

01.10.2011 г.

Калининская А.А.¹, Горохова Т.А.²

Дневной стационар как механизм повышения эффективности использования коечного фонда во фтизиатрии

¹ ФГБУ "ЦНИИОИЗ" Минздравсоцразвития России, Москва

² Противотуберкулезный диспансер, Московская область, г. Королев.

Kalinskaya A.A.¹, Gorokhova T.A.²

Day hospital as a tool to enhanced efficacy of loading bed facility in phthisiology

¹ Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow

² Anti-tuberculosis outpatient clinic, town of Korolyov, Moscow region

Резюме. В статье представлен анализ использования коечного фонда в ПТД в г. Королев (базовая территория). Оценена обоснованность госпитализации изучаемого контингента в стационарное отделение ПТД, в зависимости от места жительства, установлена целесообразность лечения каждого конкретного больного в дневном стационаре.

Госпитализированными больными в стационар ПТД было проведено 68243 койко-дня (суммарно в 2004-2008 гг.). Средняя длительность госпитализации составила 70,4 дня. Экспертиза установила, что суммарно во всех группах больных можно сократить 21,7% проведенных койко-дней. В их числе на этапе дифференцированной диагностики – 39,9%, в фазе продолжения лечения 86,9% больных могли бы долечиваться в ДС; 13,1% амбулаторно у участкового фтизиатра. Сроки лечения всех больных, госпитализированных в стационар ПТД для прохождения интенсивной фазы химиотерапии, экспертами были признаны обоснованными. Расчеты показали, что из 60 имеющихся коек в базовом ПТД возможно сократить за счет рационализации лечебно-диагностического процесса 13 коек. Экономический эффект от рационализации использования коечного фонда ПТД составил 2,6 млн. рублей в год.

По данным экспертных оценок, расчетная потребность в койках ДС (долечивания) фтизиатрического профиля составила 1,51 койки на 10 тысяч взрослого «местного» населения. С учетом социологических опросов планируемая потребность в койках ДС составит 1,16 койки на 10 тысяч взрослого населения. Число койко-мест ДС в базовом ПТД следует увеличить на 30%.

Разработанная в условиях эксперимента организационно-функциональная модель ДС на базе ПТД позволила реализовать внутрибольничную этапность лечения больных туберкулезом при условии комплексного контролируемого лечения на фоне обеспеченного санитарно-гигиенического режима. ДС является резервом для расширения госпитализации без увеличения коечного фонда. Внедрение ДС имеет медицинскую и социальную эффективность. Экономический эффект от внедрения ДС составил 0,5 млн. рублей в год.

Ключевые слова. противотуберкулезный диспансер, дневной стационар, госпитализация, легочная и внелегочная патология.

Summary. This paper deals with the problem of loading the bed facilities through the referral system of anti-tuberculosis outpatient clinic (ATOPC) in the town of Korolyov, Moscow Region. This cohort study critically investigated into feasibility of referral treatment of every individual patient in a regular hospital (division of this outpatient clinic), the grounds for regular hospitalization being examined with scrutiny, and an alternative – day hospital – being strongly proposed.

Regular-hospitalized patients stayed all in all for 68,243 bed-days in the years 2004-8. Mean duration of regular hospitalization was 70.4 days. Performed expertise had assessed that all established groups of patients had been quite capable to reduce regular hospital stay, the all-groups-through summed-up reduction by 21.7% of bed-days being feasible. Regular hospital stay for differential diagnosis could be readily reduced by 39.%; and 86.9% of follow-up patients could have continued their maintenance treatment at a day hospital, not in regular hospital, while 13.1% of them could have refused hospitalization at all to complete their overall treatment at outpatient facilities.

Patients' stay duration in inpatient facility of the ATOPC on the motive of intensive phase chemotherapy was assessed as well-founded.

It has been estimated that more rational usage of regular hospital bed facility of this ATOPC due to more efficient diagnostic and therapeutic measures could make it possible to reduce then existing 60 beds facility (intended for regular hospitalization) by 13 beds. This scheme being realized, the economic gain reached 2.6 million rubles a year.

Expertise evaluation put calculated capacity of beds in a day hospital as 1.51 beds upon 10,000 of population-based persons, while sociologic questionnaire has put it as 1.16 beds accordingly. In any case, number of beds in the day hospital by this ATOPC should be enlarged by 30%.

This experimental organizational and functional model of a day hospital as a facility of ATOPC proved to safeguard step-wise treatment of TB patients through the comprehensive controlled therapy courses, and under sound sanitary hygienic regimen.

Day hospital facility is a factual reserve of hospitalization capabilities without expanding overall (regular+day hospital) amount of beds. Medical and social efficiency of introduction of day hospital is fully proved in this study. Economic gain from it reached 0.5 million rubles a year.

Key words. Outpatient clinic, anti-tuberculosis, day hospital, hospitalization, respiratory and extra-respiratory pathology.

Актуальность исследования. Фтизиатрическая помощь, как система социальной ориентации, не может оставаться без изменений на фоне радикальных политических и экономических перемен, происходящих в стране, поскольку они прямо или косвенно оказывают на нее влияние.

Система стационарной фтизиатрической помощи населению претерпевает сегодня значительные изменения. Так, предусмотрено организация новых (менее затратных) видов госпитальной помощи и внедрение стационарозамещающих технологий. Однако организация дневных стационаров (ДС) на базе противотуберкулезных диспансеров осуществляется крайне медленно (О.Б. Нечаева, 2007; А.А. Калининская, А.Ф. Стукалов, Т.Т. Аликова, 2008).

Приказом Минздравсоцразвития России от 29 декабря 2010 г. № 1224н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в Российской Федерации» указывается на необходимость интенсификации использования коечного фонда

противотуберкулезных стационаров, даются рекомендуемые штатные нормативы дневного противотуберкулезного стационара.

С учётом изложенного особую актуальность приобретают исследования, посвященные рационализации использования коечного фонда противотуберкулёзных диспансеров, планово-нормативным показателям деятельности ДС во фтизиатрии (Иванова М.А., 2007; Трифонова Т.Ю., 2010).

Целью организации ДС на базе ПТД является проведение диагностических, лечебных или реабилитационных мероприятий больным, не требующим круглосуточного медицинского наблюдения, с применением современных технологий лечения и обследования больных в соответствии со стандартами и протоколами ведения больных.

Стационарное отделение базового ПТД г. Королева включает 60 коек круглосуточного пребывания для взрослого населения. Стационар ПТД является межрайонным для Московской области по профилю туберкулеза мочеполовых органов.

В 2008 г. в ПТД организован дневной стационар (за счёт реорганизации круглосуточных коек): с 15 августа – на 10 коек, с 1 ноября – на 15 коек.

В процессе исследования проведен анализ госпитализированной заболеваемости больных туберкулёзом. За 5 лет анализа в ПТД г. Королёва было госпитализировано 970 больных. По профилям заболеваний все госпитализированные были разделены на больных с лёгочной (47,8%) и внелёгочной патологией (52,2%).

Доля больных *с лёгочными формами*, госпитализированных с целью лечения ранее установленного туберкулёза органов дыхания составила 88,2%; с целью дифференциальной диагностики – 11,8% (в их числе с установленными заболеваниями органов дыхания – 8,4%, злокачественными новообразованиями лёгких – 3,4%).

Доля больных *с внелёгочными формами*, госпитализированных для лечения ранее установленного туберкулёза внелёгочной локализации (мочеполовых органов) составила 56,1%; с целью дифференциальной диагностики – 43,9% (в их числе с установленными заболеваниями женских половых органов (гинекологические) – 26,7%; заболеваниями мочевой системы (урологические) – 17,2%).

По месту проживания всех госпитализированных в ПТД можно условно разделить на группы: «местные» – жители гг. Королёв и Юбилейный; «ближние» – жители близлежащих городов Московской области, время в дороге до КПТД не более 1 часа; «дальние» – жители других городов Московской области, время в дороге до ПТД от которых более 1 часа. Такое разделение необходимо для расчёта планируемого коечного фонда ДС.

В таблице 1 представлены основные показатели деятельности коек круглосуточного пребывания базового ПТД в динамике за 2004-2008 гг.

Проведённый анализ свидетельствует о низком использовании коечного фонда стационара базового ПТД. Так, средняя занятость койки за 5 лет (2004-2008 гг.) была значительно ниже нормативной и составила 228,2 дня (колебания по годам 183,0 – 259,3 дня) (рисунок 1).

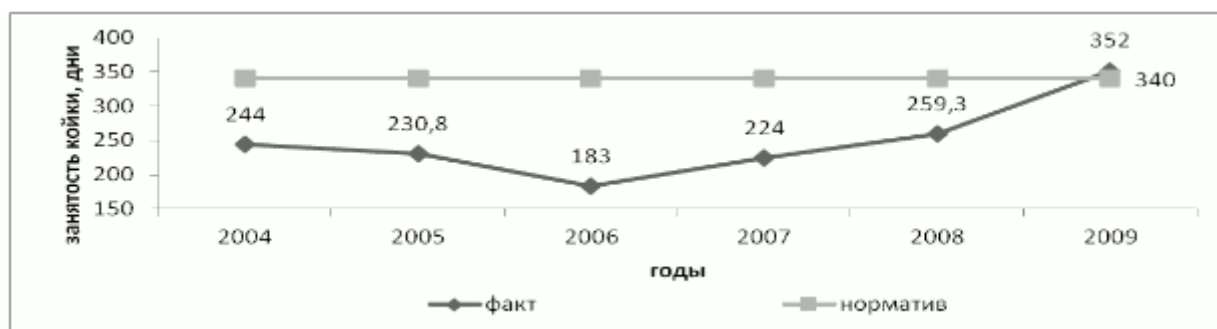


Рис. 1. Занятость койки в стационаре круглосуточного пребывания базового ПТД в динамике за 2004-2009 гг.

Сроки лечения больных в анализируемые годы не были искусственно увеличены и составили в среднем 69,8 дней (колебания по годам 60,0 – 75,4 дня). Среднесуточное число больных составило в среднем 37 человек (на 60 койках) (колебания по годам 30 – 40 человек).

Таблица 1

Основные показатели деятельности круглосуточного стационара базового ПТД (г. Королёв) в динамике за 2004-2009гг.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ср.-годовое число коек	60	60	60	60	55	45
план койко-дней	18000	15000	15000	15000	11360	9450
поступило больных	212	198	196	180	183	205
выписано больных	209	214	177	175	194	199
умерло	-	1	-	-	-	1
выбыло (выписано+умерло)	209	215	177	175	194	200
пролечено больных	211	207	187	178	189	202
проведено койко-дней	14641	13851	10982	13701	14260	15838
койко-дни выписанных больных	15215	14739	10033	13441	14894	15340
ср. длительность пребывания на койке	69,5	67,1	60,0	77,2	75,4	78,2
ср. занятость койки в году	244,0	230,8	183,0	224,0	259,3	352,0
оборот койки	3,5	3,4	3,1	3,0	3,4	4,5
ср. время простоя койки	34,6	39,5	58,7	47,0	31,4	2,9
ср.-суточное число больных	40	38	30	38	39	43
больничная летальность	-	0,46	-	-	-	0,50

За 5 лет анализа в ПТД было госпитализировано: «местных» 60,6%, «ближних» 8,8%, «дальних» 30,6%. Более половины госпитализированных больных за годы анализа (2004-2008 гг.) относились к возрастной группе 25-54 года (56,1%), т.е. наиболее активный работоспособный возраст. Что соответствует возрастному пику заболеваемости активным туберкулёзом.

По цели госпитализации всех больных, поступивших в стационарное отделение ПТД суммарно в 2004-2008 гг. можно распределить следующим образом (таблица 2).

Таблица 2

Цель госпитализации больных в стационар ПТД суммарно за 2004-2008 гг.

	всего		мужчины		женщины	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Цель госпитализации						
основной курс	299	30,8	199	42,8	100	19,8

дифф. диагностика	368	38,0	98	21,0	270	53,6
сезонное лечение	259	26,7	139	29,8	120	23,8
обострение/рецидив	44	4,5	30	6,4	14	2,8
Профиль заболевания						
лёгочная патология	464	47,8	329	70,6	135	26,8
внелёгочная патология	506	52,2	137	29,4	369	73,2
всего	970	100,0	466	100	504	100

В процессе исследования нами были проанализированы различия цели и профиля госпитализации больных в стационар ПТД в зависимости от места их проживания. Большинство больных групп «ближние» и «дальние» госпитализировались по поводу внелёгочной патологии (92,9 и 96,6%), что естественно, т.к. стационары для лечения больных туберкулёзом органов дыхания есть почти в каждом регионе Московской области, и больные этой категории госпитализировались в стационары по месту проживания.

Среди жителей городов Королёв и Юбилейный (группа «местные») основное количество больных были госпитализированы с лёгочной патологией (76,2%). Это больные или направленные для дифференциальной диагностики, или для лечения уже установленного туберкулёза органов дыхания без бацилловыделения.

Наименьшая доля больных поступала в стационар ПТД для лечения обострения или рецидивов туберкулёза («местные» 6,1%, «ближние», 4,7%, «дальние» 1,3 %). Анализ показал, что больные «дальние» госпитализировались в более половины случаев (56,3%) с целью дифференциальной диагностики, причём почти все (96,6%) с внелёгочной патологией. Больные «ближние» госпитализировались с целью дифференциальной диагностики (37,7%) и для прохождения сезонного (противорецидивного) курса лечения (38,8%). Больные «местные» госпитализировались с целью прохождения основного курса лечения (42,3%) туберкулёза органов дыхания.

Проведённый нами анализ целей и профиля госпитализации больных в стационар ПТД в зависимости от места проживания больных может быть положен в основу для планирования объёмов профилактической работы и использования коечного фонда в ПТД.

В процессе исследования нами был проведен анализ эффективности использования коечного фонда противотуберкулёзного диспансера. Всеми больными, госпитализированными в 2004-2008 гг. в стационар ПТД (970 человек) было проведено 68243 койко-дня. Средняя длительность одного случая госпитализации составила 70,4 дня. Больными с различной лёгочной патологией (464 человека) было проведено 36772 койко-день. Средняя длительность лечения составила 79,3 дня. Больными с внелёгочной патологией (506 человек) было проведено 31471 койко-день. Средняя длительность госпитализации составила 62,2 дня. Анализ показал, что наибольшие сроки лечения были у больных с ранее установленным диагнозом туберкулёза, госпитализированных с целью проведения основного курса лечения (интенсивной фазы и фазы продолжения) были у больных туберкулёзом органов дыхания – 80,7 дня, у больных туберкулёзом внелёгочных локализаций – 80,5 дня.

В процессе исследования была проведена сравнительная оценка обоснованности использования коечного фонда в ПТД в зависимости от места проживания больных. Экспертиза установила, что у 40,1% госпитализированных больных в ПТД можно сократить пребывание в круглосуточном стационаре на 14793 койко-дня, что составляет 21,7% от койко-дней проведённых всеми больными за анализируемый период (таблица 3).

Экспертиза обоснованности сроков госпитализации больных в стационар ПТД в динамике за 2004-2008 гг. – суммарно по всем группам больных (в %)

	2004	2005	2006	2007	2008	Суммарно за 2004- 2008 гг.
Выписано больных – всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Цель госпитализации:						
основной курс	26,8	26,5	29,4	34,9	37,6	30,8
дифференциальная диагностика	44,0	38,6	30,5	38,9	36,6	38,8
сезонное (противорец.) лечение	25,4	28,4	35,6	21,1	23,2	26,7
обострение/рецидив	3,8	6,5	4,5	5,1	2,6	4,5
Проведено койко-дней– всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Можно сократить: всего к/д	27,2	20,2	21,6	22,5	16,7	21,7
из них: к/д						
- в период дифф.диагностики	43,6	35,4	34,5	33,6	51,7	39,9
- в фазе интенсивной терапии	-	-	-	-	-	-
- в фазе продолжения терапии	56,4	64,6	65,5	66,4	48,3	60,1
Сроки лечения не подлежат сокращению: всего (чел)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
- плохо переносят лечение	11,2	11,2	9,4	11,3	8,9	10,3
- соп. заболевания	19,6	24,0	19,7	15,5	6,7	16,9
- возраст 75 лет и более	15,9	12,0	10,3	12,4	15,6	13,3
- мат.-быт.условия	7,5	6,4	5,1	3,1	2,2	4,8
- койко-дни соответствуют	45,8	46,4	55,6	27,8	66,7	54,8

На этапе дифференциальной диагностики возможно сокращение сроков пребывания в ПТД у 160 человек, что составило 5908 койко-дней – 39,9% от числа сокращённых койко-дней. Сокращение сроков пребывания, по мнению экспертов, возможно за счет более полного предварительного обследования в амбулаторных условиях (44 человека) и более интенсивного обследования на областном и федеральном уровне (116 человек). Сроки лечения всех больных, госпитализированных в стационар ПТД г. Королёва для прохождения *интенсивной фазы химиотерапии*, экспертами были признаны обоснованными.

В фазе продолжения лечения сокращение пребывания в стационаре было возможно у 229 человек (8885 койко-дней – 60,1% от общей суммы сокращённых койко-дней). Из этого числа больных 199 (86,9%) могли бы долечиваться в ДС, а 30 человек (13,1%) – амбулаторно у участкового фтизиатра.

На амбулаторное долечивание из всех групп больных экспертами были направлены лица, продолжающие курс противорецидивного лечения, социально сохраненные (с гарантией самостоятельного приёма противотуберкулёзных препаратов), которым был назначен интермиттирующий режим приёма лекарственных средств.

Невозможно было сокращение сроков пребывания в стационаре у 581 больного из всех лечившихся в 2004-2008 гг., эти больные составляют 59,9% от изучаемой совокупности.

Причины, по которым было невозможно сократить сроки пребывания больных в круглосуточном стационаре: плохая переносимость лечения (необходимость постоянного наблюдения врача, корректировки лечения) – 10,3%; серьёзные сопутствующие заболевания,

такие как хронические вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекция, цирроз печени, хронические заболевания лёгких, хроническая ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки, хронический гастрит и т.п. (требование постоянного наблюдения врача) – 16,9%; возраст больных 75 лет и старше – 13,3%; материально-бытовые условия, делающие невозможным полноценное лечение вне стационара – 4,8%; проведённые койко-дни соответствовали нормативным в 54,8% случаев.

Проведённое исследование свидетельствует о больших резервах в использовании коечного фонда ПТД за счёт рационализации лечебно-диагностического процесса.

Организация дневного стационара в базовом ПТД (2008 г.) даже за неполный год уменьшило в 1,8-2,3 раза долю возможных для сокращения койко-дней и снизило в 1,4 раз число высвобождающихся коек (таблица 4).

Согласно проведённой экспертизе обоснованности сроков госпитализации больных в стационар базового ПТД в группе больных «местные» можно было сократить 19,8% койко-дней, проведённых больными этой группы в 2004-2007 гг. (в среднем за 1 год этого периода), что составляет 13,6% от койко-дней, проведённых всеми госпитализированными больными. За 2008 г. аналогичный показатель равен 11,0 и 7,2%, что меньше в 1,8 и в 1,9 раза соответственно.

В группе больных «ближние» можно было сократить 27,2 % койко-дней, проведённых больными этой группы в 2004-2007 гг. (в среднем за 1 год этого периода), что составляет 2,3 % от койко-дней, проведённых всеми госпитализированными больными. За 2008 г. аналогичный показатель равен (14,9 и 1,0 %), что меньше в 1,8 и в 2,3 раза соответственно.

Таблица 4

Возможное сокращение сроков пребывания на койке больных из различных групп по месту их проживания в динамике за 2004-2007 гг. и за 2008 г.

Доля возможных для сокращения койко-дней (%)	ср.-год. за 2004-2007 гг.	за 2008 г.	разница 2004-2007/2008
группа больных «местные»			
от койко-дней гр. «местные»	19,8	11,0	1,8
от всех койко-дней	13,6	7,2	1,9
группа больных «ближние»			
от койко-дней гр. «ближние»	27,2	14,9	1,8
от всех койко-дней	2,3	1,0	2,3

По данным расчётов числа возможных для высвобождения коек, можно было высвободить 13,79 коек в среднем за 1 год периода 2004-2007 гг. За 2008г. аналогичный показатель равен 9,63, что меньше в 1,4 раза.

Реорганизация коечного фонда стационара в виде организации ДС на базе ПТД (2008 г.) позитивно повлияла на показатели использования коечного фонда: число пролеченных больных возросло с 178 (2007 г.) до 202 больных в год (2009г.); оборот койки увеличился в 1,5 раза и составил 4,5 (2009 г.) против 3,0 (2007г.); среднесуточное число больных составило 43 человека (на 45 койках) (2009 г.) против 38 человек (на 60 койках) (2007 г.); количество фактически проведённых больными койко-дней увеличилось в 1,2 раза – 15838 (2009 г.), против 13701 койко-дня (2007 г.); показатель средней занятости койки вырос с 224,0 дней (2007 г.) до 352,0 дней (2009 г.) – впервые за последние 14 лет достиг нормативного; в 2009 году практически не увеличилась средняя длительность пребывания больного на койке (78,2 дня против 77,2 дней в 2007 г.). Несмотря на то, что возросла доля госпитализированных больных с сочетанной патологией (туберкулёз + ВИЧ), у которых интенсивная фаза лечения

достигает до 120 дней (вместо 60-90 дней в обычном случае). Больных с такой сочетанной патологией пролечилось в 2009 году 19 человек (9,4% от общего числа пролеченных больных). В 2007 г. – 5 человек (2,8% от общего числа пролеченных больных).

Проведённое исследование свидетельствует об имеющихся резервах использования коечного фонда стационара базового ПТД в виде улучшения организации и эффективности лечебно-диагностического процесса, открытия стационарозамещающих организационных форм медицинской помощи населению, в частности дневного стационара.

Показатели деятельности дневного стационара ПТД г. Королёва за 2009 год представлены в таблице 5.

В 2009 году в дневном стационаре (ДС) ПТД г. Королёва функционировало 15 койко-мест, работающих в 1 смену, что составляет 25,0% от общего коечного фонда диспансера. Доля койко-мест ДС базового ПТД от количества дневных коек Московской области (181 койко-место) составляет 8,3%.

Средняя занятость койки ДС базового ПТД в 2009 г. составила 342,7 дня (по Московской области в целом – 352,6 дня). Часть ДС в Московской области работает в 2 смены. С этим фактом связано также и то, что оборот койки ДС в Московской области выше (4,4), чем в КПТД (4,0).

Таблица 5

Показатели работы стационара ПТД г. Королёва за 2009 год

Показатели	КС	ДС
Ср-годовое число коек	45	15
План койко-дней	9450	3150
Проведено койко-дней	15838	5141
Поступило больных	205	59
Выписано больных	199	62
Умерло	1	-
Выбыло (выписано+умерло)	200	62
Пролечено больных	202	61
Койко-дни выписанных больных	15340	5247
Занятость койки	352,0	342,7
Оборот койки	4,5	4,0
Ср. длительность пребывания	78,2	85,0
Ср. время простоя койки	2,9	5,6
Ср. суточное число больных	43	14
Больничная летальность	0,50	-

Среднее пребывание на койке в ПТД г. Королёва 85,0 дней, в Московской области – 80,1 день. Среднесуточное число больных в ДС ПТД г. Королёва – 14 человек, за год пролечился 61 больной.

За 2009 год из дневного стационара ПТД г. Королёва выписано 62 человека (мужчин – 43, женщин – 19), было проведено 5247 койко-дней. Структура госпитализации представлена в таблице 6.

Структура госпитализации в дневной стационар ПТД г. Королёва в зависимости от профиля патологии (2009 год)

	количество выписанных больных	проведено койко-дней выписанными больными	ср. длительность пребывания
туберкулёз органов дыхания	54	4877	90,3
туберкулёз внелёгочных локализаций	1	47	47,0
не туберкулёзная патология	7	323	46,1
всего	62	5247	84,6

Больные с сочетанной патологией туберкулёз+ВИЧ в дневной стационар не госпитализировались. Распределение больных, получивших лечение в ДС ПТД (в Королеве 2009 г.) по целям госпитализации представлено на рисунке 2.

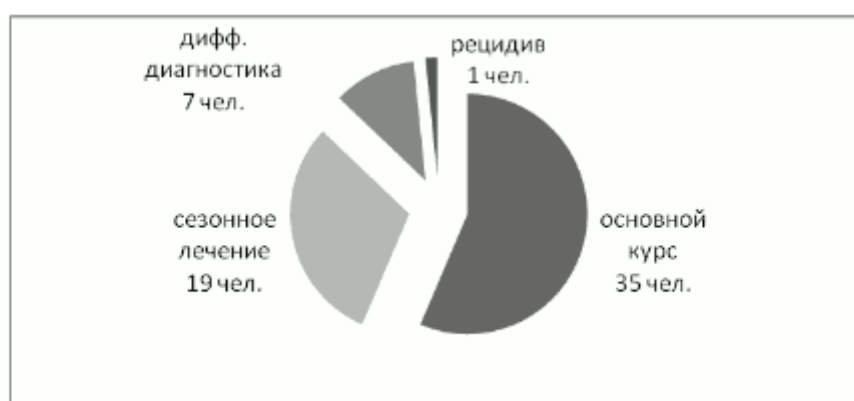


Рис. 2. Распределение госпитализированных больных в ДС ПТД г. Королёва в зависимости от цели госпитализации (2009 год)

Более половины больных были госпитализированы в дневной стационар с целью прохождения *основного курса лечения* (как фазы продолжения, так и интенсивной фазы). Из них больных туберкулёзом органов дыхания – 34 человека, больных туберкулёзом внелёгочных локализаций – 1.

Треть больных была госпитализирована для проведения *сезонного (противорецидивного) лечения*. Они состояли в различных группах диспансерного учёта (ГДУ): во II А ГДУ – 13, в II Б – 3, в III ГДУ – 3. Больные с неактивным (клинически излеченным туберкулёзом – III ГДУ) были госпитализированы по чётким показаниям (пожилой возраст и наличие серьёзной сопутствующей патологии).

С целью *дифференциальной диагностики* было госпитализировано 7 человек (с заболеваниями органов дыхания – 6 человек, с гинекологическим заболеванием – 1 человек).

Согласно «Статистическим картам выбывших из ДС» (ф. № 066/у-02) большинство больных (55 из 62) были *выписаны с результатом* госпитализации «улучшение». С результатом госпитализации «без перемен» было выписано 7 больных. Из них: 6 больных инфильтративным и очаговым туберкулёзом лёгких, госпитализированные для продолжения основного курса лечения, провели в ДС от 7 до 15 дней и были выписаны досрочно за нарушение режима; у 1 больной был диагностирован хронический сальпингит (не туберкулёзная этиология), она выписана через 12 дней для продолжения лечения в гинекологическом отделении.

В процессе исследования был проведен опрос больных, получавших лечение в дневном стационаре ПТД г. Королёва (специально разработанная анкета опроса). В опросе участвовали все 105 больных.

На вопрос «удовлетворены ли Вы лечением в дневном стационаре ПТД», 81,9% опрошенных ответили «удовлетворен полностью», 15,2% «удовлетворены частично», 2,9% «не удовлетворен».

В качестве причины не удовлетворения были ответы «дорого ездить ежедневно», не устраивает сосед по палате, не устраивает строгая дисциплина.

Больными были выдвинуты следующие предложения: чтобы в ДС оставался тот же лечащий врач, что и в КС; хочется находиться в той же палате, что и в КС; хотелось бы получать 3-х разовое питание, кроме завтрака и обеда ещё и ужин.

Медико-социальная эффективность и экономический эффект деятельности ДС на базе ПТД.

По результатам исследования был разработан комплекс мер по совершенствованию организации медицинской помощи больным туберкулёзом в условиях стационара на этапах дифференциальной диагностики, различных фазах основного курса и противорецидивного лечения.

Открытие дневного стационара в базовом ПТД (г. Королёв) позволило соблюсти внутрибольничную этапность лечения больных туберкулёзом при условии комплексного контролируемого лечения на фоне обеспеченного санитарно-гигиенического режима. ДС является *резервом для расширения госпитализации* без увеличения коечного фонда: дважды за 2009 год вводилась 2-я смена. Часть местных больных досрочно переводилась из круглосуточного стационара в дневной (после разбора каждого на врачебной комиссии ПТД, при отсутствии клинических и социальных противопоказаний), высвобождая койки для госпитализации первичных больных для проведения интенсивной фазы основного курса лечения.

Медицинскую эффективность внедрения ДС на базе ПТД подтверждает тот факт, что 88,7% больных были выписаны с улучшением (в стационаре круглосуточного пребывания – 84,4%). Те больные, которые были выписаны в состоянии «без перемен» (за нарушение режима или для продолжения лечения в стационаре другого профиля) находились в стабильном состоянии. Ухудшение состояния не наблюдалось ни у одного больного.

Социальная эффективность внедрения ДС в практику стационарной помощи, оказываемой ПТД заключается в том, что снизилось количество прерываний лечения: в 2009 г. за нарушение режима досрочно было выписано 8,5% от всех выписанных больных, в 2007 г. таких больных было 13,7%, т.е. в 1,6 раза больше. В вечернее и ночное время дежурному мед.персоналу проще контролировать меньшее количество больных, пресекать злоупотребления со стороны недисциплинированных контингентов, которых среди больных туберкулёзом – большинство.

Больные, проходящие лечение в ДС на базе ПТД, находятся в диспансере с 8 до 15 часов. Приём противотуберкулёзных препаратов осуществляется в присутствии медицинской сестры. Больным проводятся лабораторные и рентгенологические исследования, внутривенные и(или) внутримышечные инъекции, физиотерапевтические процедуры. Ежедневно больных осматривает врач. После процедур больные отдыхают. Питание в ДС – двухразовое: завтрак и обед. Вечернее и ночное время больные проводят дома, в привычной для себя обстановке, без отрыва от семей.

Проведённые нами социологические опросы больных, получавших лечение в дневном стационаре ПТД г. Королёва, показали, почти все больные оказались довольны этой формой организации оказания медицинской помощи (97,1%). Некоторая неудовлетворённость была связана не с лечением в ДС, а с социальными факторами, которые трудно признать объективными. Например, не нравился сосед по палате или строгая дисциплина. Причиной не удовлетворенности 2,9% опрошенных была указана дороговизна ежедневных поездок в стационар и обратно домой.

В процессе исследования нами был рассчитан *экономический эффект* от организации ДС на базе ПТД, который имеет две составляющие: эффект от рационализация использования коечного фонда (исключения необоснованных дней госпитализации больных туберкулёзом в стационар круглосуточного пребывания) и непосредственный эффект от использования ДС.

По данным экспертизы за 1 год анализа было возможно сократить 3029 койко-дней в стационаре круглосуточного пребывания ПТД. Стоимость 1 койко-дня в стационаре круглосуточного пребывания составляла 855 рублей (по ценам 2009 г.).

Рассчитанный на основе экспертизы экономический эффект от рационализации использования коечного фонда ПТД (исключения необоснованных дней госпитализации) составил:

$2589795 \text{ руб.} = 855 \text{ руб.} \times 3029 \text{ койко-дней.}$

Разница в стоимости содержания 1 койко-места в дневном стационаре за 1 год (2009 г.) и 1 койки в стационаре круглосуточного пребывания составляла: 32552 рубля = 282124 руб. – 249572 руб.

Экономия складывается из отсутствия в ДС затрат на ужин, из меньшего потребления коммунальных услуг (воды и электроэнергии в вечернее и ночное время: почти в каждой палате имеется принесённые больными радиоприёмники, телевизоры, ноутбуки, электрочайники).

В расчёте на 15 койко-мест экономический эффект от организации ДС составил за год 488280 руб.

Суммарный экономический эффект от рационализации коечного фонда ПТД и организации ДС составил:

$2589795 \text{ руб.} + 488280 \text{ руб.} = 3078075 \text{ руб. за 2009 год.}$

Результаты проведённой исследовательской работы свидетельствуют о том, что организация ДС позволяет более рационально и эффективно использовать ресурсные возможности ПТД, не нарушая доступность, этапность, контролируемость и качество медицинской помощи больным туберкулёзом.

Выводы

1. Госпитализированными больными в стационар ПТД было проведено 68243 койко-дня (суммарно в 2004-2008 гг.). Средняя длительность госпитализации составила 70,4 дня. Экспертиза установила, что суммарно во всех группах больных можно сократить 21,7% проведенных койко-дней. В их числе на этапе дифференцированной диагностики – 39,9%, в фазе продолжения лечения 86,9% больных могли бы долечиваться в ДС; 13,1% амбулаторно у участкового фтизиатра. Сроки лечения всех больных, госпитализированных в стационар ПТД для прохождения интенсивной фазы химиотерапии, экспертами были признаны обоснованными. Расчеты показали, что из 60 имеющихся коек в базовом ПТД

возможно сократить за счет рационализации лечебно-диагностического процесса 13 коек. Экономический эффект от рационализации использования коечного фонда ПТД составил 2,6 млн. рублей в год.

2. По данным экспертных оценок, расчетная потребность в койках ДС (долечивания) фтизиатрического профиля составила 1,51 койки на 10 тысяч взрослого «местного» населения. С учетом социологических опросов планируемая потребность в койках ДС составит 1,16 койки на 10 тысяч взрослого населения. Число койко-мест ДС в базовом ПТД следует увеличить на 30%.

3. Разработанная в условиях эксперимента организационно-функциональная модель ДС на базе ПТД позволила реализовать внутрибольничную этапность лечения больных туберкулезом при условии комплексного контролируемого лечения на фоне обеспеченного санитарно-гигиенического режима. ДС является резервом для расширения госпитализации без увеличения коечного фонда. Внедрение ДС имеет медицинскую и социальную эффективность. Экономический эффект от внедрения ДС составил 0,5 млн. рублей в год.

Список литературы

1. Иванова М.А. Нормирование труда – один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным //Социальные аспекты здоровья населения [Электронный научный журнал]. 2007. Том 1. №3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/42/30> (Дата обращения 07.05.2011)
2. Калининская А.А. Стукалов А.Ф., Аликова Т.Т. Стационарозамещающие формы медицинской помощи: организация и эффективность деятельности //Здравоохранение Российской Федерации. № 6. 2008. С. 5-8.
3. Нечаева О.Б. Стационарозамещающие технологии в лечении и реабилитации больных туберкулезом легких //Проблемы туберкулеза и болезней легких. 2007. №6. С. 34-37.
4. Трифонова Н.Ю. Исследование медико-организационных проблем распространенности туберкулеза в современных условиях крупного мегаполиса: Автореф. дисс. ... д-ра. мед. наук. М. 2010. 46 с.

References

1. Ivanova M.A. Normirovaniye truda - odin iz putey optimizatsii kachestva okazaniya meditsinskoy pomoshchi bolnym [Norm-fixing of medical staff labor expenditure as one of the ways to optimization of quality of medical care provided to patients]. *Sotsialnyye aspekty zdorovya naseleniya* [Online Scientific Journal]. 2007 [cited 2011 May 07];1(3). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/42/30>.
2. Kalininskaya A.A. Stukalov A.F., Alikova T.T. Statsionarozameshchayushchiye formy meditsinskoy pomoshchi: organizatsiya i effektivnost deyatel'nosti [Substitution of inpatient medical services by outpatient ones from the point of view of organization and efficiency of activity of medical establishments]. *Zdravookhraneniye Rossiyskoy Federatsii* 2008;(6):5-8.
3. Nechaeva O.B. Statsionarozameshchayushchiye tekhnologii v lechenii i reabilitatsii bolnykh tuberkulezom legkikh [Inpatient-for-outpatient substituting technologies in treatment and rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis]. *Problemy tuberkuleza i bolezney legkikh* 2007;(6):34-37
4. Trifonova N.Yu. Issledovaniye mediko-organizatsionnykh problem rasprostranennosti tuberkuleza v sovremennykh usloviyakh krupnogo megapolisa [Investigation into medical organizational problems of prevalence of tuberculosis under current conditions of megalopolis] [PhD. Thesis]. Moscow; 2010. 46 p.