О проблеме совершенствования технологии

 плановой госпитализации.

 *Якушев А.М. - начальник информационно-аналитического*

 *отдела ЧГКБ 1.*

 Актуальность проблемы эффективного использования коечного фонда на сегодня не нова и признается практически всеми.

Процесс реформирования системы российского здравоохранения с внедрением и развитием экономических отношений между потребителями и производителями медицинских услуг требует от руководителей всех уровней, и в первую очередь ЛПУ, работы по определению имеющихся резервов для повышения эффективности использования коечного фонда, улучшения качества медицинской помощи и увеличения ее объема.

 Не претендуя на исключительность и сознавая,что в использовании

коечного фонда ЧГКБ 1 имеющиеся резервы используются не полностью,нами проведена попытка высветить одно из звеньев взаимосвязанной цепочки обозначенной проблемы.

 Нами проведен анализ влияния полноты обследования при плановой госпитализации больных на среднюю длительность пребывания больного в стационаре и анализ отклонений в технологии плановой госпитализации больных с их взаимосвязью со средней длительностью пребывания в стационаре.

 По методике моментных наблюдений,разработанной НИИ им. Н.А.Семашко,анализу подверглись 100 историй болезни больных хирургического профиля и 45 историй болезни терапевтического профиля.По данным нашего исследования 89% больных были направлены на госпитализацию в хирургический стационар врачами хирургами поликлиники ГКБ 1 и 11% - врачами других лечебно-профилактических учреждений.На плановую госпитализацию в тера-

певтический стационар было направлено 80% - врачами терапевтического профиля поликлиники больницы и 20%-врачами других лечебно-профилактических учреждений.

 Не смотря на существующую в больнице технологию плановой госпитализации больных со стандартизированным по профилю коек объемом догоспитального диагностического обследования,выявлено,что в хирургический стационар поступило полностью обследованных больных лишь 28%,а в терапевтический - 55.6% cм.табл.1 .

 Табл. 1

 Полнота догоспитального обследования при

 плановой госпитализации

-----------------------------------------------------------------------------

¦ ¦ Хирургический ¦ Терапевтический ¦

¦ ¦ стационар ¦ стационар ¦

+----------------------------------------------------------------------------

¦1.Всего больных ¦ 100 - 100% ¦ 45 - 100% ¦

¦-----------------------------------------------------------------------------

¦2.Количество больных ¦ 28 - 28% ¦ 25 - 55.6% ¦

¦ обследованных ¦ ¦ ¦

¦------------------------------------------------------------------------------

¦3.Количество больных ¦ ¦ ¦

¦ не дообследованных ¦ 72 - 72% ¦ 20 - 44.4% ¦

¦ в т.ч.обследованных ¦ ¦ ¦

¦ - не полностью ¦ 29 - 29% ¦ 1 - 2.2% ¦

¦ - без обследования ¦ 43 - 43% ¦ 19 - 42.2% ¦

-------------------------------------------------------------------------------

 Как видно из таблицы 1,при разном соотношении количества не дообследованных больных,соотношение больных,поступивших без обследования в хирургический и терапевтический стационары,практически равно и составляет 43% и 42.2% соответственно.

 Таким образом,сравнивая способы плановой госпитализации больных с полнотой догоспитального обследования,видно,что существующая в больнице технологическая модель госпитализации дает сбои.

 По данным нашего анализа,предоперационный койко-день (среднее пребывание больного в стационаре до операции) у не дообследованных больных хирургического стационара составляет 4.56 дня.У обследованных,поступивших при плановой госпитализации,

предоперационный койко-день равен 2.15 дня.Следовательно,больные поступившие в хирургический стационар в порядке плановой госпитализации недообследованными,готовились к оперативному лечению на 2.4 дня больше,чем полностью обследованные больные.

 Обращает на себя внимание и такой момент,что удельных вес больных,которым было проведено оперативное лечение,от общего числа госпитализированных в плановом порядке больных,составляет 84%,т.е.врачи-хирурги,после дообследования больных на высокозатратной хирургической койке,отказались от оперативного лечения (по разным причинам) и 16% больным проводилось консервативное лечение.

 Рассматривая среднюю длительность пребывания исследуемой группы больных в хирургическом стационаре,мы нашли ее равной 13.0 дней.С учетом среднего предоперационного койко-дня,по исследуемой группе,можно с относительной достоверностью заключить,

что средняя длительность превания больных,госпитализированных полностью обследованными,составляла 10.6 дня, у болных,госпи-

тализированных не дообследованными- 14.0 дней.

Таким образом,56 больных (из 72 не дообследованных больных -16 не

были оперированы),на 100 исследуемых по хирургическому стационару,дали 190 дней необоснованного пребывания на койке.Иными словами,вследствии несоблюдения стандартов догоспитального обследования при плановой госпитализации,средняя длительность пребывания больного на хирургической койке была неоправдано увеличена на 1.9 дня по каждому из 100 исследуемых.Мы не рассматривали в данном случае обоснованность госпитализации 16-ти неоперированных больных,-это тема отдельной экспертизы.

 В случаях плановой госпитализации в терапевтический стационар,

недообследованные больные (44.4%) обследовались на койке 5.3 дня.Этот показатель даже больше,чем в хирургическом стационаре.Однако,нами отслежено,что время начала лечения у большей части этих больных,было отсрочено лишь на 2-3 дня и составляет по всей группе подвергшихся анализу:

 в 1-й день - 64.4%

 во 2-й день - 26.7%

 в 3-й день - 6.7%

 в 4-й день - 2.2%

 Как видно из вышепредставленного,врачи-ординаторы терапевтического стационара не могут назначить адекватного лечения в 1-й день всей группе больных,поступивших в порядке плановой госпитализации.Лишь 64.4% этой группы больных получает лечение,начиная с первого дня.Остальные больные занимают койки терапевтического стационара,дожидаясь завершения обследования,не проведенного на догоспитальном этапе,и только после этого - назначения патогенетического лечения.Даже если предположить,что часть этих больных нуждалась в диагностических мероприятиях в условиях пребывания в стационаре,экспертная оценка,проведенная по историям болезни,

показывает,что удельный вес их невелик.

 При рассмотрении показателя средней длительности пребывания в стационаре у исследуемой группы терапевтических больных,мы определили,что у госпитализированных полностью обследованными он равен 17.2 дня,а у недообследованных - 19.3 дня.Таким образом,

вследствии несоблюдения стандарта обследования,средняя длительность пребываня больного на терапевтической койке была увеличена на 0.9 дня по каждому из 45 исследуемых.

 С целью отслеживания выполнения технологии плановой госпитализации,нами проведена также экспертиза госпитализации по дням недели и времени поступления в стационар исследуемой группы больных хирургического и терапевтического профиля (см.табл.2,3)

 Госпитализация плановых больных по дням недели Табл.2

--------------------------------------------------------------------

¦ ¦ Хирургические ¦ Терапевтические ¦

---------------------------------------------------------------------

¦понедельник ¦ 33% ¦ 26.7% ¦

¦вторник ¦ 24% ¦ 8.9% ¦

¦среда ¦ 16% ¦ 17.8% ¦

¦четверг ¦ 17% ¦ 20.0% ¦

¦пятница ¦ 9% ¦ 22.2% ¦

¦суббота ¦ 1% ¦ 4.4% ¦

¦воскресенье ¦ - ¦ - ¦

----------------------------------------------------------------------

 Время госпитализации плановых больных Табл.3

--------------T---------------------T-------------------¬

¦ ¦ Хирургические ¦ Терапевтические ¦

+-------------+---------------------+-------------------+

¦до 12 часов ¦ 91% ¦ 44.4% ¦

¦-------------+---------------------+-------------------+

¦после 12 час.¦ 9% ¦ 55.6% ¦

L-------------+---------------------+--------------------

 При плановой госпитализации хирургических больных (табл.2) наибольшее количество (33%) больных госпитализируется в понедельник,с ежедневным снижением удельного веса госпитализируемых до минимального уровня в субботу,с полным отсутствием в воскресные дни.С учетом статистически малой величиной исследований по терапевтическим больным,

можно говорить о подобной тенденции плановой госпитализации по дням недели и в терапевтический стационар.

 Анализ полученных данных,характеризующих уровень отклонений в технологии плановой госпитализации больных, допускаемых врачами амбулаторно-поликлинического звена и стационара,интересен не только в количественном и качественном отношении.Существующая организационная технология плановой госпитализации больных предусматривает многоуровневую от-

ветственность,начиная от врача догоспитального этапа,врачей приемного и стационарного отделений и заканчивая руководителями отделений,служб, наконец-больницы и органов управления здравоохранения. Вместе с тем, общеизвестно,что при делегировании ответственности за достижение конкретного результата не одному,а нескольким,а то и многим ответственным,

ожидаемое достижение этого результата проблематично.

 Таким образом,при введении в штат многопрофильной больницы диспетчера (менеджера) по плановой госпитализации больных,возложив на него ответственность за уровень догоспитального обследования, обоснованность госпитализации, за равномерное распределение потока госпитализируемых больных

по дня недели и времени поступления в стационар,экономический эффект очевиден.