

УДК 614.2

DOI 10.24412/2312-2935-2021-2-536-552

ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ И РАЙОННЫХ БОЛЬНИЦ

Л.В. Руголь, И.М. Сон, В.В. Люцко

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

Актуальность В свете задач по модернизации первичной медико-санитарной помощи, строительству новых объектов здравоохранения «первого контакта» с рациональным их размещением на территории субъектов РФ, возможностью получения специализированной помощи в непосредственной близости к месту проживания становится актуальной задача возрождения главенствующей роли центральных районных и районных больниц в организации медицинской помощи населению, оптимизации структуры их стационаров, перечня отделений в них и мощности в больницах с различной численностью прикрепленного населения.

Цель. Оценить динамику числа основных профилей коек в центральных районных и районных больницах, показателей обеспеченности ими населения разных субъектов РФ и уровня госпитализации.

Материал и методы Данные Росстата, Минздрава России, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России. Используются аналитический, статистический методы и сравнительного анализа.

Результаты В период с 2014 по 2019 годы в целом по РФ общее число коек в центральных районных и районных больницах (ЦРБ и РБ) сократилось на 17,5%. Показатель обеспеченности ими населения РФ снизился с 19,1 до 15,7 на 10 тысяч, уровень госпитализации населения в ЦРБ и РБ снизился с 62,3 на 1000 населения в 2014 году до 50,0 на 1000 в 2019 году (на 19,8%). Средняя коечная мощность больниц уменьшилась на 10,8%. Число терапевтических коек в ЦРБ и РБ в среднем по РФ сократилось на 20,4%, кардиологических коек – на 10,3%, неврологических – на 12,5%, хирургических - на 19,2%. Значительно снизилась обеспеченность койками для беременных и рожениц.

Обсуждение. Показатель обеспеченности населения терапевтическими, хирургическими и койками для беременных и рожениц в ЦРБ и РБ снижался более быстрыми темпами, чем показатель обеспеченности койками узкоспециализированных профилей, за исключением обеспеченности офтальмологическими и оториноларингологическими койками, по всей вероятности, за счет формирования многоуровневой системы организации специализированной помощи.

Выводы. С целью обеспечения качества и доступности квалифицированной медицинской помощи жителям, проживающим в сельских территориях и малых поселках и городах, необходимо разработать и утвердить для них типовые штатные нормативы в соответствии с численностью прикрепленного населения на основе нормативной потребности в койках различных профилей с учетом обоснованной структуры стационара.

Ключевые слова: центральные районные больницы, районные больницы, койки, обеспеченность, стационарная помощь.

ORGANIZATION OF SPECIALIZED CARE IN THE CONDITIONS OF CENTRAL DISTRICT AND DISTRICT HOSPITALS

Rugol L.V., Son I.M., Lutsko V.V.

Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Public Health of Russian Federation, Moscow

Abstract. In light of the tasks of modernizing primary health care, the construction of new health facilities of "first contact" with their rational placement on the territory of the constituent entities of the Russian Federation and the possibility of receiving specialized care in the immediate vicinity of the place of residence, the task of reviving the dominant role of central district and district hospitals in organization of medical care for the population, optimization of the structure of their hospitals, the list of departments and their capacity in hospitals with different numbers of attached population

The purpose . To assess the dynamics of the number of basic bed profiles in central district and district hospitals, indicators of their provision to the population of different constituent entities of the Russian Federation and the level of hospitalization.

Methods Data from Rosstat, Ministry of Health of Russia, FGBI "CRIHOI" of the Ministry of Health of Russia. Used analytical, statistical methods and comparative analysis.

Results In the period from 2014 to 2019 as a whole across the Russian Federation, the total number of beds in central district and district hospitals decreased by 17.5%. The indicator of the provision of them to the population of the Russian Federation decreased from 19.1 to 15.7 per 10 thousand, the level of hospitalization of the population to central regional and district hospitals decreased from 62.3 per 1000 population in 2014 to 50.0 per 1000 in 2019 (by 19 ,eight%). The average hospital bed capacity decreased by 10.8%. The number of therapeutic beds in central district and district hospitals on average across the Russian Federation decreased by 20.4%, cardiological beds - by 10.3%, neurological - by 12.5%. Surgical beds decreased by 19.2% over the same period. The provision of beds for pregnant women and women in labor in these hospitals has significantly decreased.

Discussion The indicator of the provision of the population with therapeutic, surgical and beds for pregnant women and women in labor in district and central district hospitals decreased at a faster rate than the indicator of the provision of beds for highly specialized profiles, with the exception of the provision of ophthalmic beds, most likely due to the formation of a multi-level system of organization of specialized care.

Conclusion. In order to ensure the quality and availability of qualified medical care to residents living in rural areas and small towns and cities, it is necessary to stop the reduction in the number and capacity of central district and district hospitals, to develop and approve standard staffing standards for them in accordance with the size of the attached population on the basis of the normative needs for beds of various profiles, taking into account the reasonable structure of the hospital

Key words: central regional hospitals, district hospitals, beds; provision; hospital assistance

Введение. В начале 21 века в сельском здравоохранении России происходили процессы реструктуризации сети, которые привели к уменьшению количества фельдшерско-акушерских пунктов, участковых больниц, амбулаторий, а также центральных районных и районных больниц (ЦРБ и РБ), сокращению числа врачей и среднего медицинского персонала в сельской местности [1-3]. Во втором десятилетии 21 века на фоне реструктуризации сети

была сформирована многоуровневая система организации медицинской помощи, при которой специализированная помощь концентрировалась в крупных ЦРБ, городских больницах и областных, республиканских и краевых медицинских организациях [4]. Однако вследствие географической и экономической удаленности жители села, небольших городов и поселков не имеют возможности в полной мере получить медицинскую помощь в медицинских организациях областного или республиканского уровня, а зачастую и на межмуниципальном уровне [5]. С началом формирования многоуровневой системы оказания медицинской помощи начатые в советские годы процессы развития сети ЦРБ, участковых больниц с наращиванием мощности коечного фонда и обеспечением их квалифицированными кадрами не только затормозились, но подверглись регрессному развитию [1-3,5,6]. Последние годы большая часть ЦРБ были преобразованы в РБ, что было обусловлено утратой их ключевой руководящей и организационно-методической роли на территории муниципальных образований [2]

Регресс развития сельского здравоохранения усугубился снижением численности сельского населения, уменьшением людности сельских населенных пунктов [2,3,6].

В ЦРБ/РБ должны предоставляться основные виды специализированной медицинской помощи населению, а их мощность и профиль специализированных отделений в их составе должны определяться численностью, плотностью и структурой прикрепленного населения, уровнем заболеваемости [2,7]. Учитывая то обстоятельство, что в ЦРБ (РБ) на первом уровне для организации наиболее полного спектра профилей специализированной медицинской помощи прикрепленному населению должны функционировать пять специализированных отделений (терапевтическое, хирургическое, педиатрическое, инфекционное и акушерско-гинекологическое) оптимальная и наиболее часто встречающаяся мощность ЦРБ должна быть от 100 до 200 коек [8-10]. На межмуниципальном уровне мощность указанного типа больниц увеличивается от 250 коек и более. Показатель обеспеченности населения койками в ЦРБ (РБ) на первом уровне организации оказания специализированной медицинской помощи должен соответствовать нормативной потребности населения в этих профилях коек. Отделения необходимо организовывать с учетом требований к минимальной функциональной единице (30 коек) и оптимальной транспортной доступности для прикрепленного населения [4,9].

Цель настоящего исследования изучить динамику мощности суммарно ЦРБ и РБ, числа коек суммарно в ЦРБ и РБ по основным профилям за период 2014-2019 годы, показателей

обеспеченности ими населения в целом по РФ и субъектов РФ, а также уровня госпитализации населения на койки ЦРБ и РБ.

Методы исследования. В исследовании использованы методы: аналитический, статистический, сравнительного анализа. Используются официальные статистические данные Росстата, Минздрава России и ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в целом по Российской Федерации и субъектам РФ. На основе данных форм федерального статистического наблюдения (ФСН) № 47 за период 2014-2019 гг. проведен анализ динамики числа коек суммарно в ЦРБ и РБ, поскольку в период реорганизации и реструктуризации сети в части субъектов РФ ЦРБ были преобразованы в РБ, функции этих двух типов больниц во многом схожи с потерей управляющих функций со стороны ЦРБ. Проанализирована динамика их мощности, числа и состава поступивших на койки ЦРБ и РБ с расчетом уровня госпитализации. Статистическая обработка материалов проводилась с использованием расчетных таблиц в формате Excel. Методом сравнительного анализа проведено исследование динамики суммарного числа коек в ЦРБ и РБ по их профилям в целом по РФ и субъектам РФ, показателей обеспеченности этими койками населения РФ и субъектов РФ и уровня госпитализации населения на них. Показатели обеспеченности терапевтическими и хирургическими койками, с учетом значительного числа коек этого профиля, использования в муниципальных образованиях ряда субъектов этих коек для лечения детей подросткового возраста и отсутствия достоверной разницы в составе населения в течение периода наблюдения, рассчитаны на все население, поскольку для исследования важна была динамика показателя и сравнение субъектов между собой. Изучены и проанализированы источники литературы отечественных авторов по проблемам организации работы центральных районных больниц и районных больниц, нормативно-правовые документы по теме исследования.

Результаты. Помимо сокращения числа ЦРБ и РБ (далее – больниц) за анализируемый период в целом по РФ с 1887 до 1740, констатируется снижение их мощности. Число и доля маломощных больниц растут, а больниц средней и большой мощности сокращаются. Число больниц мощностью от 25 до 99 коек возросло на 6,2%, доля больниц мощностью 25 - 99 коек возросла с 43,5% до 50,1% от общего числа больниц. Число больниц мощностью до 25 коек сократилось на 2,5%, но их доля выросла с 4,2% от общего числа больниц с койками в 2014 году до 4,5% в 2019 г. В Московской области функционирует РБ, не имеющая круглосуточных коек. Доля больниц мощностью от 25 до 49 коек за тот же период выросла с 12,1% до 15,9%, мощностью от 50 до 99 коек с 31,4% до 34,1%. Число больниц средней

мощности от 100 до 199 коек сократилось на 20,4%, а их доля снизилась с 31,4% в 2014 году до 27,1%; от 200 до 249 коек - с 6,4% до 5,4%. Сократились число и доля больниц от 300 до 399 коек – число со 101 до 77, а доля с 5,4% до 4,4%. Число и доля больниц большой мощности также сократились: от 500 коек и выше – с 2,6% (49 Больниц) в 2014 году до 2,0% (35 Больниц) в 2019 (рисунок 1).

Число коек в ЦРБ (абс.)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Темп изменения 2014/2019%
До 25 коек	80	76	82	83	87	78	-2,5
25- 49	228	265	258	263	273	277	+21,5
50-99	592	610	613	615	604	594	+0,33
100-199	592	527	517	501	483	471	-20,4
200-249	120	109	99	93	97	94	-21,7
250-299	75	68	65	67	68	67	-10,7
300-399	101	94	85	84	82	77	-23,8
400-499	49	45	49	39	43	47	-4,1
500-599	24	23	20	26	23	20	-16,7
600-699	13	11	14	7	8	8	-38,5
700-799	5	6	3	5	5	2	-60,0
800 и более	7	6	6	6	6	5	-28,6
Всего коек в ЦРБ и РБ (суммарно)	278849	260098	250704	243384	239520	230059	-17,5
Число ЦРБ и РБ	1887	1840	1810	1789	1779	1740	-7,8

Рисунок 1. Динамика мощности ЦРБ и РБ в целом по РФ.

Доля больниц мощностью от 400 до 499 коек несколько возросла – с 2,6% до 2,7%, хотя их число и уменьшилось с 49 до 47 (рисунок 1). Средняя коечная мощность больниц уменьшилась со 148 коек в 2014 году до 132 в 2019 (на 10,8%).

Суммарное число круглосуточных коек в больницах сократилось с 278 849 в 2014 году до 230 059 в 2019 году, или на 17,5% (рисунок 1).

Показатель обеспеченности населения койками в ЦРБ и РБ снизился за этот период более значительно - с 19,1 до 15,7 на 10 тыс. населения (на 17,8%). Этот показатель в 2014 году варьировал от 7,9 на 10 тыс. в Кемеровской; 8,3 в Челябинской и 9,1 в Свердловской областях до 39,7 в Республике Тыва; 53,1 в Сахалинской области и 63,0 в Республике Саха (Якутия), различие крайних значений показателя составляло 8 раз. В 2019 году разброс показателя составил минимально от 6,6 на 10 тысяч населения в Челябинской области; 6,9 в

Кемеровской; 7,7 в Свердловской областях до 32,8 в Республике Тыва, 42,9 – в Сахалинской области и максимально 47,3 – в Республике Саха (Якутия), т.е. крайние значения показателя различались в 7,2 раза.

Уровень госпитализации жителей на койки больниц в среднем по РФ снизился с 62,3 на 1000 в 2014 году до 50,0 на 1000 в 2019 году, т.е. на 19,7%, этот показатель снизился по большинству субъектов РФ, различаются только темпы снижения (рисунок 2).



Рисунок 2. Уровень госпитализации на койки больниц всех жителей (на 1000 населения)

Самый высокий уровень госпитализации на койки больниц в 2014 году отмечался в Республике Саха (Якутия) – 164,4 на 1000 населения, в Сахалинской области – 148,1 и в Республике Тыва – 140,3; наименьший – в Кемеровской области – 28,4; в Челябинской – 29,0 и Свердловской – 29,2 областях. В 2019 году максимальный уровень госпитализации отмечен в Ленинградской области – 123,6 на 1000, на втором месте по показателю осталась Сахалинская область (123,2), республики Саха (Якутия) с показателем 117,0 и Тыва с показателем 111,1 переместились на 3 и 4 места соответственно.

Доля госпитализированных сельских жителей и уровень их госпитализации рассчитывались лишь с 2015 года, когда в форме ФСН №47 появилась рубрика поступивших в том числе сельских жителей. В начале периода наблюдения доля госпитализированных сельских жителей на койки в ЦРБ превышала долю госпитализированных на койки в РБ, в которых в начале периода среди госпитализированных преобладали городские жители, но к концу периода наблюдения эти доли выровнялись (рисунок 3).

Уровень госпитализации сельских жителей на койки больниц более, чем в 2 раза превышает уровень госпитализации всех жителей на эти койки (рисунок 4). Число поступивших на койки больниц из числа всех жителей сократилось на 19,4%, а число поступивших сельских жителей сократилось на 12,7%.

Число терапевтических коек в больницах в целом по РФ уменьшилось с 65780 в 2014 году до 52350 в 2019 (на **20,4%**). Показатель обеспеченности снизился с 4,5 до 3,6 соответственно (на 20%) (таблица 1). Максимальная доля сокращенных терапевтических коек отмечена в Республике Ингушетия – на 66,7% (с 255 до 85), большая доля сокращенных коек также наблюдалась в Ивановской – на 49% (с 694 до 340), Калужской - на 41,9% (с 663 до 385); Оренбургской - на 43,1% (с 910 до 518), в Московской – на 40,7% (с 3142 до 1863) областях; в республиках Мордовия – на 47% (с 540 до 254), Карелия – на 41,4% (с 353 до 207) и Крым – на 54,6% (с 1204 до 547), В ряде субъектов напротив произошел прирост терапевтических коек, максимально в Новгородской области – на 10,2% (с 275 до 303), в Республике Адыгея – на 6,6% (со 122 до 130), в Хабаровском крае – на 8,2% (с 473 до 512), в Республике Северная Осетия-Алания – на 7,8% (с 334 до 360). Разброс показателя обеспеченности терапевтическими койками в больницах в 2014 году составлял максимально 18,0 на 10 тыс. в Республике Саха (Якутия), далее в ранговом убывании - 9,8 в Сахалинской области; 9,7 в Забайкальском крае; 9,5 в КЧР; 9,2 – в Республике Тыва, а минимальные значения показателя были зафиксированы в Челябинской (2,0), Кемеровской (2,1), Свердловской, Самарской (по 2,4) областях и Республике Адыгея (2,7). Разница крайних значений показателя составила в 9 раз.

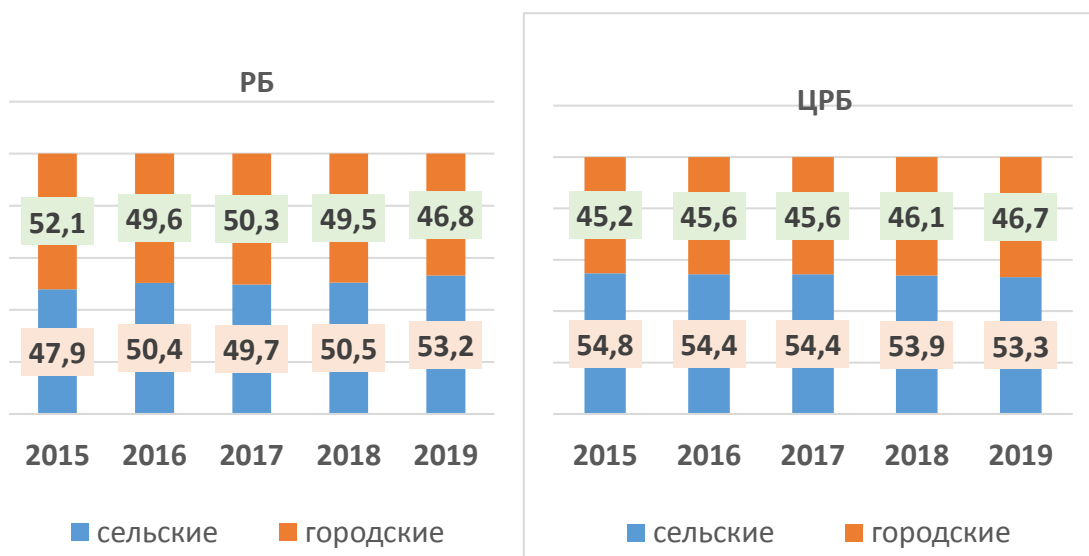


Рисунок 3. Доля госпитализированных на койки ЦРБ и РБ (в %)

В 2019 году, несмотря на значительное снижение, лидером по показателю обеспеченности осталась Республика Саха (Якутия) – 11,0 на 10 тыс., второе место сохранилось за Сахалинской областью – 8,1, третье и четвертое место поделили Республика Дагестан и КЧР с показателями по 7,9, а пятое и шестое место заняли Псковская область и Забайкальский край (по 7,1).

Число кардиологических коек в Больницах в целом по РФ сократилось с 9834 в 2014 году до 8821 в 2019 году, т.е. на 10,3%, практически в 2 раза темп снижения оказался меньше, чем темп снижения терапевтических коек.

Уровень госпитализации сельских жителей на койки в ЦРБ и РБ (на 1000)

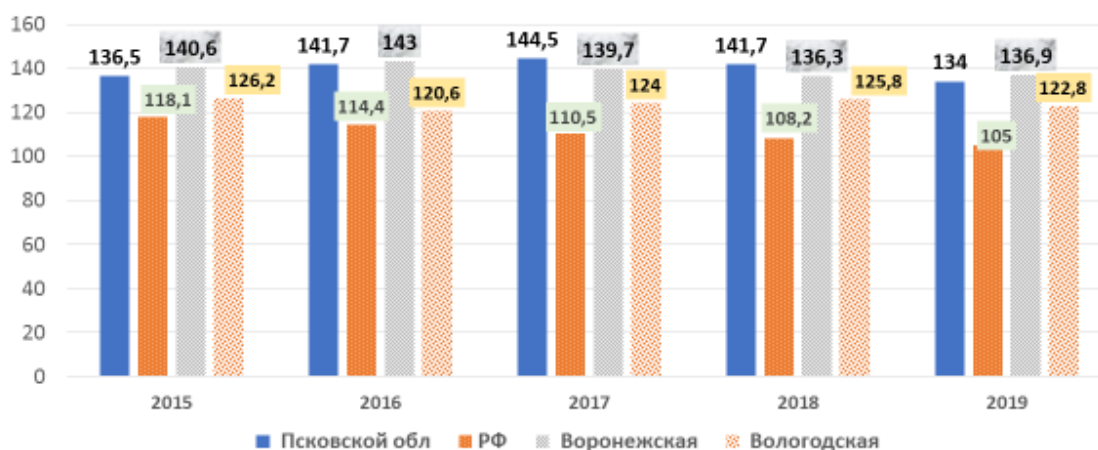


Рисунок 4. Уровень госпитализации сельских жителей на койки ЦРБ и РБ (на 1000 населения)

Показатель обеспеченности взрослого населения кардиологическими койками в целом по РФ снизился с 0,83 на 10 тыс. в 2014 году до 0,76 – в 2019. В 2014 году максимальное значение показателя зафиксировано в Сахалинской области – 2,95 и Республике Адыгея – 2,72, на третьем и четвертом месте по величине показателя соответственно находились Московская (2,21) и Брянская (2,18) области, на пятом – Ленинградская область (2,14). Минимальные значения – 0,03 и 0,05 на 10 тыс. взрослого населения показали соответственно Курганская область, Республика Дагестан, чуть выше показатель в Приморском крае – 0,10. Крайние

значения показателя различались более, чем в 98 раз. Максимальные значения показателя в 2019 году отмечены в Сахалинской – 2,44, в Тверской – 2,31 областях, Республике Саха (Якутия) – 2,13, Смоленской - 1,94, Новгородской области – 1,82. Минимальные значения показателя – 0,06 в Пермском крае и Курганской области, чуть выше показатель - 0,08 – в Приморском крае и 0,09 в Республике Дагестан, 0,17 – в КБР. Разброс показателя в 2019 году уменьшился более, чем вдвое - до 41 раза.

Число неврологических коек для взрослых в целом по РФ за анализируемый период сократилось на 2465, что составило 12,5% от числа коек этого профиля в Больницах в 2014 году. Вместе с койками для детей убыль коек за анализируемый период составила 2531. Показатель обеспеченности при расчете с койками для детей снизился в целом по РФ с 1,36 на 10 тыс. населения в 2014 году до 1,18 – в 2019. При сравнении показателей обеспеченности койками субъектов РФ оценки динамики показателя не брали в расчет койки для детей, поскольку их доля в общем количестве коек невелика и существенной роли не играет. Разброс показателя обеспеченности в 2014 году в расчете на взрослое население составлял максимально от 4,57 в Республике Саха (Якутия), 4,18 в Брянской области, 4,04 в КБР; 3,72 – в Кировской области и 3,71 в Республике Мордовия до минимально 0,42 в Кемеровской области, 0,48 – в Приморском крае и 0,49 – Калининградской области, т.е. самые крайние значения показателя различались почти в 11 раз. В 2019 году максимальное значение показателя достигло 4,49 в Псковской области, в которой в динамике отмечен ежегодный прирост коек данного профиля в РБ. Далее в ранговом убывании по величине показателя находятся Сахалинская с показателем 3,88; Республика Саха (Якутия) с показателем 3,81; Липецкая с показателем 3,59, Смоленская с показателем 3,48 области. Минимальные значения показателя в 2019 году отмечаются в Чеченской Республике (0,40), где число неврологических коек, меняясь разнопланово в течение периода, к 2018 году увеличилось до 115, а в 2019 году сократилось до 37. Второе место наименьших показателей по рангу заняла Кемеровская область (0,42), третья – Магаданская область (0,46), далее – Челябинская область (0,49) и Приморский край (0,51). Прирост показателя обеспеченности наблюдался в 27 субъектах РФ, максимальная доля прироста наблюдалась в Республике Тыва – 115,7%, в Еврейской АО – 81,7%, в Калининградской – 54,5%, Псковской – 54,0%, Орловской – 53,6% областях. Разница в показателях обеспеченности среди субъектов РФ в 2019 году практически сохранилась на том же уровне и составила 11,2 раза.

Более значительно, чем кардиологические и неврологические, сократились хирургические койки. Число их уменьшилось по сравнению с 2014 годом на 7450. Темп снижения их числа за анализируемый период составил 19,2%, а показателя обеспеченности – 19,5%. Различие в показателях обеспеченности данными койками в субъектах РФ достигло 6,2 раза в 2019 году. Максимальное значение показателя обеспеченности и в 2014, и в 2019 гг. отмечено в Сахалинской области (7,3 в 2014 и 6,2 на 10 тыс. в 2019 гг.). На втором месте в 2014 году была Республика Саха (Якутия) с показателем 6,5, а в 2019 – Псковская область – с показателем 4,6, Республика Саха (Якутия) переместилась в 2019 году на 4 место – показатель снизился до 4,4. Минимальное значение в 2019 году – 0,7 в Республике Ингушетия, несколько выше показатели были зафиксированы в Челябинской области – 1,0, Костромской области – 1,1.

Травматологические койки для взрослых сократились в меньшей степени – на 16,9% (с 11991 до 9960), показатель обеспеченности снизился с 1,02 до 0,86 на 10 тыс. взрослого населения. Койки этого профиля функционировали практически во всех субъектах РФ, где функционировали ЦРБ и РБ.

Высока оказалась доля сокращенных коек для беременных и рожениц - 32,8%. Показатель обеспеченности рассчитывался на численность женщин фертильного возраста. Максимальный показатель обеспеченности данным профилем коек в 2014 году был в Республике Тыва и Чеченской Республике – 10,38 на 10 тыс., на втором месте – по показателю обеспеченности была Республика Саха (Якутия) (9,16), на третьем – Чукотский АО (8,55). Минимальные показатели зафиксированы в Орловской области (0,61), в Кемеровской (1,05), Ульяновской (1,13) областях, в ХМАО (1,15), в Челябинской области (1,16). В 2019 году по показателю обеспеченности на первое место вышла Республика Саха (Якутия) – 7,58, второе место за Чеченской Республикой (6,89), на третьем – вышла КБР (4,81), а Республика Тыва переместилась с первого на четвертое место с показателем 4,60 на 10 тыс., т.е. показатель сократился более чем в 2 раза. Минимальные значения показателя зафиксированы в Самарской (0,32) и Челябинской (0,51) областях, в Чувашской Республике (0,62), в Архангельской области и Республике Хакасия (по 0,71), в Пензенской (0,77), Кемеровской (0,78) Ульяновской (0,82), Оренбургской (0,86) областях, Пермском крае (0,87). Разница крайних значений показателя в 2019 году составила 23,7 раза, а в 2014 году – только 17 раз.

Доля сокращенных офтальмологических коек для взрослых в больницах за анализируемый период составила 32,1% (на 729), показатель обеспеченности в целом по РФ уменьшился с 0,19 до 0,13 на 10 тыс. взрослого населения. В 2019 году они функционировали

лишь в 35 субъектах РФ, причем в большинстве из них в единичных значениях, меньше значений минимальной функциональной единицы (30 коек). Число коек больше этого значения было развернуто во Владимирской (36), в Тверской (44), Ростовской (60), Нижегородской (85), Свердловской (30) областях, в Краснодарском (113), Ставропольском (30) и Красноярском (36) краях, в КБР (51), Чеченской Республике (35), республиках Башкортостан (107) и Татарстан (129).

Более значительной оказалась доля сокращенных оториноларингологических коек - 35,2% (с 1862 до 1206). В 10-ти субъектах РФ койки данного профиля исчезли к 2019 году. В 2014 году они функционировали в 61 субъекте РФ, в 2019 году - в 51, при этом с числом равным и больше минимальной функциональной единицы в Воронежской (36), Ленинградской (87), Ростовской (87), Нижегородской (40), Новосибирской (31) областях, в Краснодарском (106), Ставропольском (49) краях, республиках Башкортостан (44), Татарстан (81), в остальных субъектах – с меньшим числом. Показатель обеспеченности снизился с 0,16 до 0,10. Прирост коек отмечен в двух субъектах РФ: в Орловской области и Ставропольском крае.

Обсуждение Темп сокращения коек в больницах более чем в 2 раза превысил темп сокращения больниц, что свидетельствует о снижении коечной мощности больниц. Показатель обеспеченности койками в больницах снижается на протяжении длительного времени, о чем свидетельствуют другие публикации [9]. Тенденция к снижению мощности стационаров ЦРБ и РБ не благоприятная. Возможности оказания квалифицированной стационарной помощи в больницах малой мощности весьма ограничены, что негативно сказывается на уровне профессионализма медицинских кадров и, как следствие, - на качестве стационарной помощи [10-12].

Различие в показателях обеспеченности койками населения в больницах различных субъектов РФ, обусловленное различной плотностью населения и его демографическим составом, закономерно. Тем не менее, порой, субъекты, имеющие идентичные показатели по расположению, демографическому составу населения и плотности, значительно различаются в показателях обеспеченности койками в больницах, что свидетельствует о субъективизме, несбалансированности а, порой, необоснованности проводимых органами управления здравоохранением ряда субъектов РФ структурных преобразований [11,12]. Различие показателей обеспеченности койками в больницах между субъектами РФ к 2019 году несколько снизилось по сравнению с 2014 годом, однако, по ряду профилей увеличилось и в целом остается значительным.

Снижение уровня госпитализации на койки больниц, темп которого превысил темп снижения числа коек и показателя обеспеченности ими, свидетельствует о снижении доступности специализированной медицинской помощи на первом уровне ее оказания, что подтверждается другими исследованиями [9,10]. Различия в показателях уровня госпитализации среди субъектов РФ составляет 5,8 раз, даже в пределах одного федерального округа различия составляют 2-4 раза. Уровень госпитализации населения на койки ЦРБ и РБ в Ленинградской области с плотностью населения 22,4 человека на 1 кв. км, имеющей в демографическом составе 32,8% сельского населения, находится практически на одном уровне, несколько превышая его, с аналогичным показателем в Сахалинской области с плотностью населения 5,6 чел. на кв. км и долей сельского населения 17,7%.

При сравнении состава госпитализированных на койки ЦРБ и РБ отдельно в начале периода наблюдения доля сельских жителей, госпитализированных в ЦРБ, выше доли госпитализированных сельских жителей в РБ, к концу периода доли сравнялись, по-видимому за счет преобразования части ЦРБ в РБ, в которых изначально было меньше прикрепленных сельских жителей.

При анализе числа и долей сокращенных коек в больницах по профилям выявлено, что доля сокращенных терапевтических коек превышает доли сокращенных коек всего, а также по профилям кардиологические и неврологические, что свидетельствует о необоснованности сокращения коек так называемого «первого контакта», которые являются наиболее востребованными в ЦРБ и РБ. Показатель обеспеченности терапевтическими койками в больницах в субъектах РФ снизился на 20%, большое различие показателей обеспеченности терапевтическими койками в субъектах РФ также подтверждает непоследовательность процессов организации специализированной медицинской помощи в территориях, когда в погоне за наращиванием узкоспециализированных коек, зачастую не обусловленных нормативной потребностью, сокращаются койки более широкого профиля, как терапевтические. Показатель обеспеченности терапевтическими койками в сравнении с аналогичными показателями по другим профилям коек закономерно выше, но темп снижения показателя обеспеченности ими неоправданно высок.

Высокую долю сокращенных коек для беременных и рожениц и значительное снижение показателя обеспеченности ими можно объяснить введением в последние годы в строй на всей территории РФ перинатальных центров.

Относительно высокий темп сокращения оториноларингологических и офтальмологических коек, вероятно, связан с сокращением мощности больниц, организацией маршрутизации пациентов в медицинские организации второго и третьего уровней, функционирующие, как правило, в городских больницах или областных/республиканских больницах. Менее значительный темп снижения травматологических коек можно объяснить организацией 3-х уровневой системы организации медицинской помощи пациентам с травмами – обязательство разворачивать травмоцентры первого второго и третьего уровней.

Следует отметить, что межрайонные центры специализированной медицинской помощи не подменяют в своей деятельности больницы на первом уровне ее организации и не должны создаваться за счет сокращения коек более широкого профиля. Дальнейшее сокращение круглосуточных коек, особенно в ЦРБ и РБ, следует остановить. События последнего года показали, что в любой момент потребность в круглосуточных койках может возрасти, провести перепрофилирование коек проще и менее затратно, чем развернуть новые койки в новом месте. Для повышения экономической эффективности стационаров необходимо удерживать уровень госпитализации на нормативном уровне за счет использования круглосуточных коек не только для целей лечения острых заболеваний и хирургической патологии, но и для целей реабилитации, профилактического лечения, подбора терапии диспансерной группе пациентов, углубленного обследования с целью дифференциальной диагностики, тем более, что на амбулаторном этапе пока не достигнут высокий уровень диагностики и лечения пациентов и кадровый дефицит ощутимее, чем в стационаре.

Выводы.

Межмуниципальные центры специализированной помощи на базе крупных центральных районных и районных больниц не должны создаваться за счет сокращения общепрофильных коек: терапевтических, хирургических, обеспечивающих каждодневную регулярную деятельность больниц по организации квалифицированной специализированной медицинской помощи сельскому населению.

С целью обеспечения качества и доступности квалифицированной медицинской помощи жителям, проживающим в сельских населенных пунктах, в малых поселках и городах, процесс организации межмуниципальных центров оказания специализированной медицинской помощи необходимо контролировать и ограничивать определенными рамками, для чего следует разработать и утвердить типовые штатные нормативы для центральных районных и

районных больниц с разной численностью прикрепленного населения на основе нормативной потребности в койках различных профилей с учетом обоснованной структуры стационара.

Список литературы

1. Мусаев Ф.А., Куковякина Н.Д., Куковякин С.А. Проблемы управленческого аппарата центральной районной больницы. Современные проблемы науки и образования. 2012;3:8
2. Руголь Л.В., Люцко В.В., Кураева В.М. Роль ЦРБ в организации оказания медицинской помощи сельскому населению в условиях стационара. Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». 2020; 4 URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=553> (дата обращения: 20.03.2021)
3. Кравченко Е.В. Проблемы сельского здравоохранения. Главная медицинская сестра. 2009; 7:11-15
4. Руголь Л.В., Сон И.М., Стародубов В.И., Меньшикова Л.И. Проблемы организации стационарной медицинской помощи и подходы к ее модернизации. Социальные аспекты здоровья населения. 2020; 66(1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1128/30/lang,ru/>
5. Козырева П.М., Смирнов А.И. Проблемы медицинского обслуживания в сельской местности. Гуманитарий юга России. 2018; 4 (7): 33-49
6. Курцев А.В. Регрессивное развитие сельского здравоохранения на примере отдельных центральных районных больниц Курской области. Научные ведомости Белгородского государственного Университета. 2011: 16(111): 149-152
7. Щепин О.П., Медик В.А. Общественное здоровье и здравоохранение. Учебник. М. Гэотар-Мед. 2012; 592
8. Стародубов В.И., Сон И.М., Сквирская Г.П. и др. Первичная медико-санитарная помощь. Характеристика сети медицинских организаций и обеспеченность кадрами. Менеджер здравоохранения. 2016; 3:6-15
9. Гусева Н.К., Дюютова М.В., Соколов В.А., Соколова И.А. Современные проблемы организации помощи сельскому населению. Медицинский альманах. 2015. № 3 (38): С. 11–15.
10. Калининская А.А., Маликова Л.М. Проблемы и пути реформирования здравоохранения села. Социальные аспекты здоровья населения. 2015;4 (44).

11. Мусаев Ф.А. Куковьякина Н.Д. Куковьякин С.А. Причины проблем управления центральной районной больницей. Современные проблемы науки и образования. 2012;1. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=5448> (дата обращения: 07.11.2020)

12. Белова Н.И. Сельское здравоохранение: состояние, тенденции и проблемы. Социологические исследования. 2017;3:97–105

References

1. Musaev F.A., Kukovjakina N.D., Kukovjakin S.A. Problemy upravlencheskogo apparata central'noj rajonnoj bol'nicy [Problems of management of the central rural hospital]. Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya. 2012;3:8. (In Russian)

2. Rugol' L.V., Ljucko V.V., Kuraeva V.M. Rol' CRB v organizacii okazaniya medicinskoj pomoshhi sel'skomu naseleniju v uslovijah stacionara [Role of crh in organization of providing health care in a hospital to rural population]. Nauchno-prakticheskij recenziruemyj zhurnal «Sovremennye problemy zdavoohranenija i medicinskoj statistiki». 2020; 4 URL: <http://healthproblem.ru/magazines?text=553>" (data obrashhenija: 20.03.2021) (In Russian)

3. Kravchenko E.V. Problemy sel'skogo zdavoohranenija [Rural health problems]. Glavnaja medicinskaja sestra. 2009; 7: 11-15. (In Russian)

4. Rugol' L.V., Son I.M., Starodubov V.I., Men'shikova L.I. Problemy organizacii stacionarnoj medicinskoj pomoshhi i podhody k ee modernizacii [Problems related to inpatient care organization and approaches towards its modernization]. Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija. 2020; 66(1). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1128/30/lang,ru/> (In Russian)

5. Kozyreva P.M., Smirnov A.I. Problemy medicinskogo obsluzhivaniya v sel'skoj mestnosti [Problems inherent to healthcare in rural areas]. Gumanitarnij juga Rossii. 2018; 4 (7): 33-49 (In Russian)

6. Kurcev A.V. Regressivnoe razvitie sel'skogo zdavoohranenija na primere otdel'nyh central'nyh rajonnyh bol'nic Kurskoj oblasti [Regressive development of rural public health care by the example of some central district hospitals of Kursk region]. Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo Universiteta. 2011; 16(111): 149-152 (In Russian)

7. Shhepin O.P., Medik V.A. Obshhestvennoe zdorov'e i zdavoohranenie [Public health and healthcare]. Uchebnik. M. Geotar-Med. 2012; 592 (In Russian)

8. Starodubov V.I., Son I.M., Skvirskaja G.P. i dr. Pervichnaja mediko-sanitarnaja pomoshh'. Harakteristika seti medicinskih organizacij i obespechennost' kadrami [[Primary Health care. Medical

Network organization features and staff provision]. Menedzher zdravoohranenija. 2016; 3: 6-15. (In Russian)

9. Guseva N.K., Dojutova M.V., Sokolov V.A., Sokolova I.A. Sovremennye problemy organizacii pomoshhi sel'skomu naseleniju [Modern issues of organization of medical assistance to rural population]. Medicinskij al'manah. 2015. № 3 (38): 11–15. (In Russian)

10. Kalininskaja A.A., Malikova L.M. Problemy i puti reformirovanija zdravoohranenija sela [Current problems and ways to reform rural healthcare]. Social'nye aspekty zdorov'ja naselenija. 2015; 4 (44). (In Russian)

11. Musaev F.A. Kukovjakina N.D. Kukovjakin S.A. Prichiny problem upravlenija central'noj rajonnoj bol'nicej [The reasons of the ways of the central regional hospital management]. Sovremennye problemy nauki i obrazovanija. 2012;1 URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=5448> (data obrashhenija: 07.11.2020). (In Russian)

12. Belova N.I. Sel'skoe zdravoohranenie: sostojanie, tendencii i problem [Healthcare in rural areas: condition, tendencies and challenges]. Sociologicheskie issledovanija. 2017; 3: 97–105. (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

Сведения об авторах

Руголь Людмила Валентиновна-кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник 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: 6503-9081

Сон Ирина Михайловна – доктор медицинских наук, 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

Люцко Василий Васильевич – доктор медицинских наук, доцент, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, 127254, Москва, ул. Добролюбова, д.11, e-mail: vasilij_1@mail.ru, ORCID: 0000-0003-2114-8613, SPIN: 6870-7472

Information about authors

Rugol Liudmila Valentinovna- candidate of medical Sciences, leading researcher, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: rugollv@mail.ru,
ORCID 0000-0003-2983-8774, SPIN: 6503-9081

Son Irina – Grand PhD in Medical sciences, Deputy Director for scientific work of FSBI «Central Research Institute of Organization and Informatization of Health Care» of the Ministry of health of Russia, 127254, Russia, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: son@mednet.ru,
ORCID 0000-0001-9309-2853

Liutsko Vasily Vasilyevich – PhD, associate Professor, leading researcher, Federal Research Institute for Health Organization and Informatics of Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, 127254, Moscow, Dobrolyubova str., 11, e-mail: vasily_1@mail.ru,
ORCID: 0000-0003-2114-8613, SPIN: 6870-7472

Статья получена: 01.05.2021 г.
Принята к публикации: 28.06.2021 г.