

УДК 614.2

DOI 10.24411/2312-2935-2019-10068

ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Л.В. Руголь, И.М. Сон, Н.А. Голубев

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва

Резюме Фрагментация медицинской помощи, неудовлетворительная преемственность этапов оказания медицинской помощи, отсутствие экономической заинтересованности в развитии отдельных видов медицинской помощи привели к снижению темпов развития замещающих стационар технологий и эффективности работы дневных стационаров.

Целью данной работы явилось изучение динамики общего числа коек в дневных стационарах всех типов для детей, показателей обеспеченности ими и их деятельности, а также стационаров на дому для детей в Российской Федерации (далее – РФ) и ее субъектах за период 2003-2018 годы.

Методы Аналитический, в том числе сравнительного анализа, статистический.

Результаты Число коек в дневных стационарах для детей, как и показатель обеспеченности ими, в целом по РФ возросли за период 2003-2018 гг., в то же время, в ряде субъектов отмечается отрицательная динамика. Снизилась показатели эффективности использования коек в дневных стационарах для детей. Наблюдается регрессивное развитие стационаров на дому для детей. В 20-ти субъектах стационары на дому для детей не функционировали совсем в течение исследуемого периода, в 20-ти были ликвидированы к началу 2019 года. Средняя продолжительность лечения в стационарах на дому различается по субъектам и по годам в разы.

Заключение. Требуется переосмысление в подходах к развитию замещающих стационар технологий в современных условиях, как со стороны Фонда ОМС, так и органов управления здравоохранением и руководителей медицинских организаций. Необходимы нормативно-правовые акты, уточняющие порядок организации иказания к лечению в дневных стационарах и стационарах на дому в целях реального повышения качества и доступности медицинской помощи населению, в частности детскому.

Ключевые слова: замещающие стационар технологии, дневные стационары, стационары на дому, эффективность, показатели деятельности

DYNAMICS OF DEVELOPMENT OF DAY HOSPITALS FOR THE CHILDREN

L.V. Rugol, I.M. Son, N.A. Golubev

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation; Moscow, Russia

Abstract The fragmentation of medical care, the unsatisfactory situation with the continuity of the stages of medical care, the lack of economic interest in the development and promotion of certain

types of medical care led to a decrease in the rate of development of hospital-substituting technologies and the efficiency of day hospitals.

The purpose of this work was to study the dynamics of the total number of beds in day hospitals of all types for children, indicators of their provision and activities, as well as in-patient hospitals for children in the Russian Federation and its subjects over the period 2003-2018.

Methods Analytical, including comparative analysis, statistical

Results The number of beds in the DS for children, as well as the indicator of their provision in the Russian Federation as a whole, increased over the period 2003-2018, however, their dynamics is negative in a number of subjects. The efficiency of use of beds in day hospitals for children has decreased. There is a regressive development of home hospitals for children. In 20 subjects, home hospitals for children did not function at all during the observed period, and in 20 subjects were eliminated by the end of the observed period. The average duration of treatment in hospitals at home varies by subject and by year within subjects at times.

Conclusion A rethinking is needed in the approaches to the development of hospital-substituting technologies in modern conditions, both on the part of the MHI Fund, the health authorities and heads of medical organizations. There is a need for regulations approving the order of organization and indications for treatment in day hospitals and in-patient hospitals in order to actually improve the quality and accessibility of medical care for the population, in particular for children, and for increasing the role and effectiveness of primary health care.

Key words: replacing hospital technologies, day hospitals, home hospitals, efficiency, performance indicators.

Введение. В последнее время все чаще стали появляться публикации о таких проблемах в российском здравоохранении, как фрагментация медицинской помощи, недостаточная согласованность отдельных медицинских служб и медицинских работников, отсутствие нацеленности на общий результат, недостаточная преемственность между различными этапами оказания медицинской помощи. В России за последние годы произошло укрупнение медицинских организаций, их слияние, однако заложенные в этом процессе потенциальные возможности интеграции и усиления взаимодействия медицинских служб используются пока недостаточно [1]. Вот и задачи преодоления структурных диспропорций в отрасли, использование возможностей развития дневных стационаров (ДС) в полном объеме не решены, несмотря на значимость замещающих стационар технологий как этапа, обеспечивающего преемственность медицинской помощи, и большую востребованность у населения [2-4]. Не достигнута пока и цель оптимизации работы коек, как круглосуточных, так и ДС. Несмотря на потребность более активного использования ДС в последние годы, ввиду роста хронических заболеваний, в том числе среди детского населения, пришедшего осознанию необходимости возрождения и усиления принципов преемственности при проведении профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, усиления интеграции при ведении пациентов с хроническими и множественными заболеваниями на всех

этапах оказания медицинской помощи, темпы организации ДС и показатели их деятельности за последние годы снизились [1-3,5].

Есть работы, посвященные анализу работы ДС для детей, но их очень мало, а за последние годы их практически нет. Анализ одним из авторов деятельности ДС в 2008 году показал преимущественный способ их организации для детей в больничных организациях, установлено было, что 21% пролеченных в них были дети, в амбулаторных организациях доля пролеченных детей составляла 14,9%. Было отмечено, что показателями результативности работы ДС является объем помощи в ДС всех типов. В исследовании отмечены преимущества замещающей стационар помощи для детей, ее экономический эффект, доказано, что внедрение замещающих стационар технологий – необходимое условие для повышения качества и доступности медицинской помощи [5,6].

В конце прошлого века на федеральном, региональных и муниципальных уровнях были приняты нормативные акты, регулирующие использование замещающих стационар технологий, в том числе и стационаров на дому (СД) [5,7]. В них отмечалось, что СД может организовываться не только в городской поликлинике, но и в составе отделения групповой врачебной практики и сельского врачебного участка, а также может являться структурным подразделением любой медицинской организации. Описаны примеры организации и эффективного функционирования в Нижегородской области СД в сельской местности для оказания медицинской помощи пациентам старших возрастных групп и инвалидам [8]. Описан опыт работы СД, как структурного подразделения, при оказании помощи детям на базе психиатрической больницы, в котором было организовано долечивание и реабилитация детей до 17 лет после выписки из круглосуточного стационара, а также пациентов, госпитализация которых в круглосуточный стационар не была обязательной и могла повлечь за собой психологическую травму. Детей на дому посещала медицинская бригада, в составе которой работали психиатр, психолог, логопед, медицинская сестра и специалист по социальной работе [7]. В 60-х годах 20 века был описан опыт лечения детей в СД при Детской городской объединённой больнице г. Тобольска с участием участковых врачей вместе с патронажными сёстрами [7]. В литературе также описана работа СД в 1961 году на базе больницы № 5 г., организованного в виде дополнительного терапевтического отделения на 20 коек при стационарном терапевтическом отделении больницы. Койки этого отделения не были развёрнуты в здании больницы. Палатой была квартира пациента. В штате отделения были один врача и три медицинских сестры. Кроме того, к работе привлекались водитель и, при

необходимости, лаборант [7]. Тем не менее, до сегодняшнего дня выданных инструкций по организации СД для различных групп населения нет, как и разработанных показаний, поэтому ими зачастую подменяют амбулаторное, а не стационарное лечение. Многие авторы отмечают трудности при попытках организации СД, связанные с отсутствием транспорта, большими временными затратами по доставке специалистов к пациенту, неудобство при организации обследования пациентов на дому из-за отсутствия портативно-переносной аппаратуры, невозможностью организации достаточного объема физиотерапевтического лечения в СД [7].

По мнению некоторых авторов, в перспективе развития СД могут превратиться в мощные амбулаторные центры, хорошо оснащенные технически, способные оказывать не только специализированную, но и социальную помощь [7].

Готовность амбулаторного звена принять на себя дополнительные объемы медицинских услуг, в частности для замещения части объемов стационарной помощи, послужит гарантией успеха реорганизации стационарного сектора [7,10]. Зарубежные исследователи отмечают, что помощь на дому правильно отобраным для этого пациентам может приблизиться к больничному уровню при внедрении и использовании достижений телемедицины и хорошо организованном мониторинге [11,12].

Цель исследования: изучить динамику развития ДС для детей в целом в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных и амбулаторных условиях, показатели их деятельности по РФ, в разрезе субъектов РФ, а также динамику работы стационаров на дому для детей, выявить проблемы.

Методы и методики Исследование проводилось с использованием статистического и аналитического методов. На основании статистических материалов и базы данных ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России проведено исследование динамики числа коек в ДС для детей в совокупности - в больничных и амбулаторных организациях в целом по РФ, в ее субъектах, показателей обеспеченности детского населения койками в ДС и их использования, а также показателей деятельности стационаров на дому для детей за период 2003 – 2018 годы. Для расчетов показателей были использованы форма федерального статистического наблюдения (далее – ФСН) №47 «Сведения о сети и деятельности медицинских организаций» и отчетная форма отраслевого статистического наблюдения - №14ДС «Сведения о деятельности дневных стационаров медицинских организаций».

Результаты. За анализируемый период число коек в ДС для детей заметно возросло. В целом в 2018 г. в ДС всех типов для детей в РФ медицинская помощь оказывалась по 34

профилям, из них по 28 профилям специализированных коек для детей. Сравнение числа коек в ДС для детей, показателя обеспеченности ими и показателей их деятельности за анализируемый период выявило разнонаправленную динамику, особенно по ряду субъектов РФ. Прирост числа коек в ДС для детей в 2018 году в целом по РФ по сравнению с 2003 годом составил 43,3%, а показателя обеспеченности – 41,9% (таблица 1).

Анализ числа пролеченных на койках ДС для детей выявил их неуклонный рост в целом по РФ, который составил 61,4%. Однако, по ряду субъектов динамика по годам оказалась разнонаправленной, а иногда и отрицательной, как по числу коек, так и по числу пролеченных (Белгородская, Владимирская, Костромская, Тамбовская, Тульская, Ульяновская, Кемеровская, Томская, Магаданская области, Республики Адыгея, Мордовия, Бурятия, Хакасия, Саха (Якутия), Приморский край, Еврейская АО) (таблица 1). В некоторых из вышеперечисленных субъектов РФ отрицательный прирост (убыль) пролеченных превышает долю убыли числа коек, что свидетельствует о снижении эффективности использования оставшихся после сокращения коек в ДС для детей. В некоторых субъектах сокращение числа коек, напротив, сопровождалось ростом числа пролеченных: Ивановская, Липецкая, Новгородская, Оренбургская, Саратовская, Свердловская области, Республики Башкортостан, Пермский край, и это отрадно, поскольку демонстрирует повышение эффективности использования коек. Ряд же субъектов, нарастив число коек в ДС, сократил число пролеченных на них. Так, в Ленинградской области, при приросте числа коек на 132,4% и обеспеченности ими на 131,4% число пролеченных на них сократилось на 5,3%; в Ставропольском крае прирост числа коек на 14,7% и показателя обеспеченности на 15,5% сопровождался сокращением числа пролеченных на 3,4%; в Республике Тыва прирост числа коек на 216%, а показателя обеспеченности на 192% привел к сокращению числа пролеченных на них на 4,4% (на 25 койках в 2003 году было пролечено больше детей, чем на 79 койках в 2018 году). Ряд субъектов демонстрирует непоследовательность в развитии ДС для детей, то развертывая койки ДС, то сокращая их: Республики Ингушетия, Карачаево-Черкесская, Чеченская республики (таблица 1).

Таблица 1

Дневные стационары медицинских организаций, оказывающих помощь детям в амбулаторных и стационарных условиях (без стационаров на дому)

Субъекты РФ	Число коек на конец года					Обеспеченность койками на 10 тыс. дет. населения					Число выписанных детей				
	2003	2008	2013	2018	прирост %	2003	2008	2013	2018	прирост %	2003	2008	2013	2018	прирост %
РФ*	22817	26192	31366	32701	43,3	7,7	10,1	11,5	10,9	41,9	610,15	726,1	830,7	984,5	61,4
ЦФО*	5494	5950	7058	6837	24,4	8,2	10,2	11,1	9,7	18,9	128,0	153,0	179,1	199,9	56,1
Белгородская область	419	512	340	346	-7,4	13,7	19,6	12,6	12,0	-12,5	12369	15180	10738	10584	-14,4
Брянская обл.	219	285	308	267	21,9	7,8	12,3	13,8	11,7	50,2	4088	4390	5736	5269	28,9
Владимирская область	287	289	262	274	-4,5	10,2	12,2	10,9	10,9	7,0	9649	7828	7128	6460	-33,1
Воронежская область	352	283	357	442	25,6	8,0	7,8	9,5	10,9	36,9	9535	9897	10419	11731	23,0
Ивановская область	395	221	344	342	-3,4	19,2	12,8	19,6	18,5	-3,4	6985	9105	8710	7393	5,8
Калужская обл.	160	102	243	143	-0,6	8,2	6,2	14,3	7,7	-5,5	4354	5095	7022	8674	99,2
Костромская область	193	165	170	169	-2,4	13,3	13,7	13,8	13,0	-2,5	4513	4631	3766	3293	-27,0
Курская обл.	168	356	239	184	9,5	7,0	17,9	12,1	8,9	27,1	5934	7794	9780	7954	34,0
Липецкая обл.	244	294	220	189	-2,5	10,4	14,8	10,8	8,7	-16,3	4628	6432	4103	4865	5,1
Московская область	493	629	773	1009	104,7	4,2	5,9	6,4	7,0	67,1	17924	18217	19766	37956	111,8
Орловская обл.	110	113	179	176	60,0	6,7	8,2	13,5	12,9	94,0	1918	2651	4212	5714	197,9
Рязанская обл.	148	159	244	292	97,3	6,7	8,6	13,2	15,0	123,9	3611	5660	8054	8476	134,7
Смоленская область	88	135	313	268	204,5	4,5	8,5	19,9	16,3	262,2	3146	5743	8718	8134	158,6
Тамбовская область	252	221	209	161	-6,1	11,2	12,2	12,2	9,3	-17,3	5826	6170	6848	5699	-2,2
Тверская обл.	144	292	385	417	189,6	5,3	12,7	17,0	17,6	234,0	3156	7671	8934	9908	213,9
Тульская обл.	434	335	262	282	-5,0	15,1	14,1	11,2	11,4	-24,7	9011	6843	7288	8394	-6,8
Ярославская область	131	132	222	243	85,5	5,3	6,2	10,1	10,1	90,2	6370	6665	7458	11056	73,6
г. Москва	1257	1427	1986	1633	29,9	7,8	9,5	10,8	7,9	1,2	14997	23044	40390	38321	155,5
СЗФО	1695	2626	3037	2911	71,7	6,5	11,8	13,0	11,2	73,6	44536	70690	72100	82409	85,0
Республика Карелия	52	132	163	128	146,2	3,5	10,8	13,6	10,1	188,6	1300	3778	3543	4655	258,1
Республика Коми	185	183	193	225	21,6	8,1	9,5	10,5	12,0	49,1	5018	5482	5316	5342	6,5
Архангельская область	-	-	307	252	-	-	-	13,7	11,0	-	-	-	11471	9478	-
Ненецкий АО	-	-	-	5	-	-	-	-	4,2	-	-	-	8	73	-
Вологодская область	215	356	406	440	104,7	8,2	15,9	17,5	17,6	115,2	4878	10326	8192	8668	77,7
Калининградская область	149	228	237	209	40,3	7,9	14,1	13,6	10,8	36,7	5434	4162	4756	7772	43,0
Ленинградская область	37	101	104	86	132,4	1,2	4,1	3,8	2,8	131,4	4195	4054	3381	3974	-5,3
Мурманская область	55	122	152	118	114,5	3,0	8,1	10,3	7,6	153,3	3236	3347	3946	3656	13,0

Новгородская область	146	127	86	100	-31,5	11,0	11,6	7,8	8,5	-22,7	2877	3524	1733	3180	10,5
Псковская обл.	15	134	159	169	1026,7	1,1	11,7	14,3	14,5	1268	298	4037	4421	4366	1365,1
г.С-Петербург	747	999	1230	1179	57,8	9,9	15,2	16,5	13,1	31,9	11485	23498	25333	31245	172,1
Южный ФО	2187	2161	2598	4561	108,6	7,6	8,7	10,0	13,9	82,4	57402	67791	73766	29119	124,9
Республика Адыгея	61	49	61	44	-27,9	6,2	5,7	6,7	4,5	-27,2	1896	1288	1585	1373	-27,6
Республика Калмыкия	67	80	121	159	137,3	8,2	11,6	18,2	24	192,3	1857	3048	3009	3400	83,1
Республика Крым	-	-	-	457		-	-	-	12,2		-	-	-	13516	
Краснодарский край	1159	948	932	1398	20,6	10,9	10,0	9,0	12,1	11,0	23782	25585	23657	41477	74,4
Астраханская область	105	175	331	318	202,9	4,6	8,5	15,8	14	204,3	6352	8184	9246	8980	41,4
Волгоградская область	353	502	563	912	158,4	6,6	11,0	12,1	19	190,1	6937	15463	18494	22490	224,2
Ростовская область	442	407	590	1167	164,0	5,2	5,6	7,9	14,7	185,4	16578	14223	17775	30635	84,8
г. Севастополь	-	-	-	106	-	-	-	-	13,1	-	-	-	-	7248	-
СКФО	383	390	792	1277	233,4	1,8	1,6	3,1	4,8	174,3	12421	10406	20484	42505	242,2
Республика Дагестан	40	110	128	310	675,0	0,5	1,4	1,5	3,5	677,8	779	2229	2779	8044	932,6
Республика Ингушетия	-	8	8	34	-		0,5	0,5	2,2	-	-	203	73	1199	-
Кабардино-Балкарская Республика	30	20	83	198	560,0	1,3	1,0	4,1	9,6	661,9	682	473	1720	6259	817,7
Карачаево-Черкесская Республика	-	-	77	65	-	-	-	7,1	6,1	-	6	117	2278	1984	331 раз
Республика Северная Осетия - Алания	102	83	176	146	43,1	6,0	5,5	11,0	8,9	49,1	2071	2439	3607	4801	131,8
Чеченская Республика	-	10	28	282	-	-	0,2	0,6	5,2	-	-	249	855	11634	-
Ставропольский край	211	159	292	242	14,7	3,6	3,1	5,3	4,1	15,5	8883	4696	9172	8584	-3,4
ПФО*	6684	6939	7843	8248	23,4	10,1	12,5	13,9	13,7	35,8	175,549	189,42	204,57	248,69	41,7
Республика Башкортостан	1505	1769	1247	1199	-20,3	15,2	21,1	14,4	13,2	-13,0	22034	24691	24273	35053	59,1
Республика Марий Эл	121	131	195	195	61,2	7,4	9,9	14,2	13,2	79,1	3561	3596	5163	5599	57,2
Республика Мордовия	136	30	101	127	-6,6	7,7	2,1	7,5	9,3	20,5	3916	1864	2828	2820	-28,0
Республика Татарстан	500	531	920	1291	158,2	5,8	7,4	12,1	15,6	167,6	19183	24376	28902	40587	111,6
Удмуртская Республика	377	438	479	410	8,8	10,6	14,3	14,9	12	13,6	7323	11737	14062	13692	87,0
Чувашская Республика	230	349	398	399	73,5	7,7	14,2	16,2	15,4	99,0	6232	7406	10701	10642	70,8
Пермский край	869	727	863	752	-13,5	14,0	13,7	15,8	12,8	-8,8	23712	18051	17108	26085	10,0

Кировская обл.	225	393	577	610	171,1	7,6	16,3	24,2	24	216,2	3787	8261	9138	11575	205,7
Нижегородская область	573	859	551	661	15,4	8,7	15,6	9,8	11	26,0	10018	18838	15618	16259	62,3
Оренбургская область	640	564	553	625	-2,3	12,9	13,6	13,3	14,3	10,5	18356	15833	13967	18789	2,4
Пензенская обл.	50	-	76	90	80,0	1,8	-	3,4	3,8	111,1	2227	2004	2555	3282	47,4
Самарская обл.	231	206	881	877	279,7	3,7	3,8	15,8	14,5	294,0	19091	20971	26324	29040	52,1
Саратовская область	520	436	456	422	-18,8	9,8	9,9	10,4	9,3	-5,5	17746	18273	20143	18529	4,4
Ульяновская область	707	506	546	590	-16,5	25,2	23,0	25,5	26,1	3,7	18363	13521	13788	16736	-8,9
УФО*	2648	3141	4026	3131	18,2	9,9	13,3	16,0	11,4	15,6	60,86	85,097	107,77	103,94	70,8
Курганская обл.	124	209	204	213	71,8	5,6	11,6	11,7	11,8	109,2	4243	6076	6053	6332	49,2
Свердловская область	1128	1185	1722	1009	-10,5	12,6	15,1	20,7	11	-12,6	21887	25222	39875	38521	76,0
Тюменская обл.	-	-	354	550		-	-	11,8	15,7		-	-	11236	11252	
Ханты-Мансийский АО	459	-	790	516	12,4	12,2	-	20,5	12,3	0,7	8035	-	20944	19065	137,3
Ямало-Ненецкий АО	44	-	129	123	179,5	3,1	-	9,5	8,6	181,0	800	-	2373	3555	344,4
Челябинская область	641	1037	827	720	12,3	8,5	15,9	12,1	9,7	14,0	16093	29893	27292	25214	56,7
СФО*	2531	3589	4507	4076	61,0	5,7	9,2	11,2	9,4	66,4	88,610	109,18	133,9	121,4	37,0
Республика Алтай	-	12	81	83	-	-	2,1	13,0	12,4	-	1238	3366	3342	2814	127,3
Республика Бурятия**	120	80	107	90	-25,0	4,7	3,6	4,4	3,4	-27,0	6351	4494	4273	4368	-31,2
Республика Тыва	25	50	78	79	216,0	2,3	4,8	7,0	6,6	192,0	3216	3681	2734	3074	-4,4
Республика Хакасия	102	124	93	90	-11,8	8,0	11,2	7,8	7	-12,3	5325	3637	2825	3117	-41,5
Алтайский край	153	363	420	572	273,9	2,9	8,0	8,9	11,6	307,0	4203	7357	12633	18098	330,6
Забайкальский край**	169	186	286	170	0,6	5,7	7,1	10,9	6,3	11,5	3455	3835	8236	5843	69,1
Красноярский край	350	627	1152	855	144,3	5,3	11,1	20,0	13,7	159,0	6050	14299	27951	20727	242,6
Иркутская обл.	297	381	506	515	73,4	4,8	7,1	9,4	9	87,9	9491	13042	16270	14237	50,0
Кемеровская область	682	919	830	521	-23,6	11,3	17,2	14,9	8,9	-21,0	25776	27716	19984	16461	-36,1
Новосибирская область	163	235	358	609	273,6	3,1	5,0	7,1	10,7	249,7	5249	7573	8592	13850	163,9
Омская обл.	318	508	486	604	89,9	7,1	13,4	12,6	14,5	104,8	11882	16241	23610	24321	104,7
Томская обл.	152	104	110	148	-2,6	7,0	5,5	5,3	6,5	-7,4	6374	3942	3452	4701	-26,2
ДФО	1195	1396	1507	1653	38,3	8,0	10,8	11,9	12,3	54,7	42753	40472	39015	56323	31,7
Республика Саха (Якутия)	229	291	260	169	-26,2	8,1	11,5	10,2	6,4	-20,9	12383	10947	7149	6910	-44,2
Камчатский край	21	54	129	104	395,2	2,8	8,3	20,6	15,9	478,2	688	1366	1992	2553	271,1

Приморский край	296	335	381	259	-12,5	7,0	9,4	10,9	6,9	-1,3	10642	9987	8792	10302	-3,2
Хабаровский край	288	291	256	323	12,2	9,7	11,3	10,3	11,8	22,3	9134	5599	7184	10649	16,6
Амурская обл.	152	237	319	332	118,4	7,3	13,4	18,4	18,5	152,7	3459	7406	9689	10173	194,1
Магаданская область	90	92	59	48	-46,7	23,0	29,2	19,8	15,9	-30,9	1647	2168	1304	1112	-32,5
Сахалинская область	84	55	54	126	50,0	7,3	5,6	5,6	12	65,1	3225	1767	1575	3473	7,7
Еврейская АО	35	41	49	21	-40,0	7,7	10,6	13,2	5,6	-27,3	1575	1225	1330	831	-47,2
Чукотский АО				11					8,7	22,3	-	7	-	109	

*число детей приведено в тысячах

**субъекты, перешедшие в 2018 году в из СФО в ДФО; в ячейках с заливкой показана отрицательная динамика.

Несмотря на опережающий рост числа пролеченных на койках в ДС для детей росту числа коек на конец года и среднегодовых, показатель занятости коек в ДС для детей в медицинских организациях, оказывающих помощь в стационарных и амбулаторных условиях, в целом по РФ ухудшился, снизившись с 304,6 дней в 2014 году (до 2014 года сведения для расчета отсутствовали в форме 14ДС) до 287,4 в 2018, т.е. на 5,6 %. Снижение показателя произошло, в основном, за счет сокращения средней длительности пребывания, поскольку прирост числа пролеченных практически равен приросту числа среднегодовых коек (мест при 2-3-х сменной работе) (таблица 2).

Таблица 2

Показатели использования коек в ДС для детей медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных и стационарных условиях (без стационаров на дому), РФ

<i>Показатели</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>Прирост +убыль - к 2014 году</i>
Средняя занятость койки	-	304,6	296,2	290,0	288,1	287,4	-5,6%
Средняя длительность пребывания	11,5	11,1	10,9	10,8	10,6	10,5	-0,6 дня
Число пролеченных	830684	931149	962100	959201	966787	984518	+5,7%
Число среднегодовых коек	н/д	34079	35319	35674	35598	35852	+5,2%
Число коек на конец года	31366	33972	34630	33236	32930	32701	-3,7%

Динамика показателя занятости коек в ДС для детей по ряду субъектов РФ представлена в таблице 3

Таблица 3

Динамика показателя занятости коек в ДС для детей медицинских организаций,
 оказывающих помощь в амбулаторных и стационарных условиях

<i>Субъекты РФ</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>прирост/убыль</i>
Белгородская область	368	326	346	347	337	-8,4
Брянская область	262	224	227	228	236	-9,9
Владимирская область	239	242	244	244	254	6,3
Воронежская область	270	278	264	258	240	-11,1
Курская область	339	368	288	247	248	-26,8
Московская область	295	278	248	258	248	-15,9
Смоленская область	309	312	301	321	331	7,1
Ярославская область	312	299	320	324	312	0
город Москва	250	236	236	220	232	-7,2
Архангельская обл.	363	290	288	286	278	-23,4
Вологодская область	303	314	293	286	279	-7,9
Ленинградская обл.	300	271	284	312	315	5,0
Новгородская обл.	251	256	280	289	306	21,9
г. Санкт - Петербург	322	313	308	356	340	5,6
Астраханская обл.	360	343	350	315	320	-11,1
Волгоградская обл.	327	323	313	300	276	-15,6
Республика Дагестан	323	262	269	290	303	-6,2
Кабардино-Балкарская Республика	269	295	280	326	326	21,2
Чеченская Республика	511	443	429	363	372	-27,2
Республика Марий Эл	310	290	300	302	317	2,3
Республика Мордовия	293	204	179	184	207	-29,4
Республика Татарстан	347	329	340	338	332	-4,3
Удмуртская Республика	323	313	335	307	317	-1,9
Чувашская Республика	260	297	260	252	267	2,7
Пермский край	328	333	335	327	341	4,0
Кировская область	304	288	275	287	261	-14,1
Нижегородская обл.	315	235	244	257	272	-13,7
Оренбургская область	293	269	318	301	300	2,4
Самарская область	383	367	347	364	344	-10,2
Ульяновская область	353	343	348	370	343	-2,8
Курганская область	318	299	295	298	300	-5,7
Челябинская область	355	342	318	306	269	-24,2
Республика Бурятия	344	370	327	323	330	-4,1
Красноярский край	287	302	269	277	275	-4,2
Иркутская область	229	243	239	226	235	2,6
Кемеровская область	313	308	339	336	376	20,1
Новосибирская обл.	290	260	269	264	264	-9,0
Омская область	479	456	369	366	345	-28,0
Томская область	340	331	324	321	312	-8,2
Камчатский край	232	216	217	227	179	-22,8
Приморский край	238	223	234	243	242	1,7
Хабаровский край	288	297	316	304	301	4,5
Чукотский АО	172	213	312	347	157	-8,7

Из таблицы 3 видно, что ряд субъектов, имея в начале периода наблюдения хорошие показатели использования коек, к концу периода ухудшили их (таблица 3). Часть субъектов в течение всего наблюдаемого периода имеют неудовлетворительные показатели занятости коек в ДС для детей: Воронежская область – имея низкий показатель занятости койки ДС для детей, тем не менее, даже нарастила их число, и показатель продолжал снижаться; Владимирская область, имея низкий показатель, до 2016 года сокращала койки, но затем вновь стала наращивать, повысив к 2018 году уровень обеспеченности детского населения койками в ДС до уровня 2013 года, при этом показатель занятости, хотя и чуть подрос, но не достиг нормативного уровня; Курская область, имея в начале периода высокий показатель (339), сократив к 2018 году по сравнению с 2013 почти на четверть число коек (на 55), значительно снизила и показатель использования коек (на 26,8%), доведя его до 248; Московская область, наращивая число коек в ДС и показатель обеспеченности ими, снизила показатель занятости с 295 дней до 248 (на 15,9%); то же можно сказать и о Рязанской области – значительно нарастив число коек в ДС для детей, снизила и без того низкий показатель их занятости. Напротив, Смоленская область, сократив число коек с 2013 года и снизив уровень обеспеченности с 19,9 в 2013 году до 16,3 в 2018, добилась роста показателя занятости с 309 до 331 дня (таблицы 1,3).

Средняя длительность пребывания на койке ДС в субъектах также значительно различается. Если в целом по РФ показатель закономерно постепенно снижался (с 2003 года – на 1,6 дня), достигнув к 2018 году 10,5 дня, то по ряду субъектов он увеличивался. Так во Владимирской области из года в год увеличиваясь, он постепенно вырос в целом за анализируемый период на 2,2 дня, вследствие чего, видимо, несколько возрос показатель занятости. По другим субъектам, таким, как Тверская, Ярославская, Самарская, Курганская области, Республика Тыва динамика показателя разнонаправленная, с ростом в 2018 году по сравнению с 2003 годом. Подавляющее же большинство субъектов дали снижение показателя средней длительности. Завышенный показатель средней длительности отмечен в Вологодской, Кировской, Самарской, Тюменской, Томской областях, Чукотском АО (таблица 4).

Анализ структуры заболеваемости пациентов, прошедших лечение в дневных стационарах для детей в 2018 году выявил превалирование болезней органов дыхания – 28,6%, на втором месте оказались болезни нервной системы – 25,5%, на третьем – болезни органов пищеварения – 11,9% (рисунок 1).

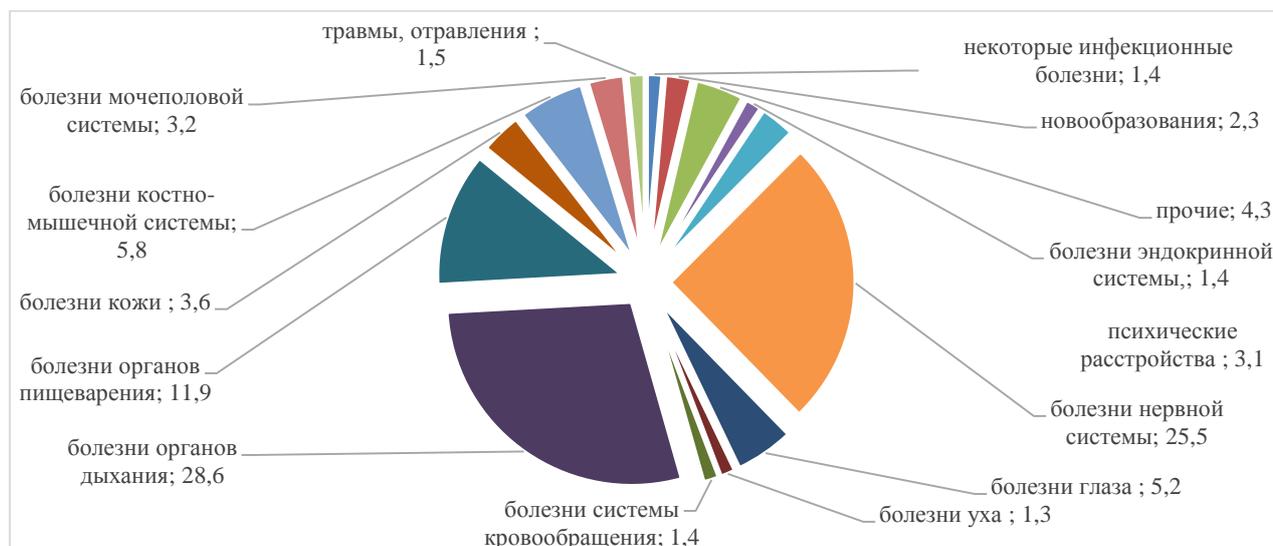


Рисунок 1. Структура заболеваемости в ДС для детей в 2018 году.

Таблица 4

Динамика показателя средней длительности пребывания в ДС для детей медицинских организаций, оказывающих помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Средняя длительность лечения в днях						
	2003	2008	2013	2016	2017	2018	разница с 2003 г.
Российская Федерация	12,1	12	11,5	10,8	10,6	10,5	-1,6
Белгородская область	11,7	12	11,8	11,2	11,1	11,0	-0,7
Брянская область	14,7	16,2	14	11,9	11,9	12,2	-2,5
Владимирская область	8,7	8,9	9	9,2	10	10,9	2,2
Воронежская область	10,3	10,5	10	9,3	9,4	9,0	-1,3
Ивановская область	14,7	11,4	12,8	12,2	12	11,9	-2,8
Калужская область	10,8	9,7	9,4	8,7	8,3	7,1	-3,7
Костромская область	13,2	12,4	12,1	11,8	12,5	12,2	-1,0
Курская область	9,6	9,7	7,8	6,3	5,7	7,6	-2,0
Липецкая область	13,5	12,9	12,3	11,3	11,4	11,4	-2,1
Московская область	9	10	10,3	9,9	8,8	8,5	-0,5
Орловская область	10,5	10,6	9,6	8,8	9	8,9	-1,6
Рязанская область	11,6	11,2	8,8	8,7	8,8	8,7	-2,9
Смоленская область	14,1	12,7	11	10,2	10,3	11,0	-3,1
Тамбовская область	12,3	10,8	10,2	9,4	9,3	9,3	-3,0
Тверская область	9,8	10,9	11,9	11,2	10,9	11,5	1,7
Тульская область	11,9	12,2	10,6	9,2	9,4	9,2	-2,7
Ярославская область	7,4	8,2	11,6	10,4	10,4	9,8	2,4
город Москва	15,1	11,4	11,6	10,9	10,5	10,1	-5,0
Республика Карелия	14	12	11,3	10,1	10,2	10,2	-3,8

Республика Коми	12,7	10,1	11,3	12,8	12,5	12,8	0,1
Вологодская область	16,8	13,1	14,5	13,8	14	14,2	-2,6
Калининградская область	9,9	10,9	10	9,5	8,9	8,8	-1,1
Ленинградская область	8,8	9,3	8,3	7,2	7,3	6,8	-2,0
Мурманская область	11,3	11,9	12,6	13	12,9	12,7	1,4
Новгородская область	11,5	11,1	12,1	10,7	9,9	9,5	-2,0
Псковская область	9,9	9,5	9,7	8,9	9,2	9,2	-0,7
город Санкт - Петербург	12	12,1	13,7	14,5	13,8	12,8	0,8
Республика Адыгея	13	12,7	10,6	9,7	9,7	9,6	-3,4
Республика Калмыкия	10,2	10,1	11	11,2	11,4	11,8	1,6
Краснодарский край	11,8	11,5	10,3	9,3	9	9,4	-2,4
Астраханская область	12,4	11,9	12,8	12,5	12,1	12,3	-0,1
Волгоградская область	11,5	10,8	9,3	11,1	10,9	11,2	-0,3
Ростовская область	9,1	11,5	10,8	9,8	9,6	9,7	0,6
Республика Дагестан	13,3	14,1	13,5	11,7	12	11,7	-1,6
Республика Ингушетия	-	8,3	8,4	6,8	7,2	6,8	-
Кабардино-Балкарская Республика	10,6	13,1	13,5	11,2	10	10,3	-0,3
Карачаево-Черкесская Республика	11,3	13	9,8	9,2	9,5	9,4	-1,9
Республика Северная Осетия - Алания	11,5	10,2	11,5	9,8	9,4	10,2	-1,3
Чеченская Республика	-	15,7	10,5	11	10,2	9,0	-
Ставропольский край	10,4	10,8	9,9	10	10,1	9,5	-0,9
Республика Башкортостан	17	20,1	17,7	11,6	11,1	11,0	-6,0
Республика Марий Эл	13,3	12	11,8	11,5	11,1	10,8	-2,5
Республика Мордовия	12,5	11,6	10	9,5	9,6	9,3	-3,2
Республика Татарстан	12,2	11,6	11,1	11,1	11,2	10,5	-1,7
Удмуртская Республика	16,5	13,1	10,9	10,2	9,7	9,5	-7,0
Чувашская Республика	11,3	11,3	11,1	11,1	10,9	10,8	-0,5
Пермский край	12,3	14,2	14,4	11,3	11,1	11,3	-1,0
Кировская область	22,5	18,1	16,7	14,6	14,7	14,5	-8,0
Нижегородская область	13,8	12,6	11,1	11,2	11,1	11,1	-2,7
Оренбургская область	11,4	10,8	11	10,9	10,6	10,1	-1,3
Пензенская область	12,1	11	9,3	8,5	8,7	8,7	-3,4
Самарская область	12,1	13,7	14,8	13,7	13,7	12,7	0,6
Саратовская область	11,8	10,5	9,9	9,8	9,9	9,9	-1,9
Ульяновская область	13,4	14	13,7	12,4	12,8	12,1	-1,3
Курганская область	9,4	10	10,9	10	10	10,1	0,7
Свердловская область	15,2	14	12,3	10,9	10,5	10,7	-4,5
Тюменская область без АО	-	-	10,8	13,4	13,4	13,1	-
Ханты-Мансийский АО	14,1	-	11,6	11	9,9	9,9	-4,2
Ямало-Ненецкий АО	14,6	-	11,5	11,1	10,2	9,4	-5,2
Челябинская область	13,5	12,5	9,4	9,3	9,3	9,1	-4,4
Республика Алтай	8,8	9,4	8,6	8,2	8,2	8,4	-0,4
Республика Бурятия	9,7	8,9	8,2	8,8	8,7	10,4	0,7
Республика Тыва	8,3	10,4	10,6	9,5	9,3	9,4	1,1

Республика Хакасия	10,4	10,3	9,1	8,7	8,3	8,4	-2,0
Алтайский край	17,3	16,1	13,3	12,5	12,1	11,7	-5,6
Забайкальский край	14,7	11,7	10,1	9,1	10,1	11,2	-3,5
Красноярский край	19,3	13	12,4	10,9	11,4	11,4	-7,9
Иркутская область	10	9,2	8,1	8,1	8,3	8,5	-1,5
Кемеровская область	10,1	10,6	11,5	11,4	11,5	11,9	1,8
Новосибирская область	12,7	15,2	14,4	12,7	11,6	11,0	-1,7
Омская область	12,6	11,9	11,4	10,6	10,5	10,5	-2,1
Томская область	11,3	13,5	14,4	14,1	13,7	13,7	2,4
Республика Саха (Якутия)	11,5	10,3	11,1	10,6	11,1	10,5	-1,0
Камчатский край	11,2	9,7	8,7	7,4	7,9	7,8	-3,4
Приморский край	7,7	8,2	9,9	9,6	9,8	9,8	2,1
Хабаровский край	10,6	10,1	9,8	9,4	9,2	9,2	-1,4
Амурская область	12,1	9,9	10,4	10,4	10,2	9,6	-2,5
Магаданская область	16	12,8	12,1	11,8	12	12,7	-3,3
Сахалинская область	11	12	11,3	10,2	10,2	9,9	-1,1
Еврейская автономная область	11,1	11,1	10	7,2	7,2	8,1	-3,0
Чукотский автономный округ	-	11,9	-	14,1	15,6	15,9	-

Динамика числа пролеченных детей в СД свидетельствует о регрессивном развитии этого вида помощи в РФ. Существенно, порой в разы, различаются показатели средней длительности пребывания в них по субъектам РФ. В целом по РФ в СД в 2018 году было пролечено 55181 детей - это на 42122 детей, или на 43,3% меньше, чем в 2003 году, отрицательная динамика числа пролеченных наблюдается в большинстве субъектов РФ, положительная – только в 16 субъектах и одном федеральном округе - Сибирском. В целом ряде территорий СД для детей не были созданы совсем: Ивановская, Рязанская, Тамбовская, Ярославская, Вологодская, Новгородская, Псковская, Пензенская области, республики Крым, Ингушетия, Тыва; Карачаево-Черкесская, Чеченская, Удмуртская республики; Ханты-Мансийский, Ямало-Ненецкий, Чукотский автономные округа; Красноярский и Камчатский края. В ряде субъектов СД после периода функционирования были ликвидированы: Орловская, Московская, Тверская, Ростовская, Нижегородская, Свердловская, Амурская области, Ставропольский край, Еврейская АО; в других разворачивались эпизодически: Липецкая, Архангельская, Калининградская, Мурманская области, Кабардино-Балкарская Республика, Пермский, Алтайский края, республики Алтай, Северная Осетия-Алания, г. С-Петербург. И только в небольшом числе субъектов они были созданы после 2003 года и продолжали функционировать к 2019 году: Брянская, Ленинградская, Тюменская, Иркутская области. Средняя продолжительность лечения в СД различается как по субъектам, так и по

годам в разы – от 3,0 и 5,3 дня до 27,0 и 37,3 дня, а в Мурманской области до 76, 0 и 115,7 дня. Все это свидетельствует об отсутствии регулирующих нормативных документов в субъектах по данному разделу работы (таблица 5).

Таблица 5

Показатели деятельности стационаров на дому для детей.

СУБЪЕКТЫ ФЕДЕРАЦИИ	Средняя длительность лечения						Число выписанных детей						% к 2003
	2003	2008	2013	2016	2017	2018	2003	2008	2013	2016	2017	2018	
Российская Федерация	7,9	8,4	8,4	8,8	8,3	8,3	9730 3	8168 9	8969 7	7497 5	6047 0	5518 1	-43,3
ЦФО	7,5	8,2	8,0	9,8	7,7	7,3	3254 5	2467 5	2880 1	2172 2	1261 3	7892	-75,8
Белгородская обл.	7,9	11,2	11,6	11,6	11,7	11,6	1052	1288	983	1162	1225	1183	12,4
Брянская область	-	-	8,7	8,4	6,1	8,1	-	-	809	33	17	39	-
Владимирская область	7,2	6,5	7,9	7,2	6,8	6,7	732	743	171	512	529	429	-41,4
Воронежская обл.	7,8	7,6	7,8	7,4	7,4	7,3	1572 2	2858	1817	1493	1023	1096	-93,0
Ивановская обл.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Калужская обл.	7,0	5,5	4,4	4,7	4,8	4,9	1617	2071	7965	3994	3594	3044	88,2
Костромская обл.	7,1	6,2	8,8	8,8	9,2	10,8	855	1816	495	420	138	109	-87,3
Курская область	10,9	10,2	8,8	7,8	8,0	8,2	436	2175	1170	1007	1050	1053	141,5
Липецкая обл.	-	9,5	-	-	-	-	-	59	-	-	-	-	-
Московская обл.	6,7	7,9	9,5	12,0	9,0	-	9001	1064 1	1429 9	1190 6	3966	-	-
Орловская обл.	9,9	16,7	-	-	-	-	148	28	-	-	-	-	-
Рязанская обл.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Смоленская обл.	-	7,7	9,1	9,2	8,0	8,2	-	407	900	852	876	733	-
Тамбовская обл.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Тверская область	5,3	13,0	9,0	-	-	-	478	611	2	-	-	-	-
Тульская область	8,9	9,8	6,0	8,4	7,8	7,3	2298	1976	190	75	89	154	-93,3
Ярославская обл.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
город Москва	10,3	97,0	-	11,1	12,0	11,0	206	2	-	268	106	52	-
СЗФО	6,7	8,8	9,7	8,5	7,5	7,9	1708	2398	3681	3830	1271	1068	-37,5
Республика Карелия	6,3	8,5	8,8	7,9	7,5	7,0	1216	1145	1122	1076	799	467	-61,6
Республика Коми	5,3	5,5	5,1	4,5	4,7	5,4	176	523	141	146	94	91	-48,3
Архангельская область	-	-	11,9	8,9	-	-	-	-	356	271	-	-	-
Ненецкий АО	-	-	8,3	8,1	8,5	9,7	-	-	141	201	278	445	-
Вологодская обл.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Калининградска я область	-	9,1	9,5	8,8	7,5	-	-	334	1687	1924	77	-	-

Ленинградская область	-	-	8,2	6,0	5,2	5,8	-	-	122	200	23	65	-
Мурманская обл.	-	103,5	76,0	115,7	-	-	-	12	11	12	-	-	-
Новгородская обл.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Псковская обл.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
г. Санкт - Петербург	10,8	-	17,4	-	-	-	150	-	101	-	-	-	-
ЮФО	9,3	8,4	9,9	9,9	9,7	9,8	2813	3037	3760	4628	3602	2946	4,7
Республика Адыгея	11,7	10,8	8,4	8,4	8,2	8,3	213	237	321	1260	755	349	63,8
Республика Калмыкия	8,1	7,2	7,7	7,8	8,4	10,8	1279	198	178	4	11	17	-98,7
Республика Крым	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Краснодарский край	9,7	6,0	5,7	7,4	7,1	7,7	85	414	456	79	56	80	-5,9
Астраханская область	11,4	10,2	10,7	10,8	10,5	10,3	431	1311	2760	3094	2597	2350	445,2
Волгоградская область	10,5	6,0	30,1	5,9	5,9	5,4	17	745	17	191	183	150	782,4
Ростовская обл.	9,4	9,2	8,9	-	-	-	788	132	28	-	-	-	-
город Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
СКФО	7,3	11,2	12,0	9,7	9,2	-	661	393	703	444	163	-	-
Республика Дагестан	7,5	-	-	-	-	-	75	-	-	-	-	-	-
Республика Ингушетия	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Кабардино-Балкарская Республика	-	-	10,5	-	-	-	-	-	25	-	-	-	-
Карачаево-Черкесская Республика	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Республика Северная Осетия - Алания	-	11,3	12,1	9,7	9,2	-	-	390	677	444	163	-	-
Чеченская Республика	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ставропольский край	7,2	6,3	7,0	-	-	-	586	3	1	-	-	-	-
ПФО	9,9	9,2	9,7	8,4	9,0	8,6	21424	14809	11837	11475	11229	10760	-49,8
Республика Башкортостан	10,3	11,1	14,5	9,9	9,6	9,5	956	1147	1005	3586	3268	2618	173,8
Республика Марий Эл	9,1	10,3	21,1	11,0	11,0	10,0	23	32	9	1	2	1	-95,6
Республика Мордовия	7,1	7,0	6,9	6,3	5,8	5,8	285	2498	2098	1293	1301	1280	349,1
Республика Татарстан	27,0	10,5	12,3	14,1	14,0	12,3	28	1177	1175	714	749	906	-23,0

Удмуртская Республика	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Чувашская Республика	10,2	10,0	8,7	8,0	7,9	8,4	232	903	1156	907	769	810	249,1
Пермский край	9,2	8,4	-	4,0	-	-	1330	18	-	1	-	-	-
Кировская обл.	9,6	6,6	8,2	11,1	11,8	11,3	547	412	42	17	10	7	-98,7
Нижегородская обл.	9,0	15,6	21,3	9,9	-	-	790	94	56	29	-	-	-
Оренбургская обл.	12,4	11,3	10,5	6,4	9,0	8,2	6901	3053	2481	3354	3435	3277	-52,5
Пензенская обл.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Самарская область	8,7	8,6	9,1	8,4	8,1	7,9	6988	3388	2339	945	918	1041	-85,1
Саратовская обл.	7,7	8,0	8,2	9,7	9,3	8,9	3290	2028	1381	591	747	790	-76,0
Ульяновская обл.	6,2	11,2	9,1	9,4	9,7	10,0	54	59	95	37	30	30	-44,4
УФО	8,4	8,9	7,9	7,2	7,3	7,5	5372	2621	3035	4889	4577	4429	-17,6
Курганская обл.	7,7	7,8	7,3	7,1	7,1	7,4	649	1652	1472	1390	1182	1086	67,3
Свердловская область	9,5	8,6	-	-	-	-	1291	372	-	-	-	-	-
Тюменская обл.	-	-	9,7	7,7	8,2	8,6	-	-	403	13	22	30	-
Ханты-Мансийский АО	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ямало-Ненецкий АО	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Челябинская обл.	9,2	11,4	8,1	7,3	7,4	7,6	795	539	1160	3486	3373	3313	316,7
СФО	7,7	9,4	9,0	9,1	8,9	8,8	1374 5	2108 2	2526 7	1887 1	1896 5	1965 7	43,0
Республика Алтай	-	3,0	-	8,9	-	-	-	48	-	9	-	-	-
Республика Бурятия*	9,3	9,2	9,3	9,7	9,6	9,7*	739	921	404	169	135	163*	-77,9
Республика Тыва	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Республика Хакасия	5,8	8,8	10,0	9,8	9,7	8,90	10	140	75	45	43	49	390,0
Алтайский край	-	37,3	25,0	-	-	-	-	4	1	-	-	-	-
Забайкальский край*	6,7	10,0	7,5	-	-	33,3*	4812	75	225	-	-	3*	-99,9
Красноярский край	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Иркутская область	-	4,8	4,8	5,7	5,8	5,6	-	693	1611	758	698	692	-
Кемеровская обл.	7,8	9,2	8,3	8,5	9,0	9,1	6762	6479	5630	3823	3170	3086	-54,4
Новосибирская область	10,6	11,5	9,1	8,6	8,2	7,8	567	310	8755	8870	9878	1078 5	1802, 1
Омская область	8,1	9,8	10,1	10,4	10,2	10,2	302	1180 4	8256	4840	4611	4630	1433, 1
Томская область	9,0	8,0	8,6	16,6	17,6	25,8	553	608	310	357	430	415	-25,0
ДФО	6,2	6,2	6,5	7,1	7,0	7,3	1903 5	1267 4	1261 3	9116	8050	8429	-55,7

Республика Саха (Якутия)	8,5	5,6	5,7	5,4	7,0	6,6	468	576	186	1210	961	1142	144,0
Камчатский край	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Приморский край	6,1	6,0	6,6	6,9	6,5	7,3	5545	4392	4860	3927	3359	3657	-34,0
Хабаровский край	6,0	6,1	6,0	7,5	7,2	7,2	12383	7086	6695	3376	3110	3078	-75,1
Амурская область	8,1	9,0	7,7	-	-	-	9	83	32	-	-	-	-
Магаданская обл.	9,6	9,2	9,3	8,8	8,9	8,7	549	528	481	372	339	247	-55,0
Сахалинская обл.	7,7	11,3	11,2	9,9	9,2	8,6	68	4	339	222	281	139	104,4
Еврейская АО	10,2	10,8	8,9	5,3	-	-	13	5	20	9	-	-	-
Чукотский АО	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

* субъекты, перешедшие в 2018 году в ДФО; красным шрифтом выделены субъекты, не имеющие СД для детей в течение периода наблюдения, либо последние 3 года; заливкой выделен положительный прирост пролеченных в СД.

Структура заболеваемости пролеченных детей в СД однотипна в течение последних лет. На рисунке 2. видно, что в 2018 году, как и в предыдущие годы, по частоте госпитализации болезни органов дыхания являются преобладающим и основным классом болезней в СД для детей (91,9%), на второе место по частоте случаев заболевания вышли инфекционные болезни – 2,6%, на третье – болезни органов пищеварения.

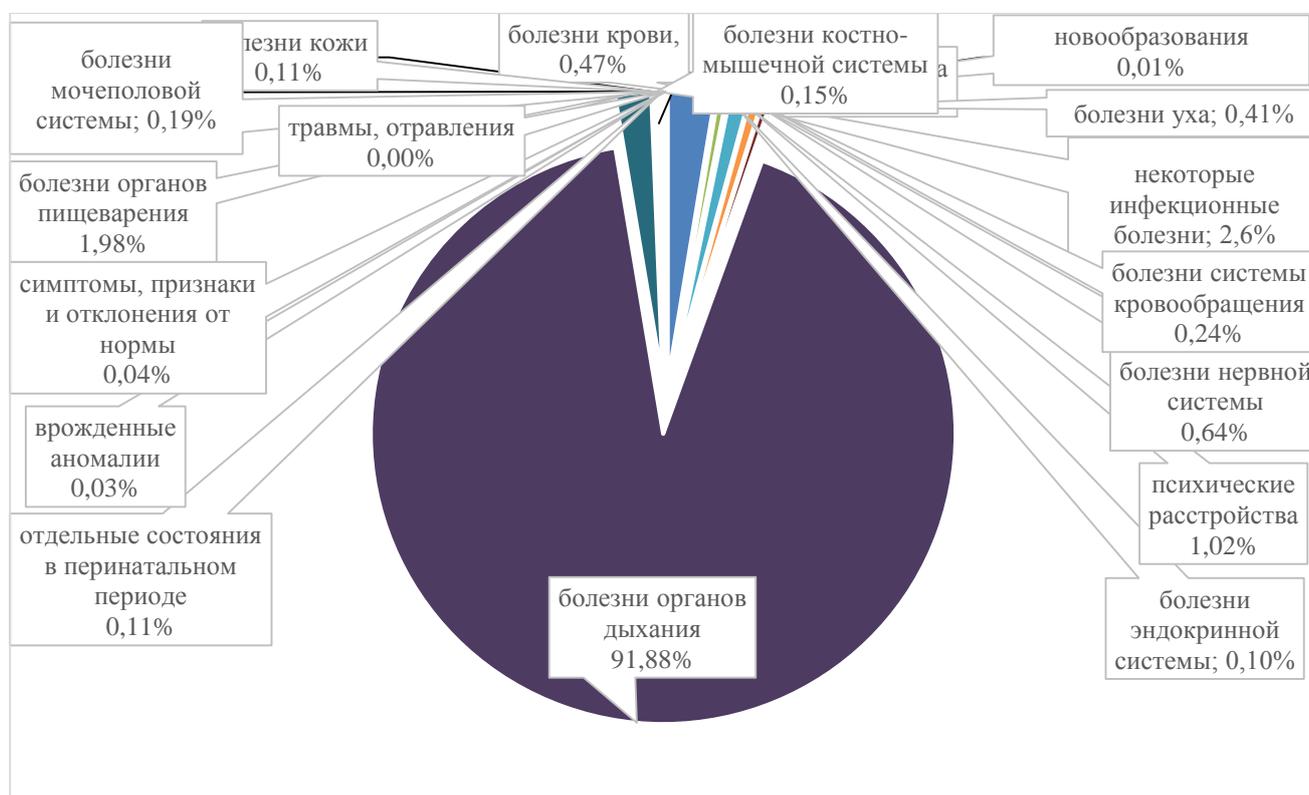


Рисунок 2. Структура заболеваемости пролеченных детей в стационарах на дому в 2018 г.

Обсуждение. Как показал анализ, наибольшее число коек ДС для детей сосредоточено в Приволжском федеральном округе (25,2%), далее по убыванию следуют: Центральный (20,9%), Южный (13,9%), Сибирский (12,5%), Уральский (9,6%) округа, совсем небольшая доля коек ДС для детей в Северо-Западном (8,9%), Северо-Кавказском (3,9%) и Дальневосточном (5,1%) федеральных округах (таблица 1).

Высокие показатели обеспеченности койками ДС для детей на протяжении всего анализируемого периода отмечены в Белгородской, Ивановской, Костромской, Оренбургской областях; Республике Башкортостан, Удмуртской Республике, Пермском крае. В Ульяновской области показатель обеспеченности в 2 раза превышает нормативный уровень весь период наблюдения. Ряд субъектов, имея в начале периода наблюдения низкий показатель обеспеченности, к концу периода достигли нормативного, выше и даже высокого уровня: Брянская, Тверская, Вологодская, Псковская, Астраханская, Волгоградская, Кировская (увеличив показатель более, чем в 3 раза), Самарская, Омская, Амурская области, республики Коми, Калмыкия (увеличив показатель почти в 3 раза – до 24 на 10 тыс. детского населения), Марий Эл, Татарстан, Алтай; г. С.-Петербург, Чувашская Республика, Красноярский и Камчатский края. Ряд территорий, напротив, имея высокий показатель обеспеченности на начальном периоде наблюдения, снизили его, сохранив на приближенном к нормативному уровню, например, Магаданская область. Низкие показатели обеспеченности койками ДС для детей в течение всего периода наблюдения отмечены в следующих субъектах: Томская, Пензенская области, Забайкальский и Ставропольский края; республики Тыва, Хакасия, Ингушетия, Бурятия; Карачаево-Черкесская, Чеченская республики, хотя большая часть из них поддерживали нормативные показатели занятости, за исключением Карачаево-Черкесской Республики.

Использование ДС повышает доступность специализированной помощи для детей, поскольку позволяет значительно расширить показания к лечению в амбулаторных условиях пациентов, нуждающихся в реабилитации, тем самым существенно повлиять на исход заболеваний, предоставить реальные возможности по совершенствованию оказания специализированной медицинской помощи детям [4,10].

Анализ структуры заболеваемости пролеченных детей в ДС (рисунок 1) показал, что специализация ДС для детей может быть ограничена педиатрией, гастроэнтерологией, неврологией и нефрологией, что подтверждается и другими публикациями [6]. Однако, как показал анализ, недооценивается возможность лечения в ДС на специализированных койках в

качестве следующего этапа оказания медицинской помощи, особенно это касается ДС больничных организаций, а в ДС амбулаторных организаций – с возможностью привлечения разных специалистов, в том числе и из стационара [13]. Как отмечают многие авторы, возможность лечения пациента на нескольких этапах у одного лечащего врача, значительно повышает результативность лечения, а участие врачей и среднего медперсонала поликлиник в лечении пациентов на всех этапах лечения создает условия для сохранения и повышения профессионального уровня врачей и медсестер поликлиник. Для решения этой задачи необходимо внедрить стандарты медицинской помощи, разработать единые методы финансирования медицинской помощи на основе нормативов финансовых затрат, рассчитанных в соответствии со стандартами медицинской помощи и четко регламентировать деятельность ДС [1,5,10].

Значительный разброс показателя занятости коек в некоторых субъектах за соседние периоды наблюдения свидетельствует и низком качестве подготовки отчетов, чаще всего – отсутствие учета сменности работы при расчете среднегодовых коек: Омская область, Чеченская Республика (таблица 3). Наблюдаемый рост показателя занятости лишь в некоторых субъектах происходил в большей степени за счет увеличения средней длительности пребывания на койке, нежели за счет роста уровня госпитализации (Владимирская область. Республика Тыва). Не достижение в большинстве субъектов среднего показателя занятости койки в ДС до норматива свидетельствует об устойчивой недозагруженности коек, что может быть следствием дефицита финансирования ДС [14].

Наблюдается регресс в развитии СД для детей. Работа СД описана была еще в публикациях середины прошлого века [9]. Однако в современных условиях только в 16 субъектах отмечена положительная динамика пролеченных в ДС по сравнению с 2003 годом, и то, не во всех из них стабильно положительная на протяжении всего периода наблюдения (таблица 5). В 20-ти субъектах СД для детей не функционировали совсем в течение наблюдаемого периода, в 12-ти были на начало периода наблюдения, ликвидированы и не функционировали в 2018 году, в 8-ми субъектах были организованы после 2003 года, но упразднены к концу периода. Таким образом, в 40 субъектах и в одном федеральном округе в 2018 году СД для детей не функционировали (таблица 5).

Наблюдаемая разнонаправленная динамика по ДС и СД в субъектах РФ, порой несогласованность динамики числа коек в ДС с динамикой числа пролеченных на них, свидетельствует об отсутствии экономической заинтересованности руководителей

медицинских организаций в развитии ДС и использовании их коек, отсутствии соответствующих управленческих решений и эффективного контроля со стороны органов управления здравоохранением за развитием и функционированием ДС в большинстве субъектов РФ. Но основную лепту в этот диссонанс вносит непоследовательная политика со стороны фонда обязательного медицинского страхования. В предыдущие годы нормативы финансовых затрат на 1 койко-день в условиях круглосуточного и дневного стационара различались более, чем в 3 раза. В последние годы, когда нормативом объемов помощи стали не койко-дни, а случаи госпитализации, ситуация несколько улучшилось, тем не менее заметной заинтересованности в продвижении и развитии ДС не появилось [14]. Снижение показателя средней длительности пребывания на койке ДС дает возможность дополнительной госпитализации пациентов, тем не менее, по ряду субъектов мы наблюдаем обратную картину – сокращение средней длительности приводит к сокращению и числа пролеченных.

С одной стороны Программа госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи рекомендует в качестве норматива объема медицинской помощи в условиях ДС на 2018 год для детей уровень госпитализации 0,01246 случая на 1 застрахованное лицо (из расчета 0,062 случая лечения для всех ДС на 1 застрахованное лицо в пересчете на детей с использованием коэффициента) и одним из критериев доступности медицинской помощи утверждает долю расходов на оказание медицинской помощи в условиях ДС в общих расходах на территориальную программу, с другой утверждает невыгодные для медицинской организации нормативы финансовых затрат на этот вид помощи, поэтому фактическое число госпитализаций детей в ДС в 2018 году почти в 2 раза оказалось ниже норматива [13].

В соответствии с нормативными документами СД организуется для оказания квалифицированной медицинской помощи пациентам, которые по тяжести состояния не могут получать амбулаторное лечение в условиях поликлиники, но не могут быть и госпитализированы в круглосуточный стационар по разным причинам, является функциональным подразделением поликлиники. В СД могут госпитализироваться пациенты, нуждающиеся в постоянном врачебном наблюдении с обострениями хронических заболеваний в стадии компенсации, либо субкомпенсации. Пациенты с тяжелой степенью обострения хронических заболеваний, требующие интенсивного лечения и круглосуточного наблюдения медицинского персонала, не могут лечиться в стационарах на дому. Для организации СД важны условия жизни пациентов, позволяющие организовать полноценное лечение и уход за пациентами на дому, дающие возможность обеспечить их необходимыми

диагностическими, лечебными и профилактическими мероприятиями, а также согласие пациента и его родственников осуществлять лечение и уход в условиях стационара на дому [9]. За 15-летний период число пролеченных в СД детей в целом по РФ сократилось на 43,3 %, а по некоторым субъектам более значительно (до 99%) вплоть до полного сокращения. В качестве причин неадекватного развития СД исследователи отмечают ограниченность средств, перегруженность врачей, отсутствие нормативных актов и соответствующих регламентирующих документов, недостаточность финансирования замещающих стационар форм оказания медицинской помощи, а потому незаинтересованность руководителей органов здравоохранения и медицинских организаций [7].

В своих публикациях авторы указывают на острейший дефицит медицинских кадров в первичном звене, ослабление координирующей функции участкового врача, без которой невозможна интеграция отдельных звеньев медицинской помощи, низкий уровень командной работы, координации и преемственности оказания медицинской помощи. К тому же действующие тарифы на оплату медицинской помощи в системе ОМС не стимулируют мотивацию к проведению совместных лечебных мероприятий, например, дополнительных мер по ведению больных с хроническими заболеваниями силами врачей разных служб, оказание помощи сразу после выписки из стационара [1,4,13,14].

Заключение. Представленный анализ свидетельствует о значительной разнице показателей обеспеченности детского населения койками в ДС в субъектах РФ; недостаточной эффективности работы ДС для детей в целом по РФ и в большинстве субъектов.

Уровень госпитализации детей в ДС – не достаточен, не соответствует рекомендуемым Программой госгарантий объемам медицинской помощи, оказываемой в условиях ДС, и нормативной потребности в этом виде медицинской помощи.

Тарифы на оплату медицинской помощи в ДС значительно ниже тарифов в круглосуточном стационаре, без дифференциации по типам ДС, что не способствуют дальнейшему их развитию и повышению эффективности деятельности. Нет нормативов объемов помощи отдельно для детского населения и для каждого типа ДС.

Наблюдаемая разнонаправленная динамика по ДС в субъектах РФ, вероятно, связана с разной тарифной политикой территориальных фондов ОМС, отсутствием экономической заинтересованности руководителей ряда медицинских организаций, отсутствием эффективного анализа и контроля деятельности медицинских организаций, в частности, работы ДС, со стороны органов управления здравоохранением ряда субъектов РФ.

Есть много нерешенных проблем в деятельности СД, необходимы дальнейшие исследования, направленные на совершенствование их организации в соответствии с современными условиями. Недостаточно разработана нормативная база организации и деятельности СД. Требуется более чёткая регламентация их функционирования, разработка экономических механизмов, облегчающих и стимулирующих внедрение и развитие этих форм в медицинских организациях.

Выводы. Внедрение замещающих стационар технологий необходимо для улучшения преемственности этапов оказания медицинской помощи, повышения ее качества и доступности. Однако, наблюдаемая в современных условиях слабость управленческой и финансовой интеграции медицинских организаций, отсутствие стратегического анализа и координации в деятельности амбулаторных и больничных организаций, оценки их работы, несовершенство системы анализа эффективности использования ресурсов и экономических стимулов создают неблагоприятные условия для развития ресурсосберегающих технологий, к такому выводу приходят и другие исследователи [7,14]. Дальнейшее внедрение в практику здравоохранения и развитие СД сможет способствовать положительному влиянию на медицинский персонал поликлиник, создавая положительные навыки в работе (тщательное обследование больного, организация ухода, хорошее ведение истории болезни) и улучшая всю работу по помощи на дому в целом [7].

Совершенствование организации медицинской помощи, оказываемой в ДС, позволит значительно повысить эффективность использования ресурсов здравоохранения и повысить качество и доступность медицинских услуг для детского населения [5,13]. Для этого необходим эффективный анализ работы медицинских организаций и действенный контроль со стороны органов управления здравоохранением за выполнением объемов и эффективностью деятельности, в том числе ДС.

Список литературы

1. Шейман И.М., Шевский В.И. Процессы концентрации и интеграции медицинских служб в зарубежном и отечественном здравоохранении: есть ли приращение эффекта? Вопросы государственного и муниципального управления. 2019; 1: 111-135.
2. Ермуханова Л.С., Каташева Д.Н. Развитие стационарзамещающих технологий при оказании медицинской помощи. Вестник Казахского национального медицинского университета. 2015; 1: 453-455.

3. Ермуханова Л.С., Каташева Д.Н. Состояние и перспективы развития дневного стационара городской поликлиники №4 г. Актобе. Наука и здравоохранение. 2015; 5: 81-89.
4. Гришина Н.К., Соловьева Н.Б., Козаченко О.А. и др. Роль дневных стационаров при АПУ в повышении эффективности первичной медико-санитарной помощи. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2015; 1:59-64.
5. Гильманов А.А., Марапов Д.И., Файзуллина Р.Н. Показатели деятельности и проблемы работы дневных стационаров. Современные проблемы науки и образования. 2017; 4:83. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26704>.
6. Дмитриев В.А. Современное состояние и оценка эффективности стационарзамещающих технологий в педиатрической практике. Саратовский научно-медицинский журнал. 2010;1(6): 128-130.
7. Кувакин В.И., Минаев Н.В. Стационары на дому: прошлое и настоящее. Есть ли будущее? Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова 2014, т. 9, № 1:76-82.
8. Гуданова Е.М., Смирнова С.И. Экономическая эффективность организации стационара на дому в условиях участковой больницы. Нижегородский медицинский журнал. 2001; 1: 133–134.
9. Котенко В.В. Опыт организации детских стационаров на дому. Здравоохранение РФ. 1963; 9: 14–16.
10. Новик И.И., Русенчик А.И., Трофимов Н.М. и др. Предпосылки и подходы к реструктуризации коечного фонда учреждений здравоохранения республики Беларусь. Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2012; 5: 66–68.
11. Cafazzo JA, Leonard K, Easty AC, Rossos PG, Chan CT. The user-centered approach in the development of a complex hospital-at-home intervention. Studies in health technology and informatics 2009; 143. P. 328–333.
12. Cafazzo JA, Seto E. The hospital at home: advances in remote patient monitoring. Biomedical instrumentation & technology 2010; Suppl Home Healthcare P. 47–52.
13. Сон И.М., Руголь Л.В., Голубев Н.А. и др. Итоги и проблемы развития стационарзамещающих технологий при оказании медицинской помощи детскому населению. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019; 2:173-196.

14. Щепин В.О., Миргородская О.В. Структурно-функциональный анализ деятельности дневных стационаров в Российской Федерации. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины 2012; 2:20-23.

References

1. Shejman I.M., Shevskij V.I. Processy koncentracii i integracii medicinskih sluzhb v zarubezhnom i otechestvennom zdavoohranenii: est' li prirashhenie jeffekta? [Concentration and Integration of Medical Services Provided in the International and Russian Health Care: Is There an Increment in Effect?] Voprosy gosudarstvennogo i muncipal'nogo upravlenija [Public Administration Issues]. 2019; 1: 111-135. (In Russian).

2. Ermuhanova L.S., Katasheva D.N. Razvitie stacionarzameshhajushhih tehnologij pri okazanii medicinskoj pomoshhi [Development of hospital technologies in health care]. Vestnik Kazahskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta [Vestnik KazNMU] 2015; 1:453-455 (In Russian).

3. Ermuhanova L.S., Katasheva D.N. Sostojanie i perspektivy razvitija dnevnogo stacionara gorodskoj polikliniki №4 g. Aktobe [State and prospects of a day hospital clinic number 4 city of Aktobe]. Nauka i zdavoohranenie [Science and Healthcare] 2015; 5:81-89 (In Russian).

4. Grishina N.K., Solov'eva N.B., Kozachenko O.A., ets. Rol' dnevnyh stacionarov pri APU v povyshenii jeffektivnosti pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi [The role of day hospitals under ambulatory institutions in the increase of primary health care effectiveness]. Bjulleten' Nacional'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta obshhestvennogo zdorov'ja imeni N.A.Semashko [The bulletin of the National research institute of public health named after NA Semashko]. 2015; 1: 59-64 (In Russian).

5. Gil'manov A.A., Marapov D.I., Fajzullina R.N. Pokazateli dejatel'nosti i problemy raboty dnevnyh stacionarov [Indicators of activity and problems of work of day stationary]. Sovremennye problemy nauki i obrazovanija [Modern problems of science and education].2017; 4:83. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26704> (Data obrashhenija: 11.04.2019) (In Russian).

6. Dmitriev V.A. Sovremennoe sostojanie i ocenka jeffektivnosti stacionarzameshhajushhih tehnologij v pediatricheskoj praktike [Current state and efficiency estimation of stationary substituting technologies in pediatric practice]. Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal [Saratov Journal of Medical Scientific Research].2010; 1(6): 128-130 (In Russian).

7. Kuvakin V.I., Minaev N.V. Stacionary na domu: proshloe i nastojashhee. Est' li budushhee? [Hospitals at home: past and present. Is there a future?]. Vestnik Nacional'nogo mediko-hirurgicheskogo Centra im. N.I. Pirogova [Bulletin of the National Medico-Surgical Center Named N. And. Pirogov] 2014, t. 9, № 1:76-82 (In Russian).
8. Gudanova E.M., Smirnova S.I. Jekonomicheskaja jeffektivnost' organizacii stacionara na domu v uslovijah uchastkovoj bol'nicy [The economic efficiency of the organization of the hospital at home in the conditions of the local hospital]. Nizhegorodskij medicinskij zhurnal [Nizhny Novgorod medical journal]. 2001; 1: 133–134.
9. Kotenko V.V. Opyt organizacii detskih stacionarov na domu [The experience of organizing children's hospitals at home]. Zdravoohranenie RF [Health Care of the Russian Federation]. 1963; 9: 14–16. (In Russian).
10. Novik I.I., Rusenichik A.I., Trofimov N.M. i dr. Predposylki i podhody k restrukturizacii koechnogo fonda uchrezhdenij zdravoohraneniya respubliki Belarus' [Prerequisites and approaches to bed capacity restructuring at health care institutions of the Republic of Belarus]. Voprosy organizacii i informatizacii zdravoohraneniya [Issues of organization and informatization of healthcare]. 2012; 5: 66–68. (In Russian).
11. Cafazzo JA, Leonard K, Easty AC, Rossos PG, Chan CT. The user-centered approach in the development of a complex hospital-at-home intervention. Studies in health technology and informatics 2009; 143. P. 328–333.
12. Cafazzo JA, Seto E. The hospital at home: advances in remote patient monitoring. Biomedical instrumentation & technology 2010; Suppl Home Healthcare P. 47–52.
13. Son I.M., Rugol L.V., Golubev N.A., ets. Itogi i problemy razvitiya stacionarozameshchayushchih tekhnologij pri okazanii medicinskoj pomoshchi detskomu naseleniyu. [Results and problems of the development of hospital-substituting technologies in the provision of medical care to the child population]. Sovremennye problemy zdravoohraneniya i medicinskoj statistiki [Current problems of health care and medical statistics]. 2019; 2:173-196. (In Russian).
14. Shhepin V.O., Mirgorodskaja O.V. Strukturno-funkcional'nyj analiz dejatel'nosti dnevnyh stacionarov v Rossijskoj Federacii [The structural functional analysis of functioning of day-hospitals of Russian Federation]. Problemy social'noj gigieny, zdravoohraneniya i istorii mediciny [Problems of social hygiene, health and medicine history]. 2012; 2:20-23 (In Russian).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Acknowledgments. The study had no sponsorship

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest

Информация об авторах

Руголь Людмила Валентиновна – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник Отделения научных основ организации амбулаторной помощи ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11,

e-mail: rugollv@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2983-8774; SPIN-код: 6503-9081

Сон Ирина Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11, e-mail: son@mednet.ru; ORCID: 0000-0001-9309-2853; SPIN-код: 8288-6706

Голубев Никита Алексеевич – кандидат медицинских наук, заведующий отделом статистики ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11

e-mail: golubev@mednet.ru; ORCID:0000-0002-8862-5085

Information about authors:

Rugol Liudmila Valentinovna - Cand. Sci. Med., lead researcher of the department the scientific basis for the organization of outpatient care Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 127254, Russia, Moscow, Dobrolubova Str., 11

e-mail: rugollv@mail.ru; ORCID: 0000-0003-2983-8774; SPIN-код: 6503-9081

Son Irina Mikchailovna - MD, PhD, Professor, Deputy Director for science Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care" of the Ministry of Health of the Russian Federation 127254, Russia, Moscow, Dobrolubova Str., 11

e-mail: son@mednet.ru; ORCID: 0000-0001-9309-2853; SPIN-код: 8288-6706

Golubev Nikita Alekseyevich - Cand. Sci. Med., head of department, Federal State Budgetary Institution "Central Research Institute for Organization and Informatization of Health Care" of the Ministry of Health of the Russian Federation, 127254, Russia, Moscow, Dobrolubova Str., 11

e-mail: golubev@mednet.ru; ORCID:0000-0002-8862-5085

Статья получена: 01.07.2019 г.

Принята в печать: 31.07.2019 г.