

С 2000 г. в МУЗ «Городская больница № 1 г. Тулы» и поликлинике № 5 г. Новомосковска приступили к реализации проекта «Подготовка и проведение эксперимента по отработке новой модели организации оплаты деятельности общих врачебных практик в условиях ОМС». ОВП, являясь частичным фондодержателем, получила подушевое финансирование на весь объем амбулаторно-поликлинической помощи. Произошло принципиальное изменение финансово-организационной структуры. Финансирование деятельности ВОП в рамках программы ОМС осуществляется ТТФОМС через страховую компанию «ВИРМЕД» на основании договоров на предоставление лечебно-профилактической помощи по линии ОМС. Проведение анализа финансово-экономической деятельности, статистической медицинской информации, показателей деятельности поликлиник по принципу «законченного случая» с созданием базы данных застрахованного населения и т.д. стало возможным с созданием локальной компьютерной сети информационно-аналитической системы на базе Компьютерного центра областного департамента здравоохранения. Ежеквартально вместе с ТТФОМС и МСК «ВИРМЕД» подводятся итоги работы, определяется фонд экономики, распределяющийся с учетом личного вклада в зависимости от баллов, полученных при оценке критериев качества.

Экономическая заинтересованность позволила ВОП проводить более тщательный отбор пациентов на плановую госпитализацию, шире использовать «стационар на дому», что способствует с наименьшими затратами одновременно оказывать квалифицированную помощь в амбулаторных условиях. Кроме того, врачи стали: полнее и рациональнее использовать собственную лечебно-профилактическую базу; строго подходить к обоснованию показаний для проведения диагностических методик (уровень диагностики патологии у врача общей практики – 94%, а у участковых терапевтов – 85%); использовать лечение узкими специалистами за счет снижения у них необоснованных посещений до 30%; изучать качество диспансерного наблюдения и увеличить объем профилактических посещений с 14% до 21%; внедрять новые медицинские технологии.

Анализ практической деятельности ВОП позволяет говорить о преимуществе данной системы оказания плановой первичной амбулаторной медицинской помощи. Однако следует указать, что в настоящее время работа по реорганизации амбулаторно-поликлинического звена должна проходить в тесном контакте с юристами, экономистами, клиническими базами.

Развитие общеврачебной практики затрудняют следующие моменты: отсутствие должного финансирования не позволяет решить; вопросы обеспечения современным медицинским оборудованием для диагностики и лечения (особенно оказание помощи узко-профильным больным); формирование штатного расписания врачебных практик с отношением ВОП и медсестер как 1: 2 или 1: 3; компьютеризация системы учета и отчетности; реализация принципа материальной заинтересованности, через установление зависимости уровня оплаты труда от количественных и качественных показателей; отсутствие нормативной базы, регламентирующей многие аспекты деятельности ВОП (в т.ч. норматива посещений), жесткая регламентация приказами федерального органа в сфере здравоохранения РФ и др. ведомственными стандартами обследования (МСЭК, комиссия по обследованию водителей, комиссии РВК, диспансеризация ветеранов войны и т.д.); низкая укомплектованность участковой службы.

Для дальнейшего продвижения ВОП необходимо решение ряда проблем: разработка четких критериев и стандартов их деятельности; перестройка медико-статистической службы с учетом специфики работы врача общей практики; включение в службу первичной медицинской помощи социальных работников для организации ухода и других видов помощи хроническим больным, одиноким престарелым, инвалидам и т.д.; управленческое и организационно-методическое обеспечение проведения на базах ЛПУ тематических циклов повышения квалификации по узким специальностям. Преимущество данной системы были доказаны практикой деятельности ВОП в г. Туле и Тульской области, что является передовым опытом в освоении этой формы оказания медицинской помощи населению. Для дальнейшего развития службы ВОП необходим новый подход к определению хозяйственной самостоятельности данного субъекта, поскольку финансирование, ограниченное лишь системой ОМС, не позволяет реализовать изначально заложенные принципы. Основополагающим из них является высокий уровень мотивации, так как для

того, чтобы специалист взял на себя дополнительные обязательства, связанные с расширением сферы его деятельности, активно участвовал в программах повышения квалификации и увеличил уровень интенсивности своего труда, необходимы значительные материальные вложения. Однако их реализация может быть на практике более эффективно осуществлена лишь при соответствующей социально-экономической политике государства и реформирования системы взаимоотношений в здравоохранении.

УДК 341.232.1

ХАРАКТЕРИСТИКА МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОЕННОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

В.И. ДАИЛЬНОВ, Ю.И. ГРИГОРЬЕВ*

Военный госпиталь сформирован 26 июня 1941 г., с 1944 г. дислоцируется в г. Тула, в 1992 г. передан в оперативное подчинение ВДВ и с 1993 г. переформирован в 1029 Центральный военный госпиталь Воздушно-десантных войск (ЦВГ ВДВ). ЦВГ ВДВ в 2001 г. прошел лицензирование при Департаменте здравоохранения администрации Тульской области.

Финансирование госпиталя ведется по статьям сводной сметы Минобороны России. Стоимость одного койко-дня: военнослужащих федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба – 60 руб.; получающих помощь по договорам добровольного медицинского страхования (сотрудники таможенных органов) – 590 руб.

Организационно в госпитале развернуты: командование; медицинская часть (с медицинской библиотекой); административное отделение; отдел материально-технического обеспечения; финансовое отделение; лечебно-диагностические отделения и кабинеты; аптека; хозяйственное отделение и ряд иных вспомогательных подразделений. Медперсонал госпиталя представлен 259 сотрудниками. По основным специальностям имеется 60 врачей и 133 средних медработника. Укомплектованность составляет: по офицерскому составу 85,7%; по врачам (гражданский персонал ВС РФ) – 85,7%; по среднему медперсоналу – 92,4%. Среди врачей и медсестер соответственно по 24 специалиста имеют высшую, 20 и 47 – первую квалификационную категорию.

ЦВГ оказывает медицинскую помощь генералам, офицерам, прапорщикам (и членам их семей) командования воздушно-десантными войсками и военнослужащим соединений и частей ВДВ. При этом данное лечебное учреждение является базовым госпиталем для Тульского, Белёвского, Мценского и Плавского гарнизонов. В регионе обслуживания госпиталя, кроме войсковых частей ВДВ, находится Тульский артиллерийский инженерный институт, войсковые части, дислоцирующиеся в Туле, а также в районах Тульской, Орловской и Московской областей с плечом эвакуации от 30 до 100 км, и более 80 военных учреждений и представительств. Госпиталь работает в системе добровольного медицинского страхования. В рамках договора с Московской акционерной страховой компанией медицинские услуги предоставляются сотрудникам таможенных органов.

На основании Закона Российской Федерации «О статусе военнослужащих», постановления Правительства Российской Федерации от 26 сентября 1994 года № 1093 «О порядке возмещения расходов, связанных с оказанием медицинской помощи, санаторно-курортным лечением и отдыхом военнослужащих, граждан, уволенных с военной службы и членов их семей» и в соответствии с заключенными договорами медицинская помощь в госпитале также оказывается военнослужащим соединений и войсковых частей ВВ МВД, МЧС и ФСО. В госпитале развернуто 232 койки (по штатному расписанию должно быть 300 коек), которые функционируют в 12 отделениях: хирургическом, травматологическом, отоларингологическом, офтальмологическом, кардиологическом, пульмонологическом, гастроэнтерологическом, неврологическом, кожно-венерологическом, инфекционном, анестезиологии и реанимации, ЧЛХ и стоматологии. Использование коечной мощности по развернутым койкам составила в 2004 г. – 76,3% (2002 г. – 77,4%; ЦВГ видов ВС 2002 г. –

* ЦВГ ВДВ, г. Тула; ТулГУ

73,1%; СВ 2001 г. – 67,3%; ВС – 65,9%). Показатели ее использования зарегистрированы на уровне 2003 г., в то же время они оказались по койкам выше, чем в ЦВГ, СВ, ВС в 2002 г.

Изучение загрузки отделений хирургического профиля позволило установить их высокие показатели в хирургическом – 87,6% (2003 г. – 93,2%), офтальмологическом – 84,9% (2003 г. – 71,1%) и травматологическом – 80,6% (2003 г. – 96,8%) отделениях. Ниже оказались показатели в ЧЛХ и стоматологии – 78,0% (2003 г. – 64,0%) и ЛОР отделении – 67,3% (2003 г. – 57,2%).

Анализ загрузки отделений терапевтического профиля показал ее высокие показатели в кардиологическом – 93,2% (2003 г. – 93,7%), пульмонологическом – 90,1% (2003 г. – 77,8%), кожно-венерологическом – 83,9% (2003 г. – 79,0 %), неврологическом – 83,1% (84,3 %) и гастроэнтерологическом – 73,0% (2003 г. – 89,9%) отделениях. Низкий показатель, однако с увеличением по сравнению с 2003 г. (24,1 %), отмечен в инфекционном отделении – 35,7%. В 2004 г. оборот койки (15,5) увеличился в сравнении с предыдущим годом на 0,2 (2003 г. – 15,3; 2002 г. – 14,7), а также оказался выше показателей 2002 г. – по ЦВГ видов ВС (14,6) и по ВС (14,15). Ср. число дней занятости койки в этом году (279) было практически на прежнем уровне (2003 г. – 283) и выше, чем в 2002 г. по ЦВГ видов ВС (266,9) и по ВС (245,7). Госпитализация в 2004 г. составила среди военнослужащих Минобороны России – 58,32% (2003 г. – 57,6%), военнослужащих федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба – 20,9% (2003 г. – 20,8%), военнослужащих иных ведомств – от 4,41 до 10,77 %.

Анализ деятельности основных функциональных подразделений госпиталя с распределением по установленным когортам пациентов, выбывших с определенным исходом заболевания, показал следующее. Находились на лечении: военнослужащие ВС РФ по призыву – 36,35% (2003 г. – 37,7%); военнослужащие ВС РФ по контракту – 21,97% (2003 г. – 20,2 %); военнослужащие федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба – 20,9% (2003 г. – 20,6%); пенсионеры МО РФ – 17,63% (2003 г. – 18,4%); члены семей военнослужащих ВС РФ – 2,78% (2003 г. – 2,9%); гражданский персонал ВС РФ – 0,21% (2003 г. – 0,2%); прочие – 0,14% (2003 г. – 0,1 %). В 2004 г. доля военнослужащих ВС РФ по призыву незначительно уменьшилась – на 1,35%. Доля военнослужащих федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная служба; пенсионеров МО РФ, членов семей военнослужащих ВС РФ – была практически на прежнем уровне.

Удельный вес лечившихся по классам заболеваний (военнослужащие по призыву): Класс X – Болезни органов дыхания – 24,13% (2003 г. – 22,6%); Класс I – Инфекционные болезни – 14,11% (2003 г. – 12,5%); Класс XII – Болезни кожи – 12,72% (2003 г. – 15,6 %). Удельный вес контрактников: Класс XIX – Травмы – 18,79% (2003 г. – 21,8 %); Класс XI – Болезни органов пищеварения – 14,88% (2003 г. – 15,4%); Класс XIII – Болезни костно-мышечной системы – 10,47% (2003 г. – 8,6%).

В 2004 г. удельный вес заболеваний среди военнослужащих ВС РФ по призыву претерпел изменения: на первом месте хотя и остался класс X, но его доля выросла на 1,53% по сравнению с предыдущим годом. Увеличился удельный вес класса I на 1,62%, что вывело его на второе место (в 2003 г. находился на 3-м месте). В то же время снизился удельный вес класса XII на 2,88%.

Удельный вес заболеваний среди военнослужащих ВС РФ по контракту в 2004 г. также изменился. Снизились доли класса XIX (на 3,01%) и класса XI (на 0,52%); на 3-е место переместился класс XIII, в 2003 г. на третьем месте находился класс IX.

Выявлены следующие исходы лечения больных среди военнослужащих ВС РФ по призыву: возвращено в часть – 95,8% (2003 г. – 93,9 %); ЦВГ видов ВС в 2002 г. – 80,2 %; признано негодными – 3,1% (2003 г. – 4,4%); ЦВГ видов ВС в 2002 г. – 12,5%); летальность – 0,08% (2003 г. – 0,15%); ЦВГ видов ВС в 2002 г. – 0,20%). Военнослужащие ВС РФ по контракту: возвращено в часть – 92,1% (2003 г. – 91,5 %); ЦВГ видов ВС в 2002 г. – 78,6%); признано негодными – 4,5% (2003 г. – 5,4%); ЦВГ видов ВС в 2002 г. – 8,7%); летальность – 0,25% (2003 г. – 0,14%); ЦВГ видов ВС в 2002 г. – 0,33%). По сравнению с 2003 г. увеличился показатель возвращения в часть военнослужащих ВС РФ по призыву – на 1,9%, а по контракту – на 0,6%, и был выше, чем в ЦВГ видов ВС. Летальность военнослужащих ВС РФ по призыву снизилась, а по контракту несколько увеличилась, но не превысила показатели по ЦВГ видов ВС в 2002 г.

При этом средние сроки лечения составили: военнослужащие ВС РФ по призыву – 18,9 (2003 г. – 19,5; в 2002 г. ЦВГ видов ВС – 21,0; СВ – 19,0; ВС – 17,2); военнослужащие ВС РФ по контракту – 17,3 (2003 г. – 16,7; в 2002 г. ЦВГ видов ВС – 17,7; СВ – 17,0; ВС – 17,7). По сравнению с 2003 г. средний койко-день военнослужащих ВС РФ по призыву снизился на 0,6, в то же время по контракту увеличился на 0,5. Ср. койко-день за плату составил 18,3. По сравнению с 2003 г. он снизился на 0,4 (18,7).

Основной причиной повторной госпитализации являлся рецидивирующий и циклический характер заболевания, что составило 90,9% от всего их числа. Второй причиной по встречаемости стало недостаточно полное обследование – 4,2%; далее – отсутствие преемственности после выписки из стационара (3,6%). В единичных случаях отмечено недостаточно эффективное лечение. Всего в целом повторная госпитализация составила 4,63% (2003 г. – 3,9%) от числа лечившихся больных.

Нами проведен анализ сроков госпитализации и установления окончательного диагноза среди пациентов ряда отделений госпиталя от момента их поступления на лечение и реабилитацию. Сроки госпитализации больных с острыми хирургическими заболеваниями составили: до 3-х часов – 27,1%; до 1 суток – 80,6%; от 1 до 3 суток – 14,8%; более 3 суток – 4,5%. Окончательный диагноз в 95,5% устанавливался при поступлении. Оперативное вмешательство проводилось у 43,9% до 2-х часов; позднее 24 часов – в 37,4% случаев. Госпитализировано больных с острыми заболеваниями внутренних органов в 1-е сутки – 66,8%; на 2-е сутки – 20,0%; на 3-и сутки – 10,2%; на 5-е сутки – 3,0%; более позднего их поступления не было. Окончательный диагноз у 73,7% больных установлен при поступлении; в 1-е сутки – 13,7%. Госпитализировано больных с инфекционными заболеваниями от начала заболевания на 1-3 день – 90,6%; на 4-7 день – 6,7%; позднее 7 дня – 2,7%. Изолированы на 1–3 день – 90,6%. Окончательный диагноз у 71,4% больных установлен при поступлении; на 1–3 день – 20,5%; на 4–7 день – 6,3%.

При сопоставлении диагнозов направления с установленными в лечебном учреждении всем лечившимся больным и военнослужащим выяснено, что в 2004 г. был просмотрен диагноз у 21 больного, что составило 2,4%; то есть ниже чем в предыдущем году – 2,7%. В связи с этим представлялось целесообразным проанализировать причины возникновения дефектов в организации медицинской помощи из числа всех контингентов на догоспитальном и госпитальном этапах.

В 2004 году зарегистрировано 245 дефектов (2003 г. – 208) догоспитального и госпитального периодов, что составило 6,8% к числу лечившихся больных. Из 108 дефектов догоспитального периода 57,4% занимает поздняя госпитализация. Причиной данного дефекта в 40,3% случаев явилось позднее обращение к врачу, в 19,4% случаев – невнимательное отношение к больному, в 19,4% случаев – недостаточная квалификация медработника. Отметим, что в 13,05% случаев дефекты диагностики, дефекты лечения составили 9,3%. Основной причиной дефекты диагностики явилось неполноценное обследование – 71,4%, а дефектов лечения – недостаточная квалификация (60,0%). Из 137 дефектов госпитального периода 27,0% приходится на дефекты медицинской документации, 24,8% на дефекты диагностики и 31,4% на дефекты лечения. В 29,4% случаев дефекты диагностики произошли по причине неполноценного обследования и в 20,6% случаев их причиной послужили объективные трудности.

С целью установления единства и преемственности лечебно-профилактических мероприятий в ЦВГ ВДВ и частях соединений на врачебных конференциях осуществляется разбор дефектов в оказании медицинской помощи. Регулярно проводится анализ заболеваемости военнослужащих с постоянной нацеленностью на вынесение рекомендаций повышения качества лечебно-профилактической работы. Изданы и разосланы в части указания главных специалистов ВДВ. Всего в 2004 году главными специалистами ВДВ было сделано 75 выездов в воинские части, все запланированные выезды выполнены полностью. За время выездов было осмотрено 1827 военнослужащих, выявлено дефектов в лечении – 58, дефектов ведения медицинской документации – 89. По каждому выявленному дефекту проведен разбор с медицинским составом части, даны необходимые рекомендации.

Экспертиза временной нетрудоспособности в госпитале организована и проводится в соответствии с приказом Начальника ГВМУ № 33 от 10.05.95 г и приказа Минздрава РФ № от 13.01.95 г лечащими врачами и клинико-экспертной комиссией.

В 2004 году число случаев временной нетрудоспособности составило 639, из них: пенсионеры МО – 438; члены семей офицеров ВС РФ – 160; гражданский персонал ВС РФ – 41. Среди причин временной нетрудоспособности оказались на первом месте болезни органов дыхания – 188 случаев, на втором – болезни органов кровообращения (165 случаев), на третьем – болезни нервной системы (97 случаев). На долю этих заболеваний приходится 70% всех причин временной нетрудоспособности.

Среди болезней органов дыхания преобладают острые респираторные заболевания и бронхиты, составляющие 43% от всех заболеваний органов дыхания. Среди мужчин наибольшее число заболеваний приходится на возраст 45-55, у женщин 40-50 лет.

Среди болезней органов кровообращения основную массу составляют: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, цереброваскулярные болезни. По числу дней временной нетрудоспособности эти болезни находятся на первом месте. На их долю приходится 26% от всех дней нетрудоспособности. Среднее число дней временной нетрудоспособности по болезням органов кровообращения составило 18 дней. Пик этих заболеваний у мужчин приходится на возраст от 50 до 60 лет, у женщин – 60 лет и более. Среди болезней нервной системы преобладают болезни периферической нервной системы. Среднее число дней нетрудоспособности по болезням периферической нервной системы составило 19 дней у мужчин и 15 дней у женщин. Половина случаев нетрудоспособности у мужчин приходится на возраст 45-50 лет, у женщин – 35-45 лет. Болезни органов пищеварения составили 9% от всех случаев временной нетрудоспособности, среднее число дней временной нетрудоспособности у мужчин 16, у женщин – 24 дня. 55% случаев временной нетрудоспособности приходится на мужчин в возрасте 50-60 лет и старше. Среди заболеваний органов пищеварения 26% составили заболевания печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, в основном у мужчин в возрасте от 40 до 60 лет. Число случаев временной нетрудоспособности по болезням костно-мышечной системы и травмам составляют соответственно 5 и 6% от общего числа случаев. Среди травм преобладают травмы костей верхних и нижних конечностей. Типичными ошибками при оформлении документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, являются превышение ее сроков и несвоевременное представление с задержкой на 1-2 дня на клинико-экспертную комиссию для продления сроков лечения.

Проведенный анализ организационно-управляющего обеспечения деятельности 1029 ЦВГ ВДВ свидетельствует об осуществлении его персоналом оказания современной лечебно-реабилитационной помощи различным контингентам военнослужащих, проходящих службу в регионе, а также членам их семей и пенсионерам Министерства обороны РФ.

УДК 641.1

ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ В СТАЦИОНАРЕ ВОЕННОГО ГОСПИТАЛЯ

В.И. ДАИЛЬНЕВ, Р.В. СОШНИКОВ*

Цель работы – изучение работы кардиологического отделения Центрального военного госпиталя Воздушно-десантных войск (ЦВГ ВДВ), расположенного на территории города Тулы. При анализе работы отделения использованы основные показатели, отраженные в статистической отчетности за 2002-2004 гг. В первую очередь было рассмотрено распределение выбывших больных с определенным исходом (табл. 1). Число законченных случаев в абсолютных показателях за 2004 г. составило 360, уменьшившись в 1,08 раза по сравнению с 2003 г. (389).

Анализируя структуру больных, отметим рост доли членов семей военнослужащих до 9,17% (в 2003 г. 4,88%). Произошло некоторое увеличение (в 1,15 раза) доли пенсионеров МО до 38,89% (в 2003 г. – 33,93%), хотя они и остаются основным контингентом лечившихся в отделении больных. С 22,11% в 2003 г. до 25,55% в 2004 г. увеличилась доля военнослужащих МО по

контракту, а по призыву уменьшилась – с 18,77 до 17,22%. Удельный вес лечившихся в отделении военнослужащих МО других министерств (МВД, МЧС, ФСО) по договорам, заключенным с МО, составила 6,67%. В структуре нозологических форм преобладают заболевания, сопровождающиеся ростом артериального давления, и ишемическая болезнь сердца (табл. 2).

Таблица 1

Показатели численности различных контингентов больных, выбывших с определенным исходом за 2002 – 2004 гг. (в абс. числах и %)

Обслуживаемый контингент	2004		2003		2002	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Военнослужащие РА по призыву	62	17,22	73	18,77	47	13,90
Военнослужащие РА по контракту	92	25,55	86	22,11	82	24,26
Военнослужащие других ведомств	24	6,67	79	20,31	30	8,87
Пенсионеры МО	140	38,89	132	33,93	151	44,67
Члены семей в/служащих	33	9,17	19	4,88	28	8,28

Таблица 2

Динамика основных заболеваний органов кровообращения в 2002 – 2004 гг. (в %)

Название болезней органов кровообращения	2002	2003	2004
Болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением	19,1	15,5	28,3
Ишемическая болезнь сердца	44,1	41,3	44,2

В ходе работы нами изучены исходы и средняя длительность лечения больных. У военнослужащих по призыву довольно часто обнаруживались: нейроциркуляторная астенция – 26 случаев (41,9%), средний койко-день составил 19,1 (в 2003 г. – 26 (38,6%), средний койко-день – 16,9); первичный пролапс митрального клапана – 26 случаев (41,9%), ср. койко-день – 17,8 (в 2003 г. – 33 (70,2%), ср. койко-день 20,2); миокардит – 1 случай (1,6%), ср. койко-день – 73,0 (в 2003 г. – 2 (2,6%), ср. койко-день – 25,0). Военнослужащие по контракту более всего страдали гипертонической болезнью – 54 случаев (58,3%), ср. койко-день – 14,8 (в 2003 г. – 48 случаев (60,3%), ср. койко-день – 15,1), ишемической болезнью сердца – 17 случаев (18,5%), ср. койко-день – 18,8 (в 2003 г. – 16 случаев (19,8%), ср. койко-день – 14,5), миокардитами – 3 случая (3,3%), ср. койко-день – 33,3 (в 2003 г. – 1 случай (1,2%), средний койко-день – 27,0).

Пенсионеры Министерства обороны поступали в госпиталь с диагнозами: ишемическая болезнь сердца – 97 случаев. (66,9%), средний койко-день – 14,4 (в 2003 г. – 105 случаев. (72,9%), средний койко-день – 9,4); инфаркты миокарда – 10 случаев (6,9%), средний койко-день – 24,1 (в 2003 г. – 12 случаев (12,7%), средний койко-день – 12,4); гипертоническая болезнь – 28 случаев (19,3%), средний койко-день – 14,2 (в 2003 г. – 26 случаев (18,1%), средний койко-день – 18,3). Члены семей военнослужащих поступали на лечение с диагнозами: ишемическая болезнь сердца – 19 случаев. (57,6%), средний койко-день – 15,8 (в 2003 г. – 19 случаев. (76,3%), средний койко-день – 15,9); гипертоническая болезнь – 12 случаев (36,4%), средний койко-день – 16,2 (в 2003 г. – 5 случаев (26,3%), средний койко-день – 12,3).

Среди военнослужащих федеральных органов иных ведомств, в которых предусмотрена военная служба, регистрировались следующие заболевания: нейроциркуляторная астенция – 7 случаев (25,9%), средний койко-день – 16,4 (в 2003 г. – 18 случаев (26,9%), средний койко-день – 17,5); первичный пролапс митрального клапана – 11 случаев (40,7%), средний койко-день – 12,6 (в 2003 году – 26 случаев (38,8%), средний койко-день – 16,8); гипертоническая болезнь – 6 случаев (26,0%), средний койко-день – 11,2 (в 2003 году – 6 случаев (9,0%), средний койко-день – 15,5). Показатели сроков госпитализации пациентов в зависимости от нозологической формы заболевания см. в табл. 3.

Средние строки лечения по номенклатуре класса «Болезни системы кровообращения» во всех категориях больных не превышают ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наиболее распространенных заболеваниях и травмах (в соответствии с МКБ-10), рекомендованные фондом социального страхования РФ (письмо от 01.09.2000 г № 02-18/10-6766), и в целом по ВС РФ. Что касается сроков госпитализации и установления окончательного кардиологического диагноза у больных военнослужащих, то в 78% случаев они по поводу инфаркта

* ЦВГ ВДВ, г. Тула