



УДК 614.21(470.325)

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДНЕВНЫХ СТАЦИОНАРОВ В ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ЧАСТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Н.М. КУНИЦЫНА¹**В.В. ЛЮЦКО²****Э.В. ФЕСЕНКО¹****Е.В. ЮДИНА¹****Я.С. КОНОВАЛОВ³****Д.В. АКСЕНОВ³**

*¹Белгородский
государственный
национальный
исследовательский
университет*

*²Медицинский центр
«Ваша клиника»,
г. Москва*

*³Санкт-Петербургский
институт биорегуляции
и геронтологии СЗО РАМН*

e-mail: ela-la-alo@mail.ru

В статье представлен анализ клинической, социальной и экономической эффективности работы дневных стационаров.

Ключевые слова: дневной стационар, сравнительная эффективность

Введение. На сегодняшний день дневные стационары стали ответом на необходимость обеспечить удовлетворение потребности населения в высококачественной медицинской помощи, на требование разработки и внедрения прогрессивных форм и методов организации работы больничных и внебольничных учреждений здравоохранения, рациональное использование имеющихся материально-технических ресурсов и кадрового потенциала. Одной из таких форм являются альтернативные формы госпитализации; дневные стационары при поликлиниках, диспансерах, стационарах [1].

Поэтому в настоящее время все более актуальным становится вопрос эффективности работы дневных стационаров.

Оценка эффективности работы дневных стационаров и решение вопросов ее повышения позволит не только решить многие вопросы ресурсосбережения в здравоохранении, но и, возможно, повысить конкурентоспособность как частных, так и государственных лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Станет возможным поиск новых путей интенсификации лечебно-диагностического процесса.

Целью нашего исследования явилось изучение сравнительной эффективности дневных стационаров в государственных и частных учреждениях.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе медицинского центра «Поколение» г. Белгорода и МЦ «Ваша клиника» г. Москва. Изучено оказание медицинской помощи 1593 пациентам.

Все пациенты были разделены на 4 группы. В группу пациентов 1А (первая контрольная группа) вошло 402 пациентов среднего возраста, получивших амбулаторную помощь в государственных поликлиниках (из них – 131 терапевтического, 119 офтальмологического и 152 стоматологического профилей); возраст пациентов составил от 40 до 49 лет, средний возраст 44,2±2,2 года, мужчин – 196, женщин – 206 человек. В группу пациентов 1Б (первая исследуемая группа) вошло 404 пациента пожилого и старческого возраста, получивших амбулаторную помощь в государственных поликли-



никах (из них – 147 терапевтического, 133 офтальмологического и 124 стоматологического профилей); возраст пациентов составил от 60 до 84 лет, средний возраст $72,1 \pm 5,8$ лет, мужчин – 188, женщин – 216 человек.

В группу пациентов 2А (вторая контрольная группа) вошло 359 пациентов среднего возраста, получивших амбулаторную помощь в коммерческих поликлиниках (из них – 126 терапевтического, 111 офтальмологического и 122 стоматологического профилей); возраст пациентов составил от 40 до 49 лет, средний возраст $45,0 \pm 3,1$ года, мужчин – 170, женщин – 189 человек.

В группу пациентов 2Б (вторая исследуемая группа) вошло 428 пациентов пожилого и старческого возраста, получивших амбулаторную помощь в коммерческих поликлиниках (из них – 136 терапевтического, 141 офтальмологического и 143 стоматологического профилей); возраст пациентов составил от 60 до 86 лет, средний возраст $71,9 \pm 5,4$ года, мужчин – 201, женщин – 227 человек.

Изучали следующие показатели, характеризующие сервисную составляющую терапевтической поликлинической службы:

- очередь на прием (в днях), определяли путем анализа медицинской документации;
- время ожидания приема в поликлинике (в минутах), определяли путем хронометрирования;
- удовлетворенность сервисом (в баллах), определяли путем анкетирования пациентов по 5-балльной визуальной аналоговой шкале.

Была проведена оценка деятельности дневных стационаров по следующим показателям: средняя длительность пребывания (по данным медицинской документации, в койко-днях), вариабельность пребывания (по данным медицинской документации, в койко-днях, оценивали минимальную и максимальную продолжительность пребывания 95% случаев, при этом при изучении этого показателя 5% крайних значений не учитывали), очередь на госпитализацию (по данным документации, в календарных днях), кратность осмотра врачом (по данным хронометрирования, количество осмотров в день), длительность пребывания в дневном стационаре в день (по данным хронометрирования, в часах).

Клиническую эффективность лечения в дневных стационарах пациентов пожилого и старческого возраста оценивали следующим образом. Изучали динамику физической работоспособности (по данным велоэргометрического теста, в кгм/мин), динамику теста с 6-минутной ходьбой (в метрах), динамику фракции выброса (по данным эхокардиографии), динамику функционального состояния по значениям «улучшение нарушенных функций», «без динамики», «ухудшение нарушенных функций». Указанные показатели изучали перед поступлением в дневной стационар и через 1 месяц после выписки.

Динамику качества жизни изучали до и после лечения в дневном стационаре с одномесечным интервалом по опроснику SF-36.

Результаты и обсуждение. В исследовании была рассмотрена вариабельность пребывания больных в дневном стационаре, взяты во внимание минимальные и максимальные сроки пребывания, за исключением 5% крайних случаев. При проведении оценки вариабельности было выяснено, что для пожилых пациентов государственных ЛПУ вариабельность пребывания в дневном стационаре составила от 9 до 12 койко-дней, для пациентов среднего возраста государственных ЛПУ – от 8 до 13, для пожилых пациентов частных ЛПУ – от 4 до 17, для пациентов среднего возраста – от 4 до 14. Таким образом, вариабельность пребывания пациентов в дневных стационарах частных ЛПУ была достоверно выше ($p < 0,05$) как для пациентов среднего, так пожилого и старческого возраста, что свидетельствовало о больших возможностях в управлении ресурсами данной службы



Таблица 1

Показатели деятельности дневных стационаров

Показатель	Группа пациентов			
	1Б	1А	2Б	2А
Средняя длительность пребывания (койко-дней)	10,2	10,1	10,4	9,9
Вариабельность пребывания (койко-дней, min/max, 95% случаев)	9-12	8-13	4-17*	4-14*
Очередь на госпитализацию (дней)	12,8	5,9	0,4*	0,3*
Кратность осмотра врачом (в день)	1,1	1,1	1,9*	1,2**
Длительность пребывания в дневном стационаре в день (час)	3,1	2,9	3,9*	3,0**

* – $p < 0,05$ между группами 2Б и 1Б, 2А и 1А

** – $p < 0,05$ между группами 2Б и 2А

В государственных ЛПУ имела место значительная очередь на госпитализацию – для пожилых пациентов государственных ЛПУ она составила 12,8 дней, для пациентов среднего возраста – 5,9 дней, причем пожилые пациенты ожидали место в дневном стационаре достоверно выше, чем пожилые среднего возраста ($p < 0,05$). В частных ЛПУ очередь на госпитализацию в дневной стационар практически отсутствовала – для пожилых пациентов частных ЛПУ этот показатель составил от 0,4 дня, для пациентов среднего возраста – 0,3 дня. При этом этот показатель был достоверно меньше, чем для государственных ЛПУ ($p < 0,05$).

Кратность осмотра врачом составила для пожилых пациентов государственных ЛПУ 1,1 раз в день, для пациентов среднего возраста государственных ЛПУ – также 1,1, для пожилых пациентов частных ЛПУ – 1,9, для пациентов среднего возраста – 1,2.

Кратность осмотра врачом и ежедневная продолжительность пребывания в дневном стационаре пожилых и старых больных, находящихся на лечении в частных ЛПУ, выше как по сравнению с пациентами среднего возраста частных ЛПУ, так и по сравнению с пожилыми больными государственных учреждений.

Ежедневная продолжительность пребывания больного в дневном стационаре составила для пожилых пациентов государственных ЛПУ 3,1 часа, для пациентов среднего возраста государственных ЛПУ – 2,9, для пожилых пациентов частных ЛПУ – 3,9, для пациентов среднего возраста – 3,0.

Таким образом, кратность осмотра врачом и ежедневная продолжительность пребывания в дневном стационаре больных пожилого и старческого, находящихся на лечении в частных ЛПУ, была выше как по сравнению с пациентами среднего возраста частных ЛПУ ($p < 0,05$), так и по сравнению с пожилыми больными государственных учреждений ($p < 0,05$).

Была также проведена оценка клинической эффективности лечения в дневных стационарах пациентов пожилого и старческого возраста.

В группе пациентов пожилого возраста, которые лечились в государственных учреждениях, до лечения в дневном стационаре показатель физической работоспособности составил $542,2 \pm 7,3$ кгм/мин, после лечения – $672,4 \pm 3,4$ кгм/мин. Несмотря на то, что исходные и конечные показатели достоверно меньше, чем у пациентов среднего возраста ($582,4 \pm 4,5$ и $714,4 \pm 3,8$ кгм/мин), динамика была положительной ($p < 0,05$).

В группе пациентов пожилого возраста, которые лечились в частных учреждениях, до лечения в дневном стационаре показатель физической работоспособности составил $556,7 \pm 6,0$ кгм/мин, после лечения – $658,8 \pm 5,1$ кгм/мин. Несмотря на то, что исходные и конечные показатели достоверно меньше, чем у пациентов среднего возраста ($578,3 \pm 4,6$ и $710,4 \pm 4,9$ кгм/мин), динамика была положительной ($p < 0,05$).

В значениях показателей физической работоспособности и их динамике не было выявлено отличий во всех возрастных группах между пациентами, лечившимися в государственных и частных учреждениях ($p < 0,05$).

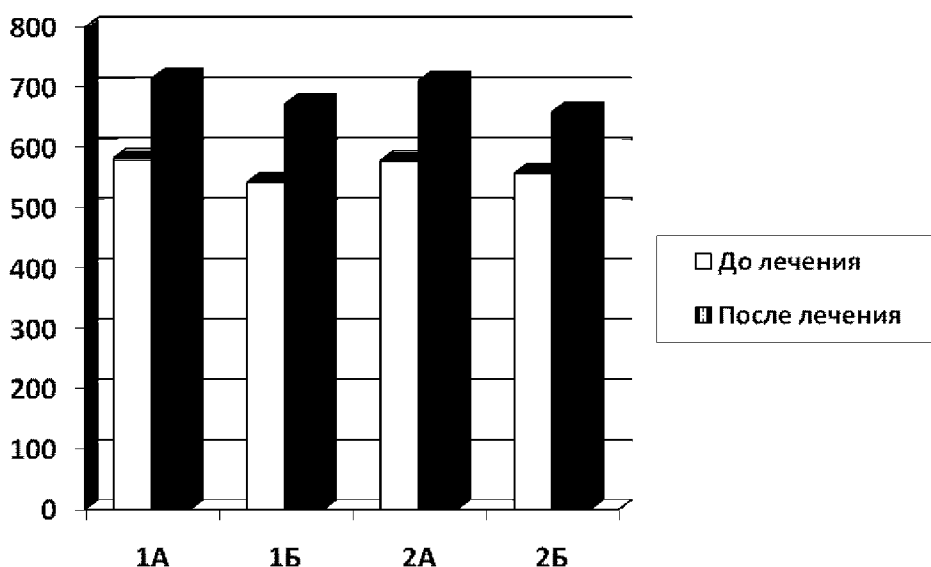


Рис. 1. Динамика физической работоспособности при лечении в дневном стационаре:
1А – государственные поликлиники, пациенты среднего возраста;
1Б – государственные поликлиники, пациенты пожилого и старческого возраста;
2А – коммерческие поликлиники, пациенты среднего возраста;
2Б – коммерческие поликлиники, пациенты пожилого и старческого возраста.

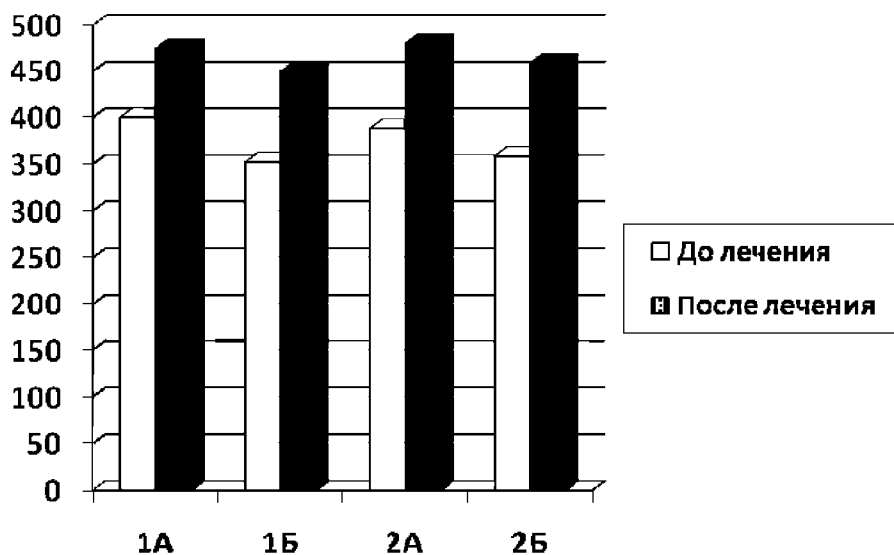


Рис. 2. Динамика теста с 6-минутной ходьбой до и после лечения в дневном стационаре.
1А – государственные поликлиники, пациенты среднего возраста;
1Б – государственные поликлиники, пациенты пожилого и старческого возраста;
2А – коммерческие поликлиники, пациенты среднего возраста;
2Б – коммерческие поликлиники, пациенты пожилого и старческого возраста.

Динамика теста с 6-минутной ходьбой. В группе пациентов пожилого возраста, которые лечились в государственных учреждениях, до лечения в дневном стационаре показатель теста с 6-минутной ходьбой составил $352,2 \pm 6,4$ м, после лечения – $449,4 \pm 3,3$ м. Несмотря на то, что исходные и конечные показатели достоверно меньше, чем у пациентов среднего возраста ($400,2 \pm 4,3$ и $474,4 \pm 2,9$ м), динамика была положительной ($p < 0,05$).

В группе пациентов пожилого возраста, которые лечились в частных учреждениях, до лечения в дневном стационаре показатель теста с 6-минутной ходьбой составил $358,6 \pm 5,5$ м, после лечения – $459,0 \pm 4,0$ м. Несмотря на то, что исходные и конечные показатели достоверно меньше, чем у пациентов среднего возраста ($388,2 \pm 3,0$ и $480,1 \pm 4,4$ м), динамика была положительной ($p < 0,05$).

В значениях показателей теста с 6-минутной ходьбой и их динамике не было выявлено отличий во всех возрастных группах между пациентами, лечившимися в государственных и частных учреждениях ($p < 0,05$).

Динамика фракции выброса. В группе пациентов пожилого возраста, которые лечились в государственных учреждениях, до лечения в дневном стационаре показатель фракции выброса составил $40,2 \pm 0,4\%$, после лечения – $42,4 \pm 1,1\%$. Исходные и конечные показатели были аналогичны таковым у пациентов среднего возраста ($41,3 \pm 2,3\%$ и $41,4 \pm 2,5\%$), динамику в процессе лечения не претерпели ($p > 0,05$).

В группе пациентов пожилого возраста, которые лечились в частных учреждениях, до лечения в дневном стационаре показатель фракции выброса составил $40,4 \pm 0,7\%$, после лечения – $41,0 \pm 3,0\%$. Несмотря на то, что исходные и конечные показатели были достоверно меньше, чем у пациентов среднего возраста ($41,8 \pm 2,0\%$ и $41,9 \pm 2,4\%$), динамику в процессе лечения не претерпели ($p > 0,05$).

В значениях показателей теста с 6-минутной ходьбой и их динамике не было выявлено отличий во всех возрастных группах между пациентами, лечившихся в государственных и частных учреждениях ($p < 0,05$).

Об эффективности работы дневных стационаров можно судить и по динамике функционального состояния пациентов. В нашем исследовании мы оценивали эффективность лечения в дневном стационаре по совокупности динамики жалоб пациентов и объективного статуса.

У пациентов пожилого и старческого возраста, которые проходили лечение в дневном стационаре государственных ЛПУ, состояние нарушенных функций улучшилось у 82,2% пациентов, отсутствие восстановления функций имело место в 17,0% случаев, ухудшение – 0,8%.

У пациентов среднего возраста, которые проходили лечение в дневном стационаре государственных ЛПУ, состояние нарушенных функций улучшилось у 84,1% пациентов, отсутствие восстановления функций имело место в 15,2% случаев, ухудшение – 0,7%.

У пациентов пожилого и старческого возраста, которые проходили лечение в дневном стационаре частных ЛПУ, состояние нарушенных функций улучшилось у 83,6% пациентов, отсутствие восстановления функций имело место в 15,8% случаев, ухудшение – 0,6%.

У пациентов среднего возраста, которые проходили лечение в дневном стационаре частных ЛПУ, состояние нарушенных функций улучшилось у 85,1% пациентов, отсутствие восстановления функций имело место в 14,6% случаев, ухудшение – 0,3%.

Таким образом, в нашем исследовании мы не выявили достоверной динамики в функциональном состоянии пациентов в зависимости от возраста ($p > 0,05$) и от формы собственности учреждения ($p > 0,05$).

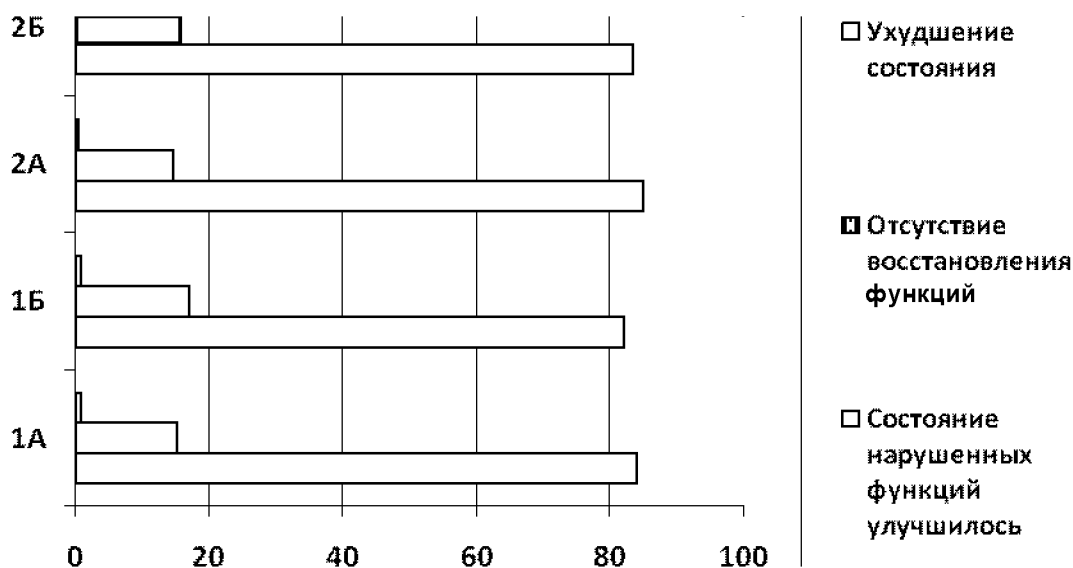


Рис. 3. Динамика функционального состояния до и после лечения в дневном стационаре
 1А – государственные поликлиники, пациенты среднего возраста;
 1Б – государственные поликлиники, пациенты пожилого и старческого возраста;
 2А – коммерческие поликлиники, пациенты среднего возраста;
 2Б – коммерческие поликлиники, пациенты пожилого и старческого возраста.

Не стоит забывать и о таком важном показателе, как качество жизни.

В государственных учреждениях у пациентов как среднего, так пожилого и старческого возраста при завершении лечения в дневном стационаре по мере улучшения состояния отмечалась положительная динамика качества жизни по следующим показателям: было достигнуто достоверное уменьшение болевого синдрома, улучшилось физическое и социальное функционирование.

В частных учреждениях, также как и в государственных, у пациентов как среднего, так пожилого и старческого возраста при завершении лечения по мере улучшения состояния отмечалась положительная динамика качества жизни по следующим показателям: было достигнуто достоверное уменьшение болевого синдрома, улучшение физического и социального функционирования ($p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем для этих показателей). По этим показателям динамика была идентичной результатам лечения в государственных учреждениях. А вот по показателям психологического здоровья и ролевого эмоционального функционирования в частных учреждениях, в отличие от государственных, во всех возрастных группах была отмечена положительная динамика ($p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем и с результатами лечения в государственных учреждениях).

Также важно упомянуть и о высокой социальной эффективности дневных стационаров. Пациентам предоставляется возможность вести активный образ жизни, не нарушая при этом привычный режим, в том числе и питания, что в целом также благоприятно влияет на состояние психоэмоциональной сферы пациента.

Весьма значимым является вопрос экономической эффективности работы дневных стационаров.

Очень показательным в отношении экономической эффективности работы дневных стационаров является исследование Л. Ф. Молчановой, И.Л. Грачевой [3].

Экономическая эффективность лечения в условиях дневного стационара определялась путем анализа затрат на оказание медицинской помощи по статьям сметы,



средней стоимости койко-дня и длительности лечения больных. Оценивались прямые материальные затраты, хозяйственные расходы, затраты на оплату труда и начисления на заработную плату с последующим расчетом стоимости оказания медицинской услуги. Основными источниками финансирования как дневного, так и круглосуточного стационара являлись доходы, получаемые из Регионального фонда обязательного медицинского страхования, и бюджетные средства. Расходы на лечение больных обеих групп и их место в структуре расходов представлены в табл. 2.

Таблица 2

Среднегодовые расходы по статьям сметы на 1 больного, руб.

Статья расходов	Дневной стационар	Круглосуточный стационар
Заработная плата и начисления на заработную плату	126,9	528,9
Медикаменты и перевязочные средства	61,6	124,0
Питание	23,0	65,0
Мягкий инвентарь	5,7	5,3
Коммунальные услуги	21,6	23,2
Прочие текущие расходы	6,7	7,2
Капитальный ремонт	3,0	5,3
Всего	248,5	758,9

Полученные данные свидетельствуют о том, что стоимость оказания медицинской помощи больным в условиях специализированного нефрологического отделения была почти в 3 раза выше, чем в дневном стационаре.

Как видно из табл. 2, распределение расходов в круглосуточном и дневном стационарах существенно различалось, особенно по статьям «заработная плата» и «питание». В дневном стационаре затраты по статье «заработная плата» оказались ниже в 4,2 раза, что связано с сокращением времени работы медицинского персонала по сравнению с круглосуточным стационаром (за счет исключения дежурств в ночное время), расходы на питание больных – в 2,8 раз меньше (одноразовое питание вместо трехразового). Расходы по статье «медикаменты» в специализированном отделении были незначительно выше, что доказывает небольшую разницу в терапии однотипных больных при лечении в круглосуточном и дневном стационарах.

В результате средняя стоимость 1 койко-дня в дневном стационаре составила 255,5 руб., что в 2,9 раз ниже, чем в круглосуточном стационаре (758,0 руб.). Учитывая разницу в сроках лечения, примерный экономический эффект при лечении в условиях дневного стационара в расчете на 1 больного составил 3941,6 руб.

Заключение. Таким образом, по результатам проведенных исследований можно сделать вывод об эффективности лечения больных в стационарзамещающих условиях, что позволяет более рационально использовать дорогостоящий специализированный коечный фонд. Организация лечения во внебольничных условиях является клинически и экономически обоснованной. Несомненными являются экономическая, социальная и клиническая эффективность лечения пациентов в условиях дневного стационара.

Литература

1. Арабчиков, К.Н. Проблемы конкурентоспособности в системе российского здравоохранения / К.Н. Арабчиков, / Вестник АКСОР. – 2009. – №1. – С.30-32
2. Молчанова, Л.Ф. Организация работы медицинских отделений и служб. Обеспечение качества медицинской помощи. Приоритетный национальный проект и Концепция развития



здравоохранения. Общие экономические вопросы / Л.Ф. Молчанова, И.Л. Грачева // «Заместитель главного врача». – 2009. – №10.

3. http://rsmu.ru/fileadmin/rsmu/ing/about_rsmu/assoc_mosk_vuz_soc_obslyzh_obraz/pankov/nom_68_4_7_1_vppcd0_pudzm.pdf (дата обращения 28.09.2011)

COMPARATIVE EFFICIENCY OF DAYHOSPITAL IN PUBLIC AND PRIVATE INSTITUTIONS

N.M. KUNITSYNA¹

V.V. LUTSKO²

E.V. FESENKO¹

E.V. YUDINA¹

YA.S. KONOVALOV³

Д.В. АХСЕНОВ³

*¹Belgorod National
Research University*

*²Medical Center
«Your clinic»,
Moscow*

*³St.Petersburg Institute
of Bioregulation
and Gerontology,
NMB of RAMS*

e-mail: ela-la-alo@mail.ru

The paper presents an analysis of clinical, social and economic efficiency of day hospitals in public and private institution.

Keywords: day hospital, effectiveness.