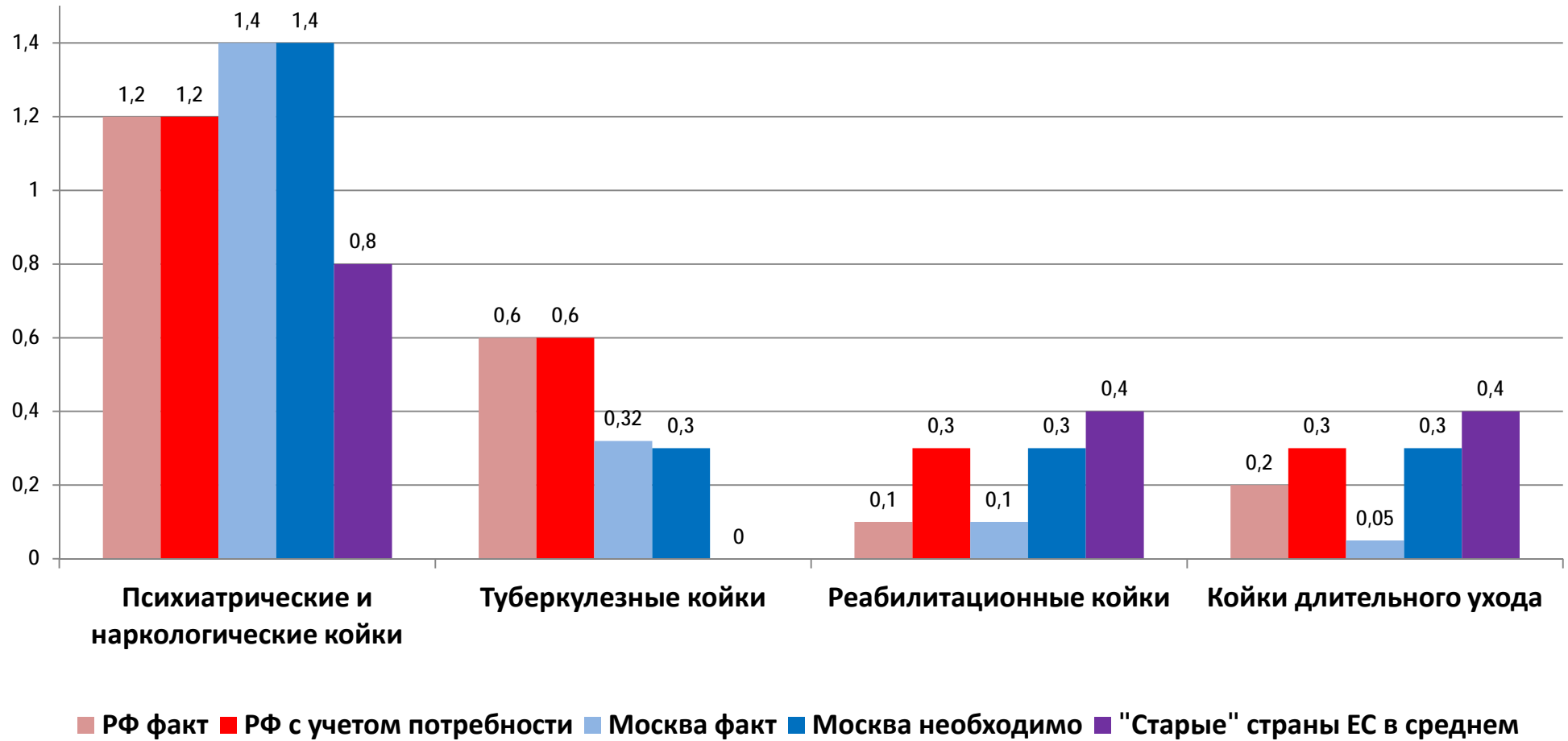


Рис. 3 «Фактическое и необходимое число коек по профилю» на 1 тыс. населения в РФ, г. Москве, РФ, "старых" странах ЕС и Германии»

Число пролеченных больных в стационаре на 1 тыс. населения
по классу болезней системы кровообращения
и смертность от них на 100 тыс. населения

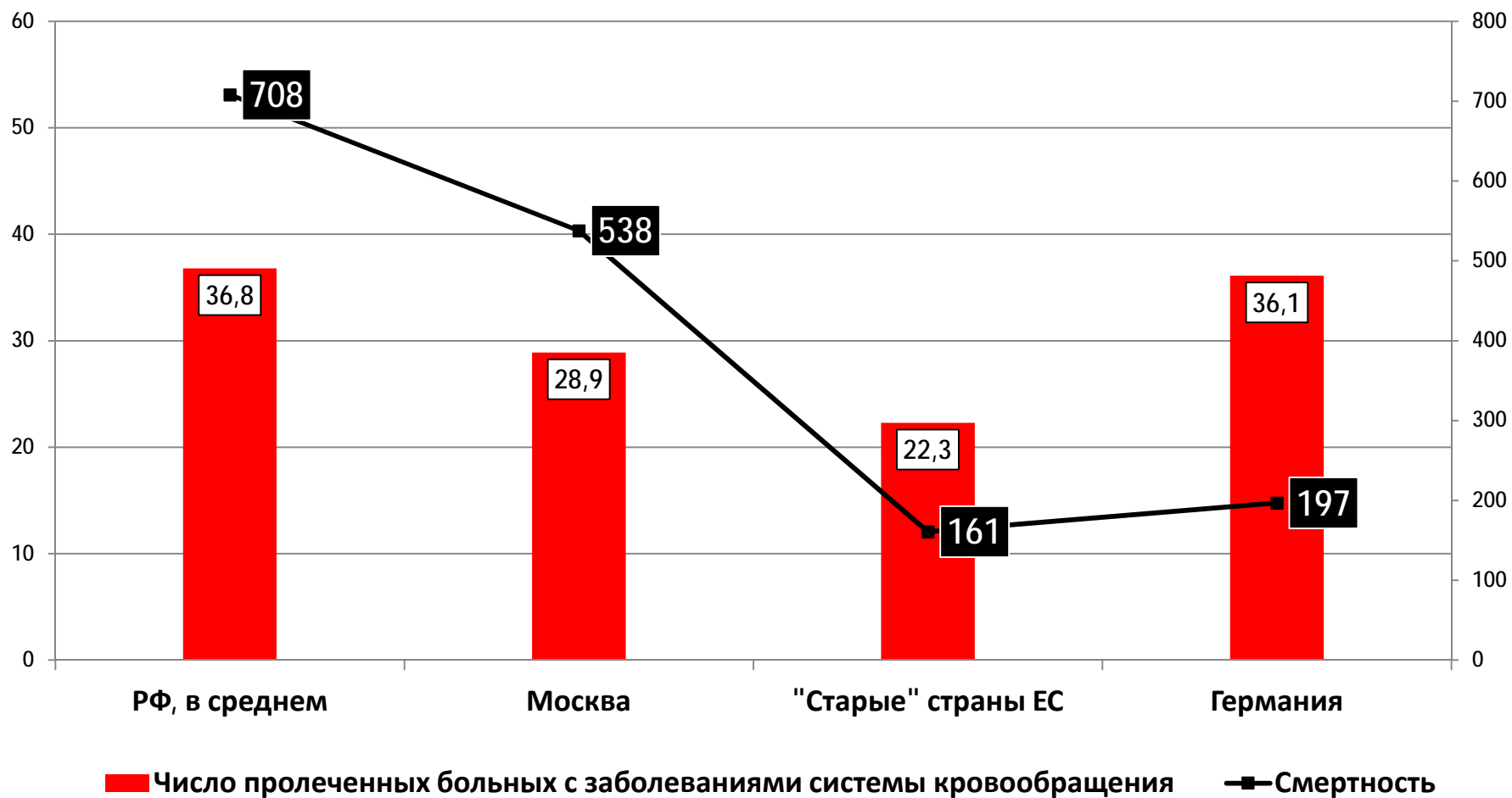


Рис. 4 «Число пролеченных больных в стационаре по классу болезней системы кровообращения на 1 тыс. населения и смертность от них на 100 тыс. населения в РФ, г. Москве, "старых" странах ЕС и Германии»

Число пролеченных больных в стационаре на 1 тыс. населения по классу новообразования и смертность от них на 100 тыс. населения

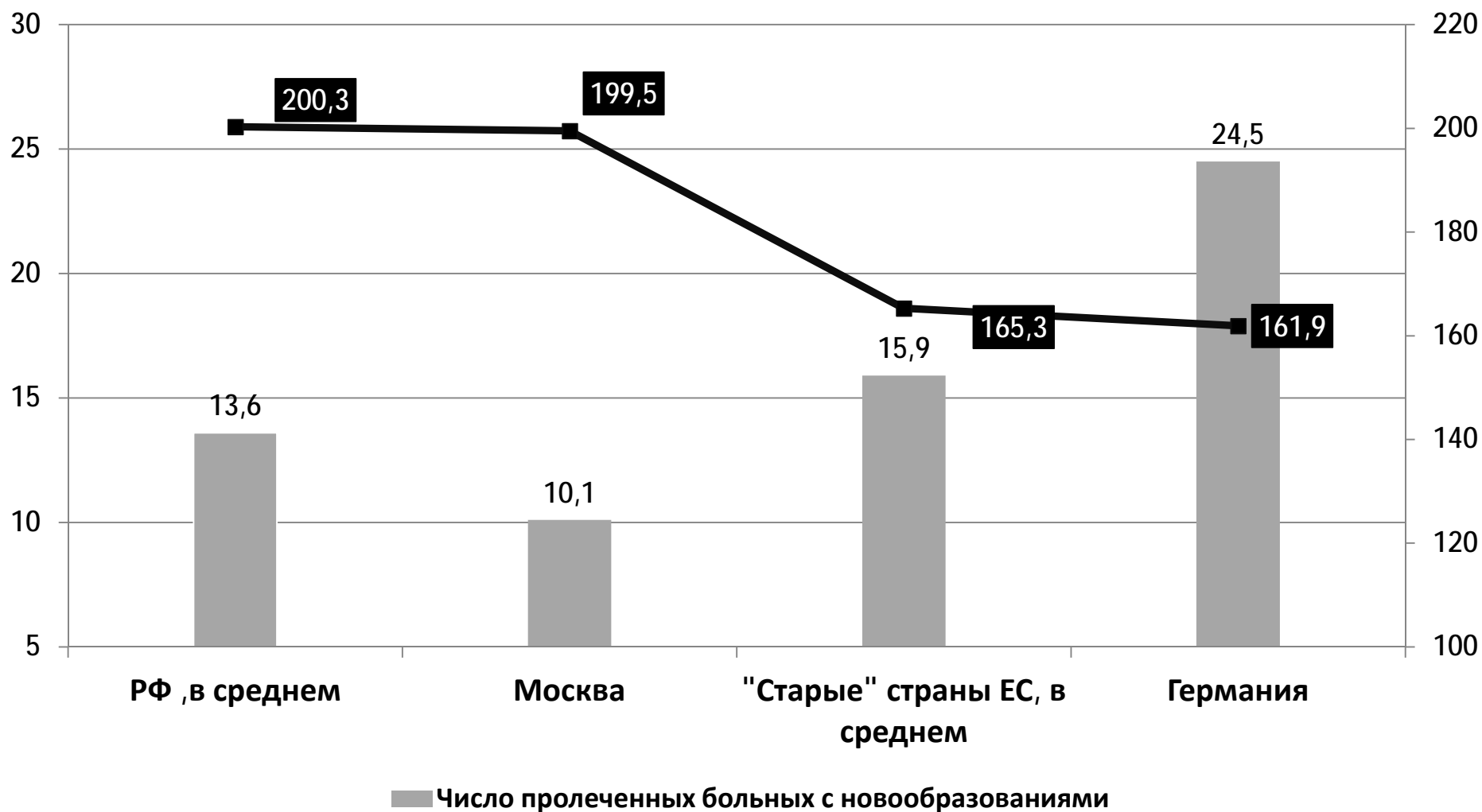


Рис. 5 «Число пролеченных больных в стационаре по классу новообразования на 1 тыс. населения и смертность от них на 100 тыс. населения в РФ, г. Москве, "старых" странах ЕС и Германии»

Число всех коек в РФ, г. Москве,
"новых" и "старых" странах ЕС и Германии на 1 тыс. населения

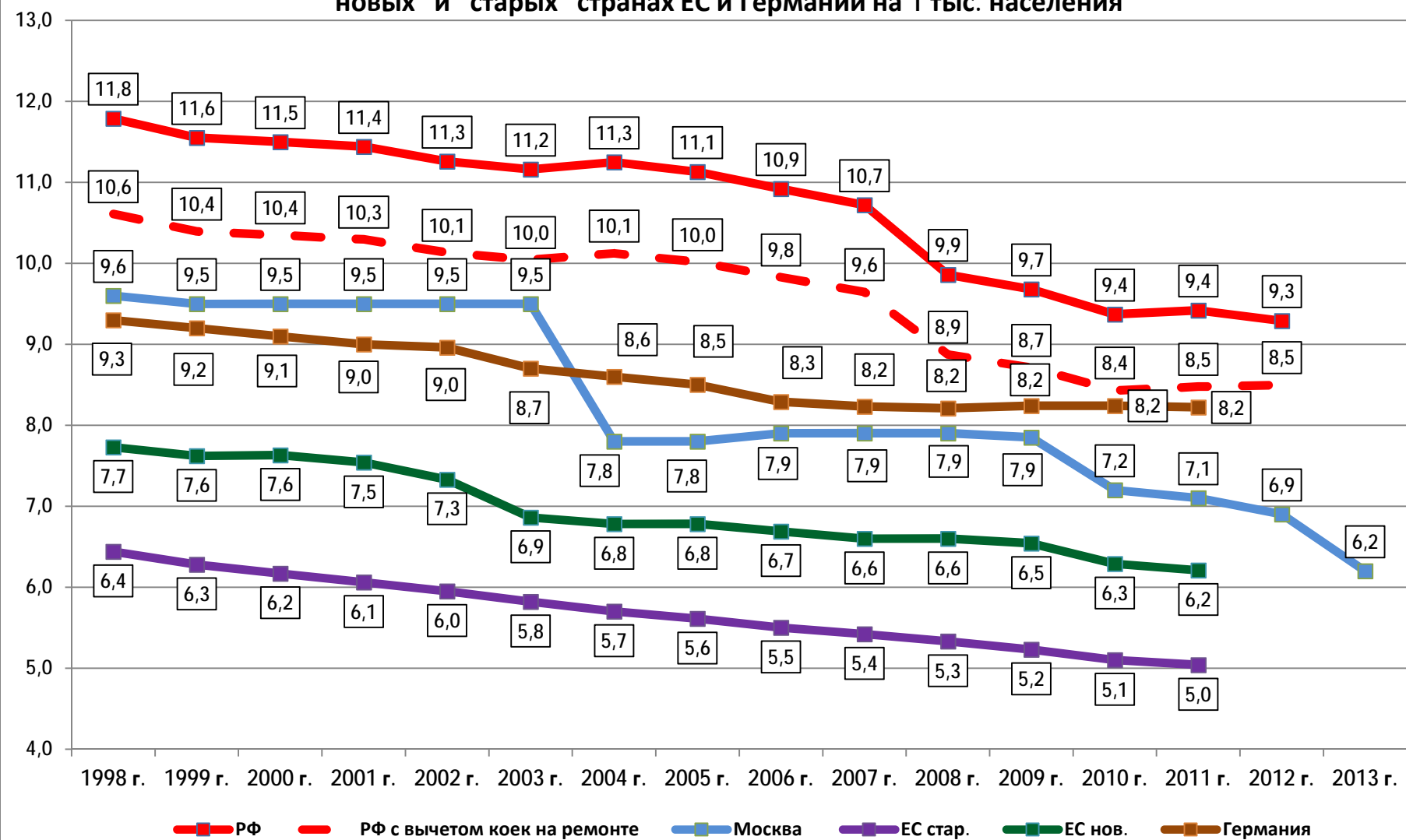


Рис. 6 «Число всех коек в РФ, г. Москве, "новых" и "старых" странах ЕС и Германии на 1 тыс. населения»

Число пролеченных больных в РФ, г. Москве, "новых" и "старых" странах ЕС и Германии на 1 тыс. населения

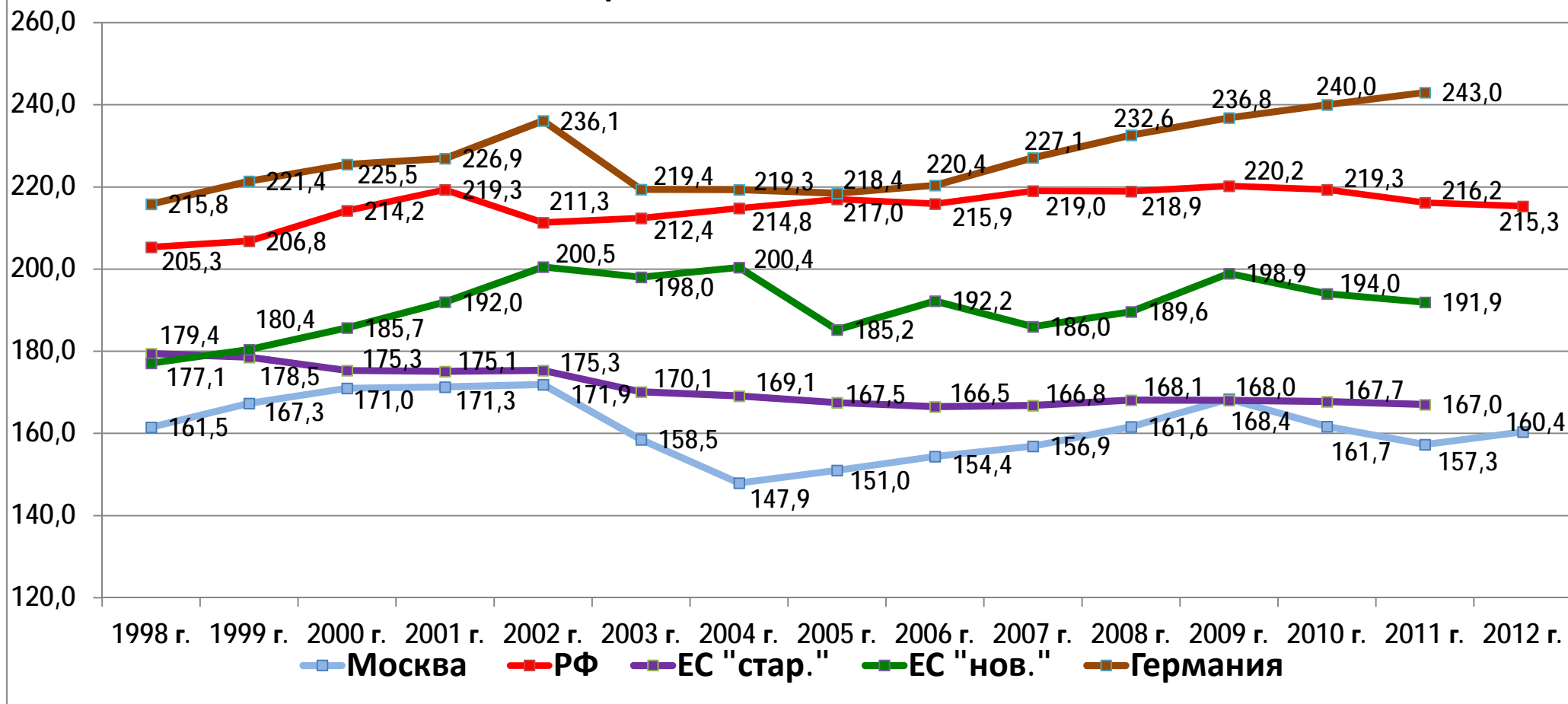


Рис. 7 «Число пролеченных больных в РФ, г. Москве, "новых" и "старых" странах ЕС и Германии на 1 тыс. населения»

**Средняя длительность пребывания на койке в РФ, г. Москве,
"новых" и "старых" странах ЕС и Германии (дни)**

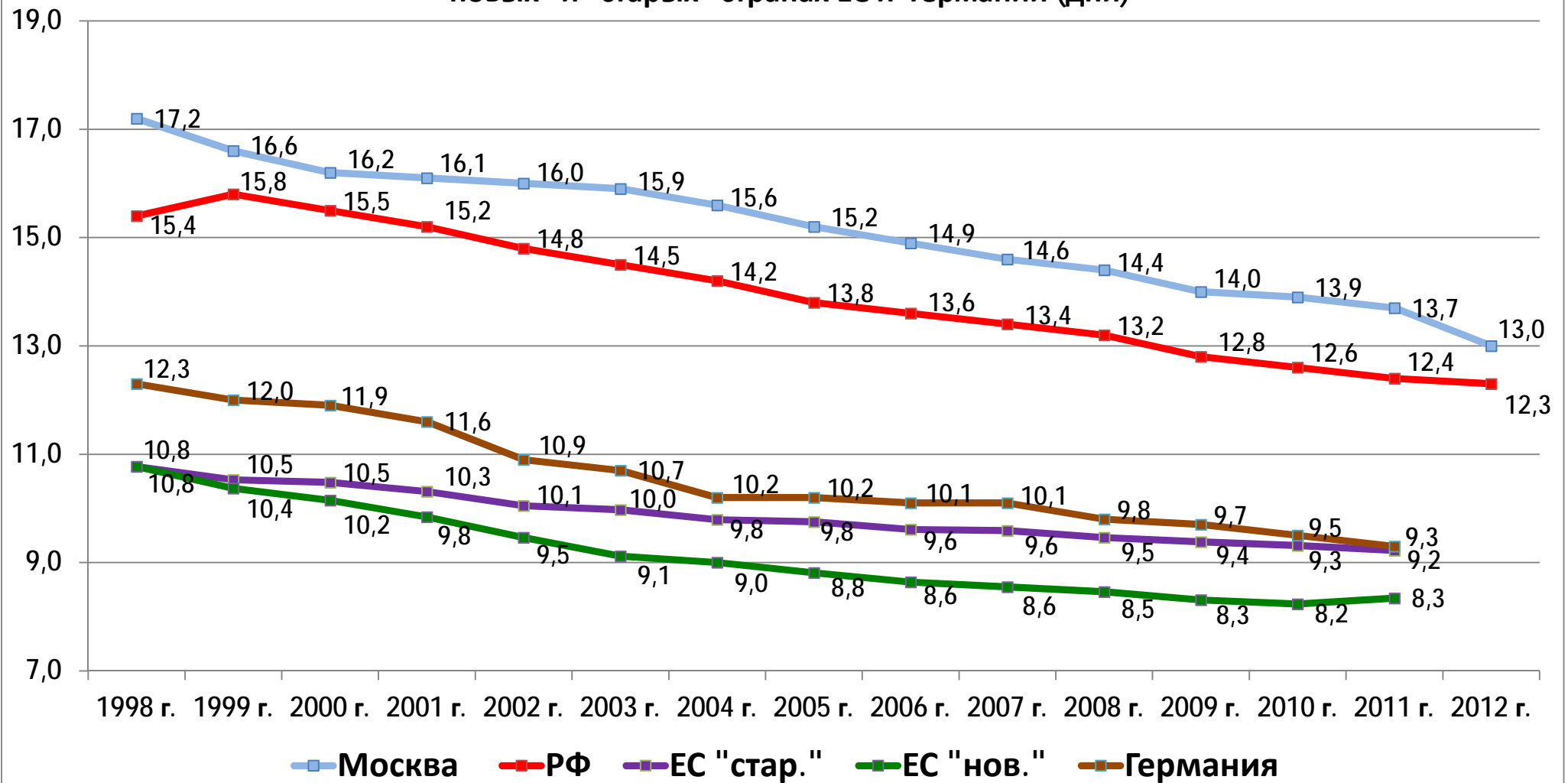


Рис. 8 «Средняя длительность пребывания на койке в РФ, г. Москве, "новых" и "старых" странах ЕС и Германии (дни)

Производительность койки в РФ, г. Москве, "новых" и "старых" странах ЕС и Германии

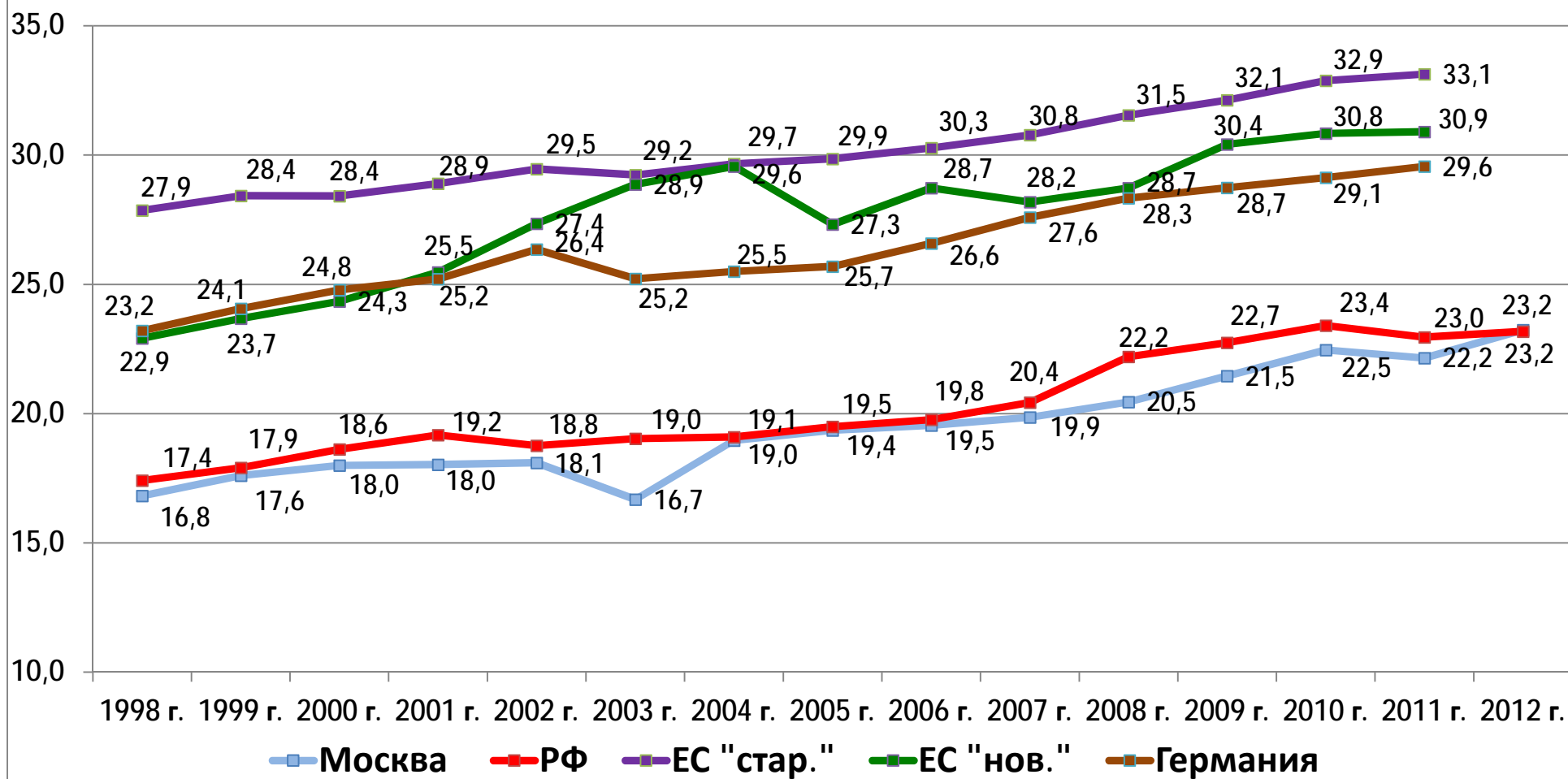


Рис. 9 «Производительность койки в РФ, г. Москве, "новых" и "старых" странах ЕС и Германии»

МЕТОДОЛОГИЯ РАСЧЕТА ЧИСЛЕННОСТИ КОЕК ПО ВОЗ

Согласно этой методологии все койки подразделяются на 5 групп: 1) «все больничные койки»; 2) «лечебные койки»; 3) «психиатрические койки»; 4) «реабилитационные койки» и 5) «койки длительного ухода».

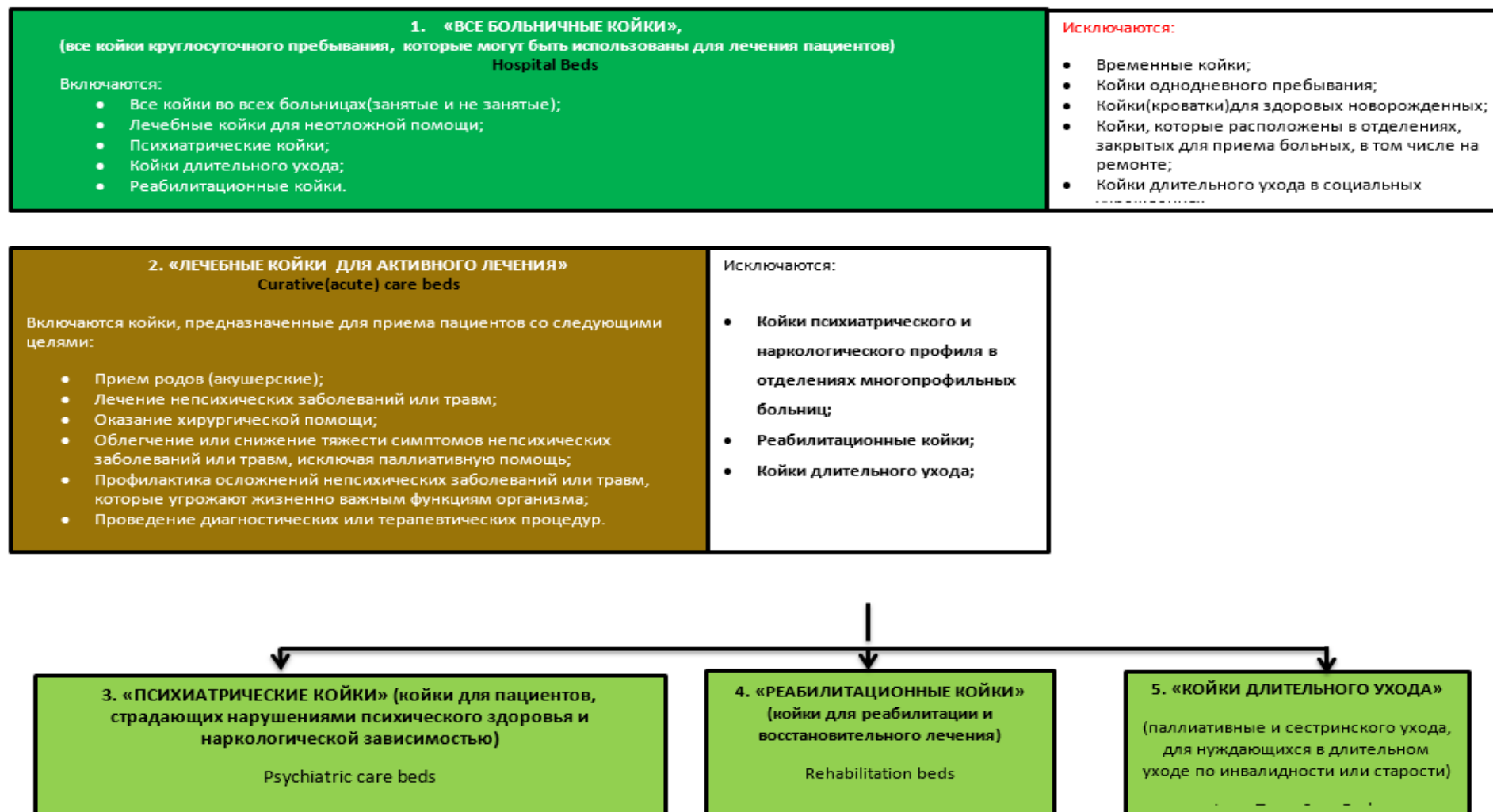
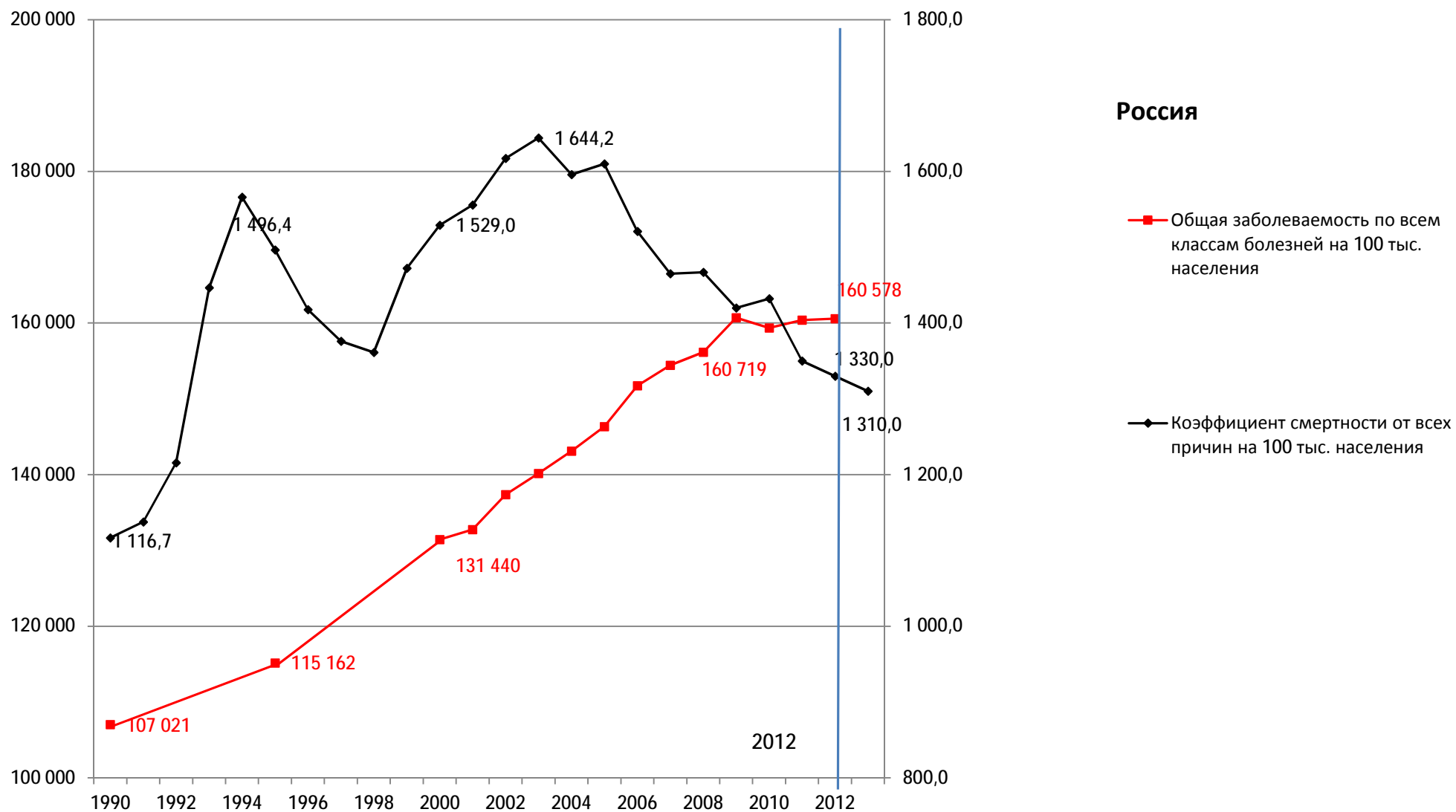
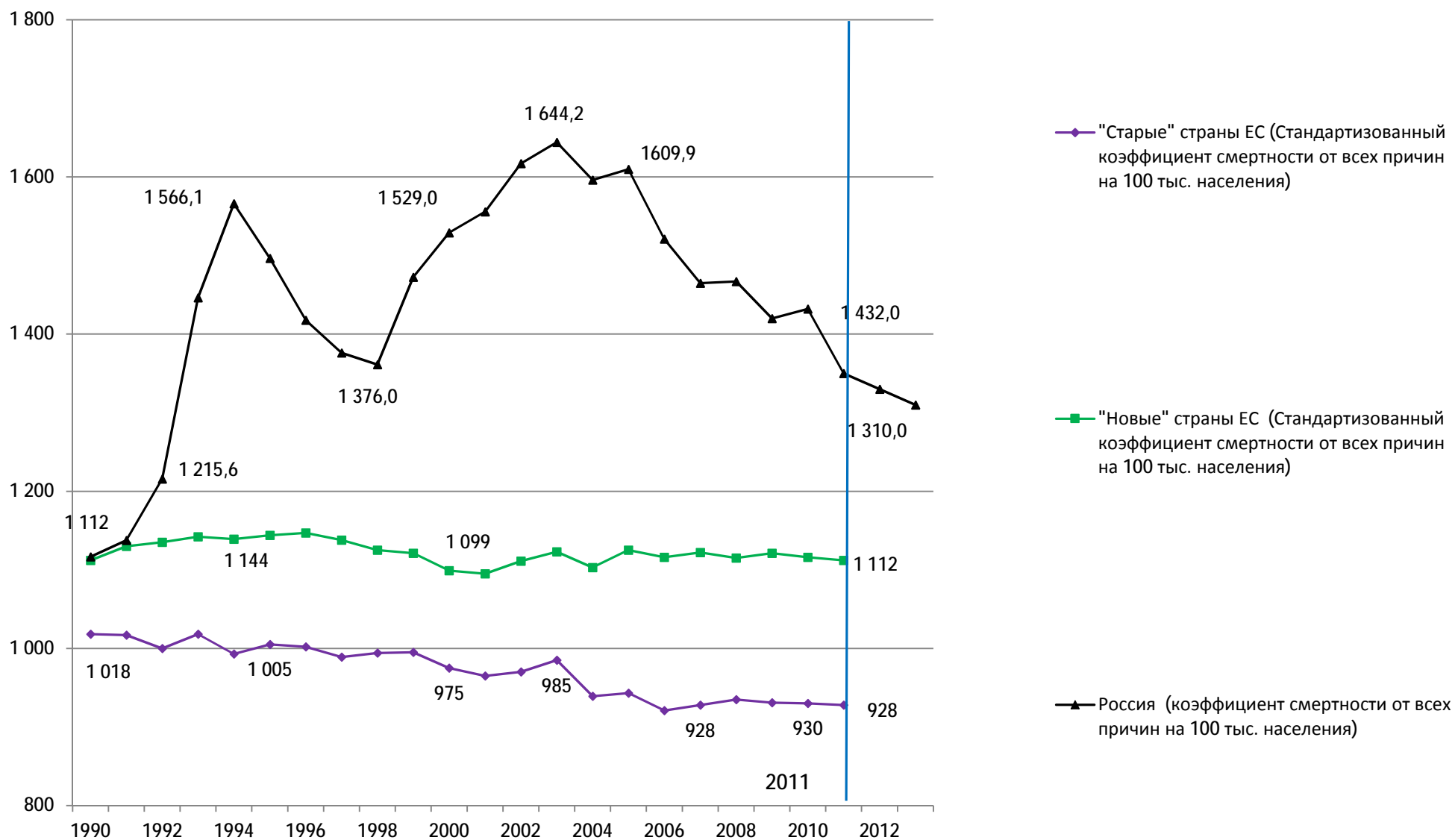


Рис. 10 «Расчет коек по методике ВОЗ»

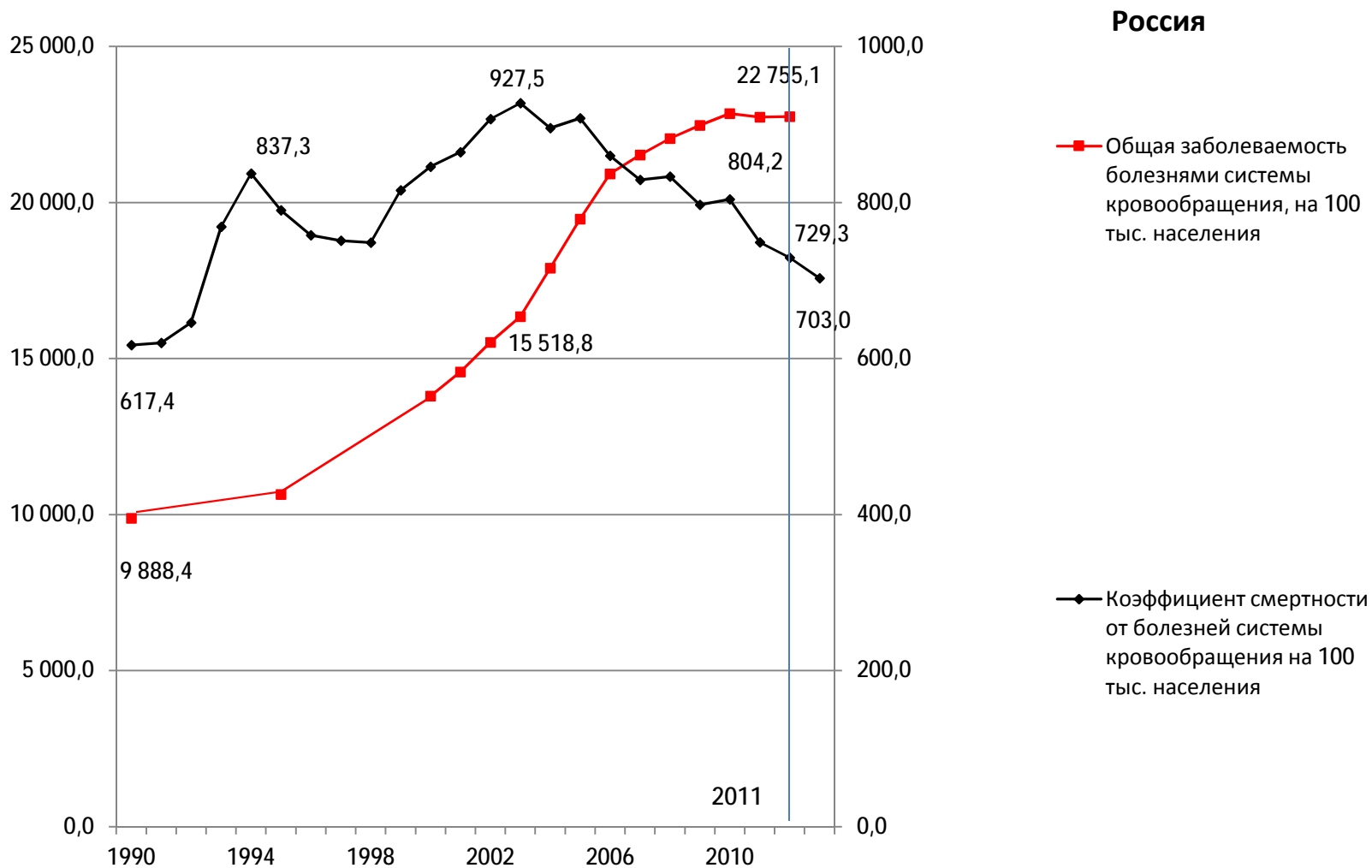
Общая заболеваемость и смертность от всех причин в РФ в динамике.



Смертность от всех причин в РФ, "новых" и "старых" странах" ЕС



Общая заболеваемость и смертность от болезней системы кровообращения в РФ.



Смертность от болезней системы кровообращения в РФ, в "новых" и "старых" странах ЕС

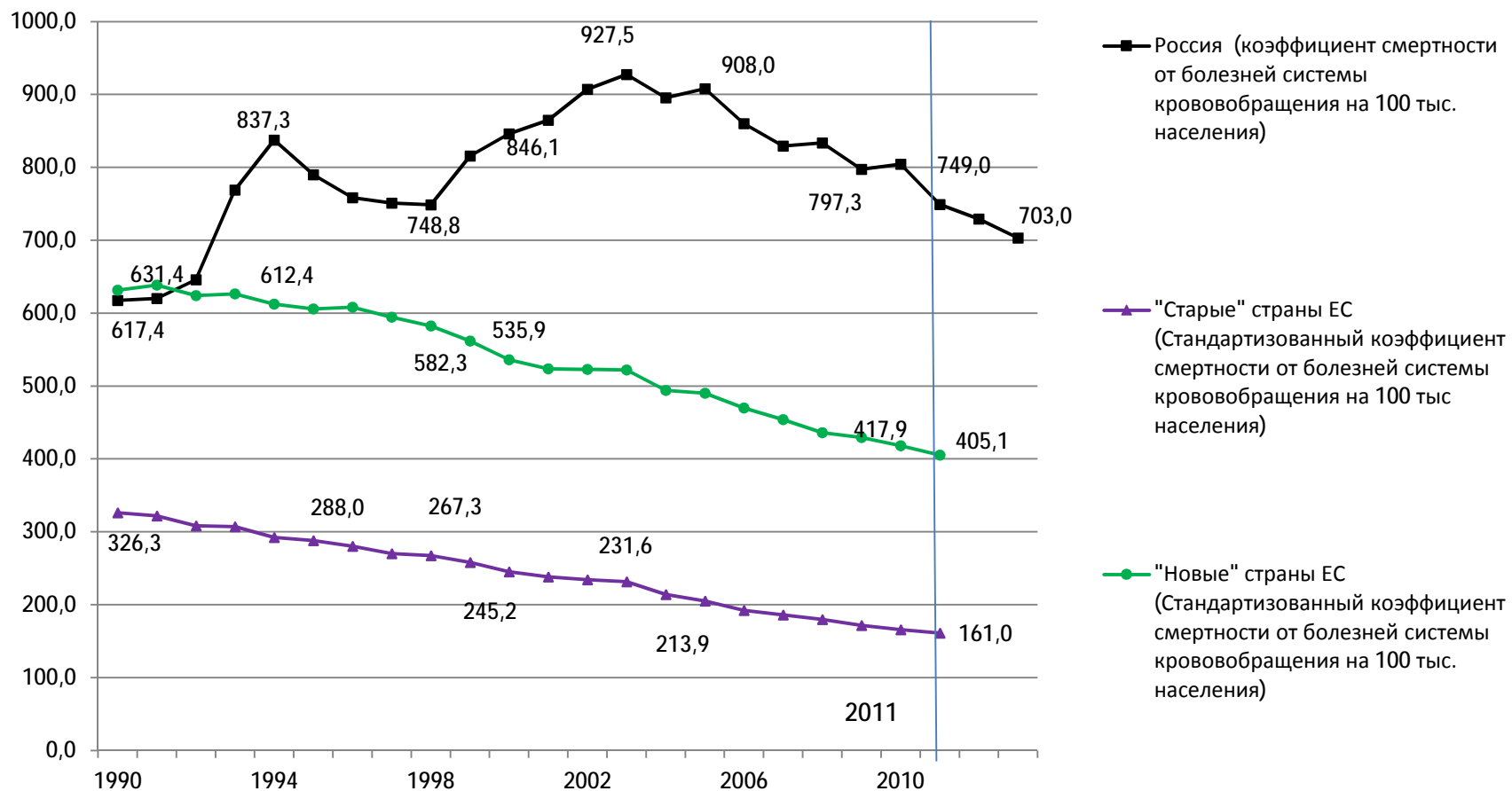


Рис. 11.1-11.4 «Анализ заболеваемости и смертности в РФ и развитых странах»

Таблица 1 «Фактическое и необходимое число коек на 1 тыс. населения в РФ, г. Москве и странах ЕС»

Фактическое и необходимое число коек на 1 тыс. населения в РФ, г. Москве и странах ЕС

Число коек в расчете на 1 тыс. населения	РФ		Москва		«Старые» страны ЕС	Германия
	Факт	Необходимо	Факт	Необходимо		
ИТОГО ВСЕХ КОЕК	8,5 ¹¹	9,9	6,2	9,3	5	8,2
«Активного» лечения	6,4 ¹²	7,5	4,4	6,7	3,4	5,3
Психиатрические и наркологические	1,2	1,2	1,4	1,4	0,8	0,7
Фтизиатрические (туберкулезные)	0,6	0,6	0,32	0,3	-	-
Реабилитации	0,1	0,3	0,1	0,3	0,4	2,2
Длительного ухода (паллиат. и сестр. ухода)	0,2	0,3	0,05	0,3	0,4	
Койки в социальных учреждениях	1,9	-	1,34	-	7,4	10,8

Таблица 2 «Показатели здоровья и ресурсного обеспечения здравоохранения»

¹¹ 9,3 - с учетом коек на ремонте

¹² 7,2 – с учетом коек на ремонте

показатели здоровья и ресурсного обеспечения здравоохранения

ПОКАЗАТЕЛЬ	РФ в среднем (2012-2013 гг.)	Москва (ДЗМ) (2012-2013 гг.)	«Старые» страны ЕС	Германия
I. ОБЩИЕ ДАННЫЕ				
Численность населения, млн чел	143,1	12,06	399,2	81,4
ВВП (ВРП) на душу населения в год (тыс. руб.) 2011 г.	316,6	865,6	—	—
ВВП (ВРП) на душу населения в год (тыс. \$ППС, 1\$=18,1руб., 2011г.)	17,5	47,8	37,0	39,6
II. ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ				
Средний возраст населения (лет)	39,2	41,0	42,5	—
Ожидаемая продолжительность жизни ОПЖ (лет)	70,3	76,0	81,4	80,8
Общий коэффициент смертности, ОКС (число умерших на 1 тыс. насел.)	13,2	9,7	9,3	—
Стандартизованный коэффициент смертности (СКС) на 1 тыс. аселения (2012 г.)	11,8	7,9	5,2	5,5
Младенческая смертность (число умерших в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми)	8,2	7,2	3,6	3,4

ПОКАЗАТЕЛЬ	РФ в среднем (2012-2013 гг.)	Москва (ДЗМ) (2012-2013 гг.)	«Старые» страны ЕС	Германия
СКС населения от болезней системы кровообращения (на 100 тыс. населения), 2012 г.	620,0	400,0	161,0	196,6
СКС населения от злокачественных новообразований (на 100 тыс. населения), 2012 г.	190,0	163,0	160,7	157,9
СКС от внешних причин (на 100 тыс. населения), 2012 г.	130,0	50,0	30,5	27,7
СКС населения от болезней органов дыхания (на 100 ты населения), 2012г.	50,0	20,0	41,4	36,2
СКС населения от болезней органов пищеварения (на 100 ты населения), 2012 г.	56,0	35,1	25,4	28,4
СКС населения от туберкулеза (на 100 ты населения), 2012 г.	11,2 (не стандартизованный показатель)	3,1 (не стандартизованный показатель)	0,4	0,23

	РФ в среднем (2012-2013 гг.)	Москва (ДЗМ) (2012-2013 гг.)	«Старые» страны ЕС	Германия
III. РАСХОДЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ				
Гос. расходы на здравоохранение (\$ППС на душу населения в год, 2012 г.)	860,0	1380,0	2 900,0	3 560,0
Гос. расходы на обеспечение населения лекарственными средствами в амбулаторных условиях (\$ППС на душу населения в год, 2012 г.)	48,0	90,0	309,0	450,0
IV. ОБЕСПЕЧЕНИЕ КОЙКАМИ И КАДРАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ				
Обеспеченность «всеми» койками на 1 тыс. населения (без коек на ремонте)	8,5	6,2	5,0	8,2
Обеспеченность койками «активного» лечения на 1 тыс. населения (2012 г.) (без коек на ремонте и фтизиатрических)	6,4	4,4	3,4	5,3
Обеспеченность всеми врачами на 1 тыс. населения (без ординаторов и интернов, стоматологов, гигиенистов)	3,5	3,6	3,7	4,2
Численность практикующих врачей на 1 тыс. населения (без ординаторов и интернов, стоматологов, гигиенистов, административно- управленческих и научных кадров)	3,2	3,4	3,4	3,8
	РФ в среднем (2012-2013 гг.)	Москва (ДЗМ) (2012-2013 гг.)	«Старые» страны ЕС (2011 г.)	Германия (2011 г.)
Обеспеченность врачами «первичного» контакта (для РФ - врачи участковые педиатры и терапевты, ВОП) (Для ЕС – ВОП, семейные врачи, терапевты, не включая педиатров)	1,26	0,4	~1,4-1,6	1,6

Таблица 3 «Показатели качества работы койки»

Показатели качества работы койки

Показатель	РФ, 2012 г.	Москва факт в среднем, 2012 г.	ЕС в среднем, 2011 г.	Германия, 2011 г.
Госпитализации, которых можно было избежать (число случаев)	Не измеряется	Не измеряется	Число случаев госпитализации с ХОБЛ на 100 тыс. населения	
			184	201
			Число случаев госпитализации пациентов старше 15 лет с бронх. астмой на 100 тыс. населения.	
			53	20
Внутрибольничная летальность (%)	1,6%	2,6%	Внутрибольничная летальность пациентов в возрасте 45 лет и старше от инфаркта миокарда в течение 30 дней от момента госпитализации.	
			6 %	8 %
Инфекционные осложнения (%)	8% ¹	Не измеряется	Доля пациентов, получивших септические осложнения после хирургических вмешательств.	
			0,79 %	0,5%
Доля пациентов с шизофренией, поступивших повторно в течение 30 дней после выписки за год от числа всех госпитализированных	Не измеряется	Не измеряется	13%	-

1) По данным Общества эпидемиологов.