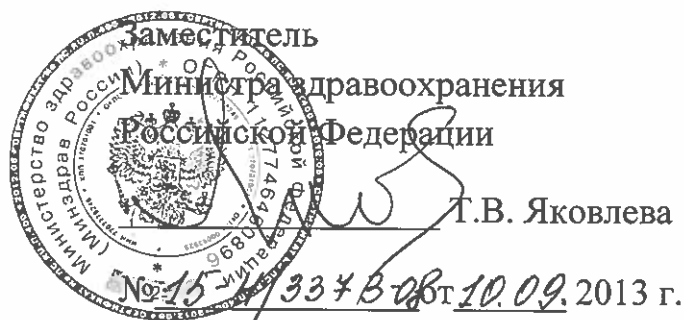


УТВЕРЖДАЮ



МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ОБОСНОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В КОЙКАХ АКУШЕРСКОГО ПРОФИЛЯ

Научный редактор: Сухих Г.Т.

Авторы: Шувалова М.П., Фролова О.Г.

Целью данных методических рекомендаций является представление методики расчета количества коек акушерского профиля для обоснования потребности субъектов Российской Федерации в коечном фонде указанного профиля. Материалы включают в себя описание существующих подходов к планированию коечного фонда, анализ современного состояния обеспеченности населения койками акушерского профиля, а также алгоритм расчета в их потребности.

Документ подготовлен авторским коллективом ФГБУ «НЦАГиП им. В.И. Кулакова» Минздрава России в рамках работы отдела медико-социальных исследований Службы научно-организационного обеспечения по совершенствованию и оптимизации организационных технологий развития акушерско-гинекологической и неонатальной помощи населению.

Методические рекомендации предназначены для специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья.

Рецензенты:

Полунина Н.В. – член-корр. РАМН, профессор, д.м.н. зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России;

Щепин В.О. – член-корр. РАМН, профессор, д.м.н. зам. директора по науке ФГБУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья» РАМН.

Оглавление

Введение	3
Принципы планирования ресурсного обеспечения	4
Обеспеченность населения Российской Федерации койками акушерского профиля.....	7
Сущность предлагаемого порядка расчета потребности населения в койках акушерского профиля	8
Методика расчета потребности в койках акушерского профиля.....	10

Введение

Вектор развития здравоохранения во всех экономически развитых странах направлен на социализацию, а именно на повышение роли государства в процессах обеспечения качества медицинской помощи, реализацию принципа справедливости и доступности медицинской помощи для населения. В условиях ограниченных ресурсов перед большинством стран стоит сложная задача по удовлетворению растущих потребностей общества в медицинской помощи¹.

Стратегической целью развития российского здравоохранения является обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки².

Благодаря развитию науки и техническому прогрессу появляются новые технологии, широко использующие возможности компьютерной техники, достижения генетики и молекулярной биологии. Эти процессы закономерно требуют привлечения дополнительных или перераспределения имеющихся ресурсов в рамках государственной системы здравоохранения. Поэтому вопросы рационального планирования и эффективного использования ресурсов отрасли не теряют своей актуальности.

Меры государственной социальной политики направлены на модернизацию структурной модели здравоохранения, доставшейся в наследство от бывшего СССР. Непрерывно совершенствуется система организации и финансирования медицинской помощи. На фоне сокращения числа больничных коек развиваются стационарозамещающие технологии, расширяется охват населения амбулаторной помощью. Следует подчеркнуть,

¹ The world health report 2013: research for universal health coverage. WHO. 2013

² Распоряжение Правительства РФ от 24.12.2012 № 2511-р «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»

что значительная часть сформированного еще в советское время коечного фонда в настоящее время не отвечает современным требованиям санитарных норм и правил.

Министр здравоохранения Российской Федерации В.И.Скворцова на заседании Президиума Государственного совета отметила, что в рамках огромной территории нашей страны сама проблема обеспечения равнодоступной медицинской помощи, безусловно, очень сложна и масштабна.

Большое внимание в последние годы уделяется совершенствованию службы родовспоможения путем формирования и укрепления трехуровневой системы оказания медицинской помощи на основе развития сети перинатальных центров.

Прогнозирование потребностей населения в медицинской помощи и ресурсном обеспечении остаются ключевыми направлениями, как в научных исследованиях, так и в практике планирования и организации здравоохранения. В настоящее время актуальными остаются вопросы не только о количественном соответствии, но и о функциональной и структурной перестройке ресурсов отрасли. Международный опыт показывает, что подходы к нормированию ресурсов постоянно пересматриваются.

Принципы планирования ресурсного обеспечения

Планирование ресурсов, в том числе коечного фонда, для оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, во время родов и после родов должно проводиться с учетом реальных потребностей населения и показателей эффективности их использования в существующих условиях. На практике отправными точками при планировании зачастую выступают уже имеющиеся ресурсы – численность врачей, численность коечного фонда

и др. В результате чего процесс планирования, усугубляя имеющиеся структурные диспропорции, приобретает формальный характер и, в конечном счете, приводит к нерациональным финансовым затратам.

Работа по планированию ресурсного обеспечения требует учета множества разнообразных факторов (управляемых и неуправляемых) демографического, социально-экономического, климатогеографического, медико-организационного и другого характеров, влияющих на потребность здравоохранения в ресурсах и формах их организации³

Общепризнанным измерителем стационарной помощи является «больничная койка». Значимость измерителя «больничная койка» для рационального определения необходимых размеров коечного фонда, его распределения и использования бесспорна⁴. Показатель обеспеченности населения коечным фондом рассчитывается на 10 000 населения.

Ряд отечественных исследователей (Н.А. Алексеев, В.Л. Корецкий, Ю.П. Лисицын, И.А. Пакус, Е.Н. Пенюгина, В.О. Щепин и др.) считают, что в ходе структурной перестройки стационарной медицинской помощи необходимо учитывать интенсивность лечебно-диагностического процесса. Так, на долю стационаров с высокой интенсивностью лечебно-диагностических процессов должно приходиться до 20% общей коечной мощности. Для активного лечения и ухода следует выделять – 50-60% коек, для стационаров долечивания и медицинской реабилитации – 20-30%⁵⁶⁷⁸.

³ Кравченко Н.А., Поляков И.В. Научное обоснование методологии прогнозирования ресурсного обеспечения здравоохранения России (история и современность). М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. – 392 с.

⁴ Комплексное планирование и финансовое нормирование в системе оказания медицинской помощи населению субъекта РФ в рамках Территориальной программы ОМС / Под ред. А.М.Таранова, Н.А. Кравченко. М.: Федеральный фонд ОМС, 2000. – 344с.

⁵ Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 520 с.: ил. – (Серия «XXI»).

⁶ Пакус И.А. Научное обоснование реструктуризации стационарной медицинской помощи городскому населению и разработка системы управления ее качеством. // Дисс. докт. мед. наук. — М., 2002.

⁷ Пенюгина Е.Н. Концептуальные подходы к оптимизации сети больниц и организации стационарной медицинской помощи с учетом градостроительной политики и основных направлений социально-экономического развития крупного города. // Автореф. дис. докт. мед. наук. — СПб., 2008.

⁸ Щепин В.О. Структурно-функциональные преобразования системы лечебно-профилактической помощи населению Российской Федерации в последнее десятилетие. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003, №1. — С. 34—38

В соответствии с номенклатурой коечного фонда по профилям медицинской помощи, утвержденной приказом Минздрава России от 17.05.2012 №555н, медицинская помощь по профилю «акушерство» оказывается на койках патологии беременности и койках для беременных и рожениц.

Обеспеченность населения акушерскими койками характеризует доступность медицинской помощи по родовспоможению. Для расчета целевого показателя обеспеченности койками акушерского профиля (*maternity beds*) ВОЗ предлагает использовать следующую формулу:

$$K = \frac{A \times P}{0,8 \times D}$$

где: K – необходимое число среднегодовых коек, A – число беременных женщин, P – средняя длительность пребывания на койке, $0,8$ – коэффициент, учитывающий неравномерность госпитализации пациентов во времени; D – работа койки в году.

Данный показатель рассчитывается на 1000 беременных женщин и не включает родильные койки (*delivery beds*). В качестве нормативного значения рекомендуется показатель обеспеченности равный 10 на 1000 беременных женщин при работе койки 365 дней в году и средней длительности пребывания на койке в течение 3 дней⁹.

Потребность в акушерских койках может быть рассчитана с использованием модифицированной формулы Г.А. Попова (1976):

$$K = \frac{A \times R \times P}{D \times 100}$$

где: K – необходимое число среднегодовых коек, A – число родов, R – процент отбора для госпитализации, P – среднее плановое число дней пребывания на койке, D – среднее плановое число дней работы койки в году¹⁰.

⁹ Measuring service availability and readiness. WHO. 2012 http://www.who.int/healthinfo/systems/SARA_ServiceAvailabilityIndicators.pdf

¹⁰ Акушерско-гинекологическая помощь / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: МЕДпресс; 2000. –с.332

Обеспеченность населения Российской Федерации койками акушерского профиля

В настоящее время общее число коек акушерского профиля составляет 78 тыс., из них 52% приходится на койки для беременных и рожениц, остальные 48% - на койки патологии беременности. За последние пять лет коечный фонд службы родовспоможения сократился на 3%, при этом доля коек патологии беременности несколько увеличилась (с 46% в 2007 до 48% в 2011).

В 2011 г. обеспеченность населения койками для беременных и рожениц составляла 11,0 на 10 000 женщин фертильного возраста (в 2007 г. – 11,2), а койками патологии беременности 10,1 (в 2007 г. – 9,2).

В разных регионах нашей страны обеспеченность населения койками акушерского профиля имеет выраженные различия. Минимальный уровень обеспеченности койками для беременных и рожениц зарегистрирован в Ленинградской области – 5,8 на 10 000 женщин фертильного возраста, а максимальный в Чукотском автономном округе – 23,8. Аналогично для коек патологии беременности, наименьшие цифры обеспеченности отмечались в Ярославской области и Республике Ингушетия – 5,1 на 10 000 женщин фертильного возраста, наибольшие в Республике Тыва – 18,9.

В Республике Ингушетия удельный вес коек патологии беременности от общего числа акушерских коек составляет – 28,3%, в Республике Марий Эл – 31,6%, при этом в ряде территорий процент превышает 60% - Белгородская, Тамбовская, Ленинградская, Сахалинская области, Республика Адыгея, Алтайский край.

Во многом подобные разбросы показателей определяются плотностью населения, климатогеографическими условиями проживания и транспортной инфраструктурой, что, несомненно, следует учитывать при оптимизации коечного фонда в стране.

Нерешенным остается вопрос о структуре коечного фонда акушерского профиля в рамках трехуровневой системы оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, во время родов и после родов.

Сущность предлагаемого порядка расчета потребности населения в койках акушерского профиля

Предлагаемая методика обоснования потребности населения в койках акушерского профиля берет в расчет целый ряд региональных особенностей субъектов Российской Федерации, таких как: численность женщин фертильного возраста (15-49 лет), плотность населения и параметры использования коечного фонда. Последующая дифференциация коечного фонда по трем группам учреждений (в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология») позволяет учесть уровень интенсивности и сложности медицинской помощи, а также функциональные возможности медицинских организаций на каждом уровне¹¹.

Расчет потребности в койках акушерского профиля проводится непосредственно для женского населения фертильного возраста, так как удельный вес данной группы в структуре населения по полу и возрасту не постоянен. По данным на 1 января 2012 года численность женского населения в Российской Федерации составляла 76,8 млн., из них фертильного возраста - 37,1 млн. (48%). Для сравнения, в 2007 году число женщин фертильного возраста достигало 39,1 млн. (51%). Сокращение численности женщин наиболее активного репродуктивного возраста неизбежно приводит к снижению числа родившихся детей.

¹¹ Приказ Минздрава России от 01.11.2012 N 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

В зависимости от плотности населения все субъекты Российской Федерации подразделяются на три группы: территории с низкой, средней и высокой плотностью населения. Параметры плотности населения тесно связаны с возможностями транспортной доступности медицинской помощи для населения, что в свою очередь сказывается на показателях использования коечного фонда. В условиях проживания на территориях с низкой плотностью населения показатель работы койки в году, как правило, ниже, а средняя длительность пребывания выше среднероссийского уровня и уровня территорий с высокой плотностью населения. Так, например, медиана показателя работы койки для беременных и рожениц в регионах с низкой плотностью населения в 2011 г. соответствовала 265 дням (РФ – 268 дней, в регионах с высокой плотностью населения – 270 дней), а средняя длительность пребывания на койках данного профиля – 6,9 дня (РФ – 6,7 дня, в регионах с высокой плотностью населения – 5,9 дня).

Показатель средней длительности пребывания помимо фактора территориальной доступности отражает существующие особенности организации медицинской помощи.

Специализация коек акушерского профиля на койки патологии беременности и койки для беременных и рожениц учитывает международные рекомендации, согласно которым на долю коек патологии беременности должно приходиться не менее 30%. Принимая во внимание, что в большинстве регионов Российской Федерации удельный вес коек данного профиля превышает 40%, необходимо рассмотреть возможность их перепрофилирования в койки сестринского ухода.

Структурная эффективность коечного фонда акушерского профиля определяется рациональным распределением мощностей в соответствии с трехуровневой системой оказания медицинской помощи матери и новорожденному. Особое место в системе охраны здоровья женщин и детей занимают перинатальные центры, обеспечивающие медицинскую помощь

наиболее тяжелому контингенту беременных и новорожденных. Перинатальные центры, имеющие в своем составе отделение анестезиологии-реаниматологии для женщин, отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных, отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (II этап выхаживания), акушерский дистанционный консультативный центр с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи, относятся к медицинским организациям третьей группы. В виду своего функционального назначения, возможностей и интенсивности предоставляемой медицинской помощи на долю учреждений данной группы должно выделяться не менее 20% от общей мощности коечного фонда акушерского профиля, на долю медицинских организаций второй группы – 50%, первой – 30%.

Методика расчета потребности в койках акушерского профиля

Алгоритм вычислений:

1. расчет числа коек для беременных и рожениц;
2. расчет числа коек патологии беременности;
3. расчет общего числа коек акушерского профиля;
4. расчет числа коек акушерского профиля для медицинских организаций, входящих в третью группу оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, во время родов и после родов.

В расчетах используются данные официальной статистики, входящие в систему федерального статистического наблюдения.

Перечень используемых показателей:

- абсолютное число женщин фертильного возраста (15-49 лет) в отчетном году;

- абсолютное число всех родившихся с 22 недель беременности в отчетном году;
- число родившихся на 10 000 женщин фертильного возраста (15-49 лет);
- средняя длительность пребывания на койке;
- рекомендуемый норматив работы акушерской койки в году.

Расчет числа коек для беременных и рожениц проводится по формуле:

$$K = \frac{A \times P}{D}$$

где: K – необходимое число среднегодовых коек, A – число родившихся, P – средняя длительность пребывания на койке для беременных и рожениц, D – рекомендуемый норматив работы койки для беременных и рожениц в году.

Показатель потребности в койках для беременных и рожениц на 10000 женщин фертильного возраста (15-49 лет) по формуле:

$$K = \frac{A \times P}{F \times D} \times 10000$$

где: K – необходимое число среднегодовых коек, A – число родившихся, P – средняя длительность пребывания на койке для беременных и рожениц, F – число женщин фертильного возраста (15-49 лет); D – рекомендуемый норматив работы койки для беременных и рожениц в году с учетом плотности населения.

Пример расчета необходимого числа коек акушерского профиля в Российской Федерации.

Сведения о числе родившихся и числе женщин фертильного возраста (15-49 лет) в 2011 году получены из официальных документов, опубликованных на сайте Росстата¹².

Показатель средней длительности пребывания на койке для беременных и рожениц, равный 6,7 дня, представлен в ежегодном справочнике Минздрава России¹³.

¹² Демографический ежегодник России. 2012: Стат.сб./ Д 31 Росстат.-М., 2012. – 535 с

¹³ Основные показатели деятельности акушерско-гинекологической службы в Российской Федерации в 2011 году. Минздрав России. М., 2012

Рекомендуемый норматив работы койки для беременных и рожениц, равный 252 дням, приводится в методических рекомендациях «Методика расчета потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах» (Письмо Минздрава России от 26.12.2011 №16-1/10/2-13164).

В результате проведенного вычисления получено число коек для беременных и рожениц равное 47 768, при этом потребность в койках данного профиля составляет – 13,1 на 10 000 женщин фертильного возраста (15-49 лет).

При расчете числа коек патологии беременности учитываются международные рекомендации о том, что их удельный вес в структуре коек акушерского профиля должен быть не менее 30%. Следовательно, расчетное число коек патологии беременности будет равно 20 472, потребность в койках данного профиля составит – 5,6 на 10 000 женщин фертильного возраста (15-49 лет).

Общая необходимая мощность коечного фонда акушерского профиля в Российской Федерации достигает 68 239 коек, при уровне потребности 18,7 на 10 000 женщин фертильного возраста (15-49 лет).

На долю медицинских организаций, входящих в третью группу оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, во время родов и после родов, следует отнести не менее 20% от общей мощности коечного фонда акушерского профиля, что составит – 13 648 коек, в том числе 9 554 коек для беременных и рожениц и 4 094 коек патологии беременности. В этом случае потребность в койках акушерского профиля на третьем уровне составит 3,7 на 10 000 женщин фертильного возраста (15-49 лет), в том числе 2,6 коек для беременных и рожениц и 1,1 коек патологии беременности.

Аналогичным способом рассчитывается потребность в коечном фонде акушерского профиля в субъектах Российской Федерации. Стоит отметить,

что для регионов со средней и высокой плотностью населения норматив работы койки в году может быть увеличен до 280 дней.

Преимущества данной методики заключаются в том, что основой для расчета служат сведения о числе родившихся и числе женщин фертильного возраста, получаемые из информационной системы Федеральной службы государственной статистики. Расчет проводится на женщин фертильного возраста, что повышает точность вычислений, по сравнению с имеющейся альтернативной совокупностью - беременных женщин. Отраслевая статистика обрабатывает сведения о числе беременных женщин в стране, однако эти данные обладают определенной погрешностью, т.к. информация собирается из медицинских организаций, подведомственных Минздраву России, и содержит цифры о числе беременных, состоявших под наблюдением в женских консультациях. Пренебрежение фактором наличия многоплодных родов обеспечивает небольшой резерв коечной мощности. Данные о средней длительности пребывания на койке собираются в рамках федерального статистического наблюдения. Величина этого показателя учитывает целый ряд особенностей организации медицинской помощи в конкретной территории, а именно ее доступность и эффективность.

Относительно потребности в койках реанимации и интенсивной терапии новорожденных общепризнанным нормативом является 4 койки реанимации и интенсивной терапии на 1000 родов в территории. При этом на каждую койку реанимации и интенсивной терапии новорожденных должно приходиться не менее 3 коек патологии новорожденных и недоношенных детей¹⁴.

¹⁴ Акушерско-гинекологическая помощь / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: МЕДпресс; 2000. – 512 с.