

Изучение рациональности использования коечного фонда в отделениях терапевтического профиля городских больниц

Солодухина Д.П.

к. соц. н., магистр общественного здоровья

Толмачев Н.Е.

к.м.н., заслуженный врач РФ

На основании исследования терапевтического, неврологического и гастроэнтерологического отделений одной из городских больниц г. Курска была изучена рациональность использования коечного фонда. В результате авторы делают вывод о необходимости продолжения мониторинга госпитализаций и койко-дней по методике данного исследования и о необходимости смены представлений врачей об обоснованности госпитализации больных. Отмечается сложность исследования возможности применения стационарозамещающих технологий в условиях их отсутствия на местах. В то же время их наличие позволит установить истинные размеры оптимального снижения коечного фонда. Авторы считают перспективным сокращение коек с низкоинтенсивной медицинской помощью и замещением части их койками ухода (долгосрочного пребывания), обеспеченных большим числом младшего и среднего персонала, а части – высокотехнологичными койками с соответствующим оборудованием и персоналом для действительно нуждающихся в комплексной медицинской помощи.

Ключевые слова: коечный фонд, оптимизация, госпитализация, стационарозамещающие технологии

Введение

Во всех системах здравоохранения использование коечного фонда является предметом изучения как для политиков, так и для управленцев. В связи с тем, что до сих пор значительная доля валового бюджета здравоохранения расходуется на больничный сектор, попытки повысить эффективность и снизить расходы ведутся через реформирование стационарной помощи. Известно, что недостаточное или, напротив, избыточное количество стационарных коек является следствием целого ряда причин. Среди них особая роль принадлежит обоснованности или адекватности госпитализации, понимаемая как соответствие состояния больного определенным для наблюдения в стационаре критериям, а также соответствие процедур и манипуляций, обеспечиваемых в стационаре, объему (интенсивности) и уровню сложности и технологичности, принятом в современном стационарном лечении. (1)

В России больницы традиционно доминировали в системе оказания медицинской помощи. В последние годы в условиях дефицита ресурсов предпринимались различные меры по сокращению коечного фонда: от закрытия участковых и номерных районных больниц до простого уменьшения числа коек в стационарах различного профиля. (2) Однако никогда не ставился вопрос об оценке нужд больного в госпитализации от степени адекватности назначенного лечения его состоянию, и какие есть возможности для лечения того же пациента в альтернативных условиях, с достижением того же исхода, большей удовлетворенности пациента и экономической выгоды.

В развитых странах системы здравоохранения располагают меньшим числом больничных коек, а сроки лечения короче. Тем не менее, в этих странах в условиях низкого среднего пребывания больного на койке и высокого коечного оборота, вопрос обоснованности госпитализации достаточно часто поднимается исследователями и практическими врачами. (3) Наиболее достоверным способом изучения проблемы нерациональности в больничном секторе является количественный метод. Он заключается в анализе госпитализации каждого пациента экспертом для определения доли неадекватно находящихся в стационаре больных и выявление необоснованных койко-дней по выборкам истории болезни с использованием Международного протокола исследования обоснованности госпитализации с последующей статистической обработкой. (4) Данную методику разработали Р.М. Gertman и J.D. Restuccia в 1980 году в Оксфорде (Appropriateness Evaluation Protocol) и позже она была модифицирована другими исследователями в странах Западной Европы и Азии с учетом особенностей организации больниц в национальных системах здравоохранения. (5) Однако, для первичной разработки данной проблемы применяют качественный метод, используя экспертные опросы врачей различных стационаров (интервьюирование) и фокус-группы. (6, 7) Другой подход, широко используемый в зарубежной практике, заключается в изучении направлений на госпитализацию врачей первичного звена и оценке доли пациентов, которым лечение в стационаре могло быть заменено другой формой организации помощи. (8)

Мы провели предварительное исследование поставленной проблемы качественными методами сбора материала в 2002-2003 гг. Анкетированием было изучено субъективное мнение 63 врачей всех 20 стационаров терапевтического

профиля 7 городских больниц г. Курска по вопросу возможности лечения пациентов 60 лет и старше, госпитализированных в стационар, в альтернативных условиях. Мы выбрали данный контингент лиц для пилотного исследования, так как согласно результатам многих международных работ в этой области, при прочих равных условиях, доля необоснованных госпитализаций и особенно доля необоснованно проведенных койкодней у лиц старшего возраста превышает таковую у пациентов других возрастных групп. (1)

По нашим данным, 32% всех госпитализаций лиц 60 лет и старше могли бы быть заменены другими видами помощи. При этом наибольшая доля таких больных оказалась в общетерапевтических и неврологических отделениях (38,4% и 33,8% соответственно). В других отделениях средние значения доли неадекватно госпитализированных среди пожилых пациентов практически равны и составили 27-28%.

Для оценки приемлемости альтернативных форм организации помощи для необоснованно госпитализированных больных мы использовали специальную шкалу от 0 до 3, предлагающую три варианта ответов на каждую из предложенных альтернатив стационару. «3» означала высокую, «2» – среднюю и «1» – низкую пригодность альтернативы как формы организации помощи для изучаемого контингента больных, тогда как «0» – полную непригодность. Наибольший приоритет был отдан геронтологической службе (средний балл составил 2,7). Поликлиническая помощь как альтернатива оценена в 2,5 балла, реабилитационные услуги – в 2,4, стационар на дому и дневной стационар – в 2,2 и 2,1 балла соответственно. Наименьшую оценку получили учреждения длительного ухода с низкоинтенсивной помощью (больница сестринского ухода) – 1,7.

Мы сгруппировали результаты анализа по профилям отделений, чтобы выявить различия и сходства между ними. Стационар на дому наиболее предпочтителен как альтернатива больным, проходящим лечение в общей терапии, пульмонологии, эндокринологии и гастроэнтерологии. Отделение дневного стационара может успешно заменить круглосуточный стационар для гастроэнтерологических, эндокринологических, кардиологических и пульмонологических больных, но менее пригодно для пациентов из неврологических и общетерапевтических отделений. Для кардиологических больных реабилитация как альтернативная форма оказания помощи менее пригодна в сравнении с другими отделениями, что указывает на высокую частоту острых состояний пациентов, требующих неотложного стационарного лечения, отличного от поликлинических или санаторно-курортных реабилитационных мероприятий.

Учреждение длительного ухода – наименее предпочитаемый выбор для пациентов, обозначенный врачами всех отделений. Однако оценка этой альтернативы оказалась достаточно высока в пульмонологии (2,2) и кардиологии (2,0), но низкой в общетерапевтических отделениях (1,5). Врачи всех отделений отметили важность геронтологической службы. Оценка этой альтернативной формы варьировала от 2,4 в кардиологии до 3,0 в терапии со средним значением 2,7 балла.

Мы также опросили 35 участковых врачей поликлиник с целью оценки возможности использования альтернативных видов помощи для больных, направленных ими на стационарное лечение. Анализ пригодности альтернативных форм организации помощи для необоснованно госпитализируемых пожилых лиц представлял достаточно трудную задачу, так как оценки врачей зависели во многом от опыта работы, квалификации и личного отношения к данной проблеме. Однако наибольший приоритет среди предложенных альтернатив был отдан дневному стационару. Почти для четверти всех пожилых пациентов круглосуточный стационар мог быть заменен дневным. Далее следовали амбулаторная помощь и стационар на дому, которые оказались пригодными для 16,4% и 15,3% больных соответственно. 12% всех госпитализированных лиц старшего возраста нуждались в регулярной консультации врача-геронтолога, и 8% – в учреждениях длительного ухода. Полученные данные свидетельствуют о том, что развитие указанных форм помощи также внесло бы определенный вклад в снижение числа необоснованных госпитализаций в изучаемой категории лиц и от 30 до 100% всех госпитализаций лиц старшего возраста могли бы быть замещены альтернативными видами организации помощи.

Таким образом, итоги предварительного исследования указали на актуальность изучаемой нами проблемы. В то же время субъективные врачебные оценки имели большую вариацию и поэтому нуждались в подтверждении количественными методами исследования.

Мы предположили, что часть больных госпитализируется по причине отсутствия развитой системы стационарозамещающей помощи, а также по социальным показаниям. Не исключалось и административное давление на врачей стационаров с целью достижения плановой занятости койки.

В дальнейшей работе мы изучили рациональность использования стационарных коек (наличие и масштаб проблемы необоснованной госпитализации и излишних койкодней) с помощью количественных методов, а именно статистического и эпидемиологического анализа, которые имеют достаточно высокую надежность, достоверность и точность и широко применяются для изучения этой проблемы в мировой практике.

Методика исследования

Объект исследования – больной терапевтического профиля и койкодень, проведенный в стационаре терапевтического профиля. Анализ подвергался день пребывания в стационаре, предшествующий приходу экспертов в отделение. Место проведения исследования – терапевтическое, неврологическое и гастроэнтерологическое отделения одной из городских больниц г. Курска.

Цель работы – изучить проблему необоснованной госпитализации в отделениях терапевтического профиля на примере г. Курска для разработки предложений по оптимизации использования коечного фонда.

Инструменты исследования:

1) Модифицированная форма международного протокола оценки адекватности стационарного дня для оценки обоснованности койкодня (переведена на русский язык и адаптирована к российским условиям). Протокол (авторы Gertman и Restuccia) содержит 3 группы критериев адекватности койкодня, объединенных по принципам: медицинские услуги, оказанные в стационаре; потребность пациента в уходе и сестринской помощи; состояние пациента. (5)

2) Специально разработанный регистр для экспертной врачебной оценки обоснованности случая госпитализации независимым внешним и внутренним экспертами. Экспертиза обоснованности случая госпитализации была проведена в виде однодневного исследования всех пациентов, находящихся в отделении на день исследования, и заведенной на них первичной медицинской документации.

Источник данных – дневники истории болезни; мнение эксперта, основанное на объективном осмотре больного и медицинской документации (истории болезни, журнал учета больных в отделении). Внутренний эксперт – врач отделения, где проводилась экспертиза, имеющий наивысшую из всех врачей отделения квалификационную категорию и стаж работы в данном отделении по специальности не менее 5 лет. Внешний эксперт – профессиональный врач-эксперт, с большим клиническим стажем, с научной степенью и высокой врачебной квалификацией.

Для систематизации результатов и последующего статистического анализа была создана база данных в компьютерной программе SPSS (статистический пакет для социальных наук), версия 10.0 для Microsoft Windows.

Для исследования обоснованности госпитализации была взята сплошная выборка больных, находящихся в день исследования в изучаемом отделении стационара. Исследование проводилось в каждом отделении дважды с интервалом 2 месяца для выявления сезонных различий и увеличения размера выборки. Характеристика выборки представлена в таблице 1.

Таблица 1. Характеристики выборки

Признак	Распределение выборки	
	Абсолютное число	Доля, в %
Пол		
- мужской	127	54
- женский	108	46
Возраст		
- до 40 лет	40	17
- 40-59 лет	97	41,3
- 60-74 лет	83	35,3
- старше 75 лет	15	6,4
Статус инвалида		
- есть	70	29,8
1 группа (ограничение трудоспособности 3 степени)	6	8,6
2 группа (ограничение трудоспособности 2 степени)	48	68,6
3 группа (ограничение трудоспособности 1 степени)	16	22,9
- нет	165	70,2
Семейный статус		
- одинокий / одинокая	31	13,2
- проживает с супругом / супругой	71	30,1
- проживает с детьми/семьями детей	65	27,7
- проживает с супругом и детьми / семьями детей	30	12,8
- с родителями или другими родственниками	38	16,2
Образование		
- незаконченное среднее	31	13,2
- среднее	94	40,0
- среднее специальное	79	33,6
- высшее	31	13,2
Жилищные условия		
- отличные	13	5,5
- хорошие	165	70,2
- удовлетворительные	53	22,6
- плохие	4	1,7

Большинство пациентов были из терапевтического отделения (44%), треть – из гастроэнтерологического и четверть – из неврологического, что было обусловлено структурой коечного фонда изучаемого стационара. Патология больных соответствовала профилю отделения и включала сердечно-сосудистые заболевания, болезни пищеварительного тракта, нервной системы и органов дыхания. Женщин в выборке было чуть больше, чем мужчин (54%). Средний возраст стационарного больного – 54,2 года. При этом доли лиц до 40 лет и 75-летних и старше незначительны (17% и 6,4% соответственно), тогда как преобладающими возрастными категориями явились больные 40-59 и 60-74 лет (41,3% и 35,3% соответственно). Наибольшая доля пожилых пациентов 60 лет и старше выявлена в терапевтическом отделении (47%). В неврологическом отделении этот показатель – 35%, в гастроэнтерологическом отделении – 26,6%.

Результаты

Обобщенные результаты исследования проанализированы по профилю отделений и в целом по выборке и сведены в таблице 2.

Таблица 2. Обобщенные результаты экспертизы обоснованности случаев госпитализации и случайно выбранных койко-дней в терапевтическом, гастроэнтерологическом и неврологическом отделениях

Изучаемая характеристика	Профиль отделения			Всего по отделениям
	Терапия	Гастроэнт.	Неврология	
Количество больных, подвергшихся экспертизе	103	76	56	235
Доля обоснованных госпитализаций (по мнению внешнего эксперта)	25,2%	10,5%	91,1%	36,2%
Доля обоснованных койко-дней (по мнению внешнего эксперта)	16,5%	8,0%	78,6%	28,5%
Количество медицинских манипуляций в день, предшествующий экспертизе	3,6	3,3	4,5	3,7
Количество медицинских манипуляций в первые 3 дня пребывания больного в стационаре	18,4	12,9	10,8	14,8
Доля пациентов, нуждавшихся в круглосуточном наблюдении				
	а) по мнению внешнего эксперта	14%	5,3%	78,6%
б) по мнению внутреннего эксперта	98%	40,8%	100%	80,0%
Доля пациентов, для которых приемлем дневной стационар				
	а) по мнению внешнего эксперта	45,6%	71,1%	7,1%
б) по мнению внутреннего эксперта	38,8%	75,0%	0	41,3%
Доля пациентов, для которых приемлем стационар на дому				
	а) по мнению внешнего эксперта	20,4%	21,1%	4,0%
б) по мнению внутреннего эксперта	2,0%	4,0%	0	2,1%
Доля пациентов, для которых приемлема амбулаторная помощь				
	а) по мнению внешнего эксперта	3,0%	2,6%	7,0%
б) по мнению внутреннего эксперта	17,5%	1,3%	44,6%	18,7%
Доля пациентов, для которых приемлема оказание помощи в учреждения ухода				
	а) по мнению внешнего эксперта	3,0%	0	0
б) по мнению внутреннего эксперта	0	1,3%	3,6%	1,3%
Доля пациентов, для которых приемлема оказание помощи в реабилитационных отделениях				
	а) по мнению внешнего эксперта	6,0%	0	0
б) по мнению внутреннего эксперта	1,9%	0	75%	18,7%

Обоснованность госпитализации, по мнению внешних независимых экспертов, в среднем по всем отделениям составила 36,2%. При этом наибольшая доля случаев, признанных обоснованно госпитализированных, выявлена в неврологическом отделении (91,1%), тогда как в терапевтическом она составила лишь 25,2%, а в гастроэнтерологическом – 10,5%. Мы не выявили статистически значимых различий в обоснованности госпитализаций по социально-демографическим характеристикам пациентов, таких как пол, возраст, семейное положение, жилищные условия, а также по времени года (весна, лето). Можно отметить, что среди пациентов 60-75 лет доля необоснованно госпитализированных наибольшая – 65%, тогда как в группе 75-летних и старше она наименьшая (55%). Обоснованность госпитализации выше у лиц с группой инвалидности: 47,1% против 31% у пациентов, не имеющих ограничений трудоспособности ($p=0,02$).

Аналогична и ситуация по обоснованности койко-дня: среднее значение составило 28,5%, но различие между отделениями значительно (амплитуда признака колеблется от 8,0 до 78,6%). Экспертиза дня госпитализации выявила зависимость обоснованности от порядкового дня госпитализации: 1-3-ий дни после поступления были признаны обоснованными в 41,5% случаев, 4-7 дни – у 36,1% пациентов, 8-12 дни – у 22,2% пациентов, тогда как 13 и последующие дни – лишь в 9,7% случаев ($p<0,004$). При этом эксперты основывали свое мнение на интенсивности получаемого пациентом лечения: так, если количество медицинских манипуляций, выполненных в день, предшествующий экспертизе, не превышало четырех, то обоснованность дня госпитализации признавалась лишь в 15,3% случаев, если же число манипуляций варьировало в пределах 5-9, обоснованность составляла 56,3% и, наконец, в случае 10 и более манипуляций, 80% дней считались обоснованными ($p<0,0001$). Наиболее интенсивная помощь оказывалась в неврологическом отделении: в день экспертизы половине пациентов обеспечивалось 5 и более медицинских манипуляций, в терапевтическом отделении – лишь трети, а в гастроэнтерологическом отделении – 18,5% больных. Среднее количество манипуляций в день экспертизы было наибольшим в неврологическом отделении и составило 4,5 (95% доверительный интервал 3,9-5,2), в терапевтическом этот показатель был равен 3,6 (3,1-4,1), в гастроэнтерологическом – 3,3 (2,8-3,8). В то же время первые 3 дня пребывания пациента в стационаре наиболее интенсивны по оказанию медицинской помощи в терапевтическом отделении: общее количество процедур на 1 больного составляло 18,4 (95% доверительный интервал 16,3-20,5), далее следовали гастроэнтерологическое отделение – 12,9 (11,1-14,7) и неврологическое – 10,8 (9,9-11,7). Из всех проанализированных больных внешние эксперты отметили 26,4% как нуждавшихся в круглосуточном наблюдении медицинского персонала. По мнению лечащих врачей отделений эта доля приближалась к 80%. В целом, в нашем исследовании отсутствовало согласие внешних и внутренних экспертов по вопросам обоснованности госпитализации. Это объясняется стереотипом мышления врача стационара обосновывать все случаи госпитализации как необходимые, мотивируемым страхом перед возможными административными мерами, такими как сокращением коек и штатного персонала.

Однако по оценке приемлемости дневного стационара как альтернативной формы организации помощи в двух отделениях внешний и внутренний эксперты имели высокую согласованность: в гастроэнтерологическом отделении оба врача отметили ее как наиболее пригодную для 70-75% пациентов, а в терапевтическом отделении – для 40-45% больных. Внешние эксперты посчитали возможным использование стационара на дому для 20% пациентов, проходящих лечение в терапевтическом и гастроэнтерологическом отделениях, и 5% пациентов неврологического профиля. Врачи отделений оставили данной альтернативе лишь 2-4% больных. Для неврологических больных внутренний эксперт отделения нашла приемлемым реабилитационное отделение в 75% случаев госпитализации, а также амбулаторную помощь – для 45% пациентов. По единому мнению внешних и внутренних экспертов, учреждение ухода могло заменить стационар не более, чем в 3% случаев госпитализации.

Обсуждение

Результаты нашего исследования свидетельствуют о значительном масштабе проблемы необоснованных госпитализаций, решение которой требует комплексных мер по разработке новых критериев для госпитализации и пересмотру стандартов по сроку пребывания больного в стационаре.

Полученные нами данные по доле необоснованных госпитализаций несколько превышают цифры, приводимые в других источниках, свидетельствующих, что от 20 до 50% лиц, получающих лечение в стационарах, особенно терапевтического, неврологического и хирургического профилей, направлены на госпитализацию необоснованно и могли бы получать более эффективную и значительно менее дорогостоящую помощь в условиях дневных стационаров и стационаров на дому. (9)

Одним из показателей, по которым можно судить о степени необходимости круглосуточного наблюдения за больным и постоянного контроля за состоянием здоровья, является присутствие больных в отделениях в вечернее и ночное время (время ужина и отхода ко сну). По данным Г.А. Пономаревой и соавт., установлено регулярное отсутствие в отделениях 25-30% больных, находящихся на круглосуточном режиме пребывания. Наибольшее число отсутствующих (до 50%) отмечено в гинекологических отделениях и отделениях терапевтического профиля: эндокринологических, неврологических и педиатрических. (10)

А.Н. Злобин в своей работе по исследованию заболеваемости и потребности в медико-социальной помощи населения пожилого и старческого возраста в Тверской области выявил высокую частоту необоснованной госпитализации. При этом 13% могли получать адекватное лечение в учреждениях для хронических больных, 4% – в дневных стационарах и 8% – в специализированных центрах. (11)

Среди сильных сторон нашей работы необходимо отметить следующее:

- 1) двухэтапное качественное и количественное исследование поставленной проблемы было проведено впервые в России и обеспечило более высокую надежность результатов, чем данные предыдущих работ в этой области;

- 2) качественный анализ был проведен во всех терапевтических отделениях города, то есть была соблюдена 100%-ая репрезентативность генеральной совокупности;
- 3) использование стандартизированной методики для оценки необоснованности случая госпитализации и выборочного койко-дня в количественном исследовании обеспечило достоверность результатов, исследование может быть продолжено в дальнейшем в виде постоянного мониторинга;
- 4) оценка необоснованности и приемлемости альтернатив стационару была проведена изучением мнений независимых друг от друга внешнего и внутреннего экспертов;
- 5) организация работы в 2 этапа с интервалом в 2 месяца позволила выявить более четкую тенденцию и избежать случайных результатов.

В то же время есть и слабые стороны:

- 1) субъективное мнение каждого из экспертов не исключает ошибочных заключений
- 2) низкая согласованность мнений внешних и внутренних экспертов не позволяет говорить о высокой точности результатов
- 3) недостаточно большая выборка пациентов
- 4) количественное исследование было проведено в одном медицинском учреждении, что не дает возможности распространять выводы на все стационары города.

Городскому комитету здравоохранения рекомендовано продолжить мониторинг необоснованных госпитализаций и койко-дней по предложенной методике во всех медицинских учреждениях для выявления резервов по оптимизации коечного фонда. Необходимо менять представление врачей стационаров об обоснованности госпитализации, сложившееся за долгие годы доминирования больничного сектора в нашей системе здравоохранения, и попытаться заинтересовать их самих в более адекватном отборе пациентов на госпитализацию. Проблематично исследовать теоретическую возможность замещения стационара другими альтернативами, пока они не будут организованы на местах. Наличие стационарозамещающих форм медицинской помощи при их доступности позволит выявить истинные резервы снижения коечного фонда. Домашний уход, дневной стационар, паллиативная и социальная помощь потенциально эффективны для пожилых пациентов. Степень пригодности каждой альтернативы зависит от социально-экономических характеристик, профиля патологии и функционального статуса конкретного больного.

В перспективе видится резонным сокращение коек с низкоинтенсивной медицинской помощью и замещением части их койками ухода (долгосрочного пребывания), обеспеченных большим числом младшего и среднего персонала, а части – высокотехнологичными койками с соответствующим оборудованием и персоналом для действительно нуждающихся в комплексной медицинской помощи.

Мы выражаем большую благодарность Институту «Открытое Общество» за финансовую и организационную поддержку в выполнении данной работы по индивидуальному гранту #1AZ312, выделенному в 2004 г.

Литература

1. McDonagh MS, Smith DH, Goddard M. Measuring appropriate use of acute beds. A systematic review of methods and results // Health Policy. - 2000. - №53. – P. 157-184.
2. Payne SMC Identifying and managing inappropriate hospital utilisation: a policy synthesis // Health Service Res. – 1987. - № 22. – P. 709-769.
3. Hospitals in changing Europe / edited by Martin McKee and Judith Healy. European Observatory on Health Care Systems series. Open University Press 2002; Pp. 106-108.
4. Hicks N.R. Some observations on attempts to measure appropriateness of care // B.M.J. – 1994. – № 309. – P.730-733.
5. Gertman PM, Restuccia JD. The appropriateness evaluation protocol: A technique for assessing unnecessary days of hospital care // Medical Care. – 1981. - №19. – P. 855-871.
6. Britten N. Qualitative research: qualitative interviews in medical research // B.M.J. – 1995. – № 311. – P. 251-253.

7. Campbell J. Inappropriate admissions: thoughts of patients and referring doctors // J. R. Soc. Med. – 2001. - №94. – P. 628-631.
8. Elwyn G.J., Stott N.C.H. Avoidable referrals? Analysis of 170 consecutive referrals to secondary care // B.M.J. – 1994. – № 309. – P.576-578.
9. Приказ Минздрава РФ №438 от 09.12.1999 г. «Об организации деятельности дневных стационаров в лечебно-профилактических учреждениях».
10. Пономарева Г.А., Исаков С.А., Толстов Н.И., Артемьева Г.Б., Успенская И.В., Петров В.И. Обеспечение государственных гарантий бесплатной стационарной помощи населению региона // Здравоохранение. - 2000.- №8.- С. 21-30.
11. Злобин А. Н. Заболеваемость и потребность населения пожилого и старческого возраста в медико-социальной помощи // Врач. – 2003. - №2. – С. 43-44.

The study of rational bedspace use in the therapeutic branches of the city of Kursk clinics

Solodukhina D.P.

PhD, Magister of Public Health

Tolmatchev N.E.

PhD, Honored Doctor of Russian Federation

Bedspace efficiency study was based on data from therapeutic, neurological, and gastrointestinal branches of one of the city hospitals in Kursk. Authors come to the conclusion on the need of continuous monitoring of admissions and patient days based on their research techniques. It is also necessary to change health professionals attitudes to the validity of hospitalization. The difficulty to study substitute to hospitalization methods of rendering care in the situation of their absence is noted. At the same time, their adoption will help to determine optimal cuts in bedspace. The authors consider promising reduction in low intensity care beds replacing them partly with long-term stay beds manned with a higher number of nurses and paramedics, and partly with high-tech beds for those in need for comprehensive care.

Key words: bedspace, optimization, hospitalization, substitute methods of rendering care