**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТАЦИОНАРА**

**Анализ** **использования коечного фонда в организациях здравоохранения**

Методика по формированию статистических показателей использования коечного фонда в организациях здравоохранения утверждена постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.05.2014 г. № 37.

Источниками формирования статистических показателей использования коечного фонда в организациях здравоохранения являются первичные статистические данные государственной статистической отчетности ф.1-стационар (Минздрав) «Отчет о деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях», который ежегодно предоставляется в вышестоящие органы управления здравоохранением. Отчет включает информацию о составе и исходе лечения пациентов в стационаре, о составе больных новорожденных и переводе их в другие стационары, об использовании коечного фонда, о качестве медицинского обслуживания в стационаре, о хирургической, в том числе экстренной хирургической помощи.

***Основные учетные документы, отражающие работу стационара:***

* медицинская карта стационарного пациента;
* журнал приема больных и отказов в госпитализации;
* карта выбывшего больного из стационара, которая заполняется при выписке на каждого пациента;
* листок ежедневного учета больных стационара и коечного фонда;
* сводная ведомость учета больных и коечного фонда в стационаре.

Стационарную медицинскую помощь характеризует более 100 различных показателей, которые принято объединять в определенные группы.

**Показатели территориального уровня**

**1. Показатель обеспеченности населения больничными койками** дает наиболее общую характеристику удовлетворенности населения объемом стационарной помощи. Может рассчитываться как на 1 000 населения (соответствует государственным минимальным стандартам – 9 коек), так и на 10 000 населения (методика ВОЗ). Показатель обеспеченности населения больничными койками можно рассчитать как по стационару, так и по всем профилям коек.

**Показатель обеспеченности населения больничными койками:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число больничных коек на конец года | × | 1 000 |
| Среднегодовая численность обслуживаемого населения |

**Структура коечного фонда по профилям:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число больничных коек определенного профиля | × | 100 |
| Общее число больничных коек |

**2. Уровень госпитализации на 100 жителей на данной территории:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число госпитализированных пациентов | × | 100 |
| Среднегодовая численность населения |

**Показатели деятельности стационара**

**1. Кадры стационара.**

**1.1. Укомплектованность кадрами** и рациональное распределение нагрузки – значимый фактор для обеспечения доступности и качества оказания медицинской помощи.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число занятых врачебных (среднего медперсонала, санитарок) должностей | × | 100 |
| Число штатных врачебных (среднего медперсонала, санитарок) должностей |

Как правило, этот показатель в стационарах приближается к 100 %. В таком случае можно говорить об обеспечении непрерывной медицинской помощи, однако нельзя судить о ее качестве.

**1.2. Коэффициент совместительства:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число занятых врачебных (среднего медперсонала, санитарок) должностей | × | 100 |
| Количество врачей (среднего медперсонала, санитарок) |

Чем в более значительной степени коэффициент превышает единицу, тем меньше условий для качественного оказания медицинской помощи в стационаре. Коэффициент совместительства выше 1,5 – предпосылка к дезорганизации работы.

**1.3. Квалификационные категории врачей (медицинских сестер).** Этот показатель рассчитывается как соотношение имеющих квалификационные категории (в том числе 1, 2, 3 категории) к общему числу врачей (медицинских сестер), подлежащих аттестации.

**1.4. Нагрузка врачей (медицинского персонала):**

|  |
| --- |
| Число коек в стационаре (отделении) |
| Число занятых врачебных (среднего медперсонала) должностей в стационаре (отделении) |

**2. Использование коечного фонда.**

Общее число больничных коек – количество коек в больничной организации, оборудованных необходимым инвентарем и готовых принять пациентов, независимо от того, заняты они пациентами или нет, по состоянию на конец отчетного года. Из общего числа больничных коек исключаются койки для здоровых новорожденных и временные койки.

**2.1. Среднегодовая занятость койки в стационаре (отделении):**

|  |
| --- |
| Число койко-дней, фактически проведенных пациентами в стационаре (отделении) |
| Число среднегодовых коек в стационаре (отделении) |

Планируемая занятость койки – 340 дней в году. Для родильных домов, сельских и инфекционных больниц – 310. Если показатель занятости ниже, то это свидетельствует о нерациональном использовании коечного фонда и необходимости его оптимизации. Превышение занятости койки позволяет предполагать перегруженность персонала, нарушения санитарно-эпидемического и лечебно-охранительного режима, что является прямой угрозой качеству оказания медицинской помощи.

**2.2. Общее число дней простоя койки – показатель обратный занятости:**

365 – Среднее число дней использования (занятости) больничной койки

**2.3. Среднее время простоя больничной койки:**

|  |
| --- |
| Общее число дней простоя больничной койки |
| Оборот больничной койки |

**2.4. Использование пропускной способности:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число фактически проведенных пациентами койко-дней  за год | × | 100 |
| Плановое число койко-дней  (число сметных коек × число дней работы койки по плану) |

**2.5. Показатель средней длительности пребывания пациента на больничной койке** (средняя длительность госпитализации) рассчитывается по стационару и по отделениям и зависит от заболевания, своевременности начатого лечения, сопутствующей патологии, тяжести состояния.

Использование современных методов обследования и лечения пациентов, организация преемственности с догоспитальным этапом, развитие стационарозамещающих технологий способствуют сокращению сроков стационарного лечения пациентов. Однако, если при сокращении длительности лечения, увеличивается повторная госпитализация в связи с осложнениями, то следует рассмотреть качество лечения и оценить своевременность выписки из стационара.

**Средняя длительность пребывания пациента на больничной койке:**

|  |
| --- |
| Число койко-дней, проведенных пациентами |
| Число пролеченных пациентов |

**Пролеченные пациенты** = выписанные + умершие

Средний период пребывания на больничной койке краткосрочного пребывания составляет менее 18 дней, на больничной койке долгосрочного пребывания (туберкулезные, психиатрические, реабилитационные) – 18 дней и более. Средний период пребывания на иных койках строго не регламентирован, ориентировочно составляет 11,1 дней.

**2.6. Оборот (функция) койки** по стационару и по отделениям – важнейший показатель при оценке рациональности использования коечного фонда. Он зависит от средней длительности пребывания больного на койке, времени простоя койки (или ее занятости). Показатель дает представление о количестве пациентов, пролеченных на одной койке за год.

**Оборот (функция) койки можно рассчитать двумя способами:**

|  |
| --- |
| Число пролеченных пациентов |
| Число среднегодовых коек в стационаре |

**или**

|  |
| --- |
| Среднегодовая занятость больничной койки |
| Средняя длительность пребывания пациента на больничной койке |

**3. Эффективность и качество медицинской помощи.**

**3.1.** **Состав (структура) пролеченных пациентов** по заболеваниям может существенно влиять на результаты деятельности стационара:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число пациентов, пролеченных с определенным заболеванием | × | 100 |
| Число всех пролеченных пациентов |

**3.2. Своевременность (до 24 часов) доставки пациентов для оказания экстренной (хирургической) медицинской помощи:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число пациентов, доставленных для оказания экстренной (хирургической) медицинской помощи до 24 часов от начала заболевания | × | 100 |
| Число пациентов, доставленных для оказания экстренной (хирургической) медицинской помощи |

Своевременная диагностика и своевременная госпитализация по профилю заболевания – правило «золотого часа». Существует прямая зависимость между сроками госпитализации и результатами лечения. При поздней госпитализации экстренного пациента порядок оказания ему медицинской помощи должен быть проанализирован на догоспитальном этапе.

Экстренная госпитализация пациента – важная информация руководителю амбулаторно-поликлинической организации для экспертной оценки был ли своевременно установлен диагноз (язва, грыжа, онкозаболевание), рассматривался ли вопрос планового лечения, в том числе хирургического, насколько адекватна была программа реабилитации и т.д.

Чем лучше организована плановая работа, тем меньше экстренных ситуаций. Чем меньше ургентных событий, тем больше вероятность благоприятного прогноза и хорошего результата лечения. Одновременно этот показатель важен и для оценки работы стационара – готовность к оказанию медицинской помощи при экстренных состояниях и контроль обоснованности плановой госпитализации.

**3.3. Удельный вес госпитализированных по направлениям скорой медицинской помощи, поликлиник, самостоятельных обращений:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число пациентов, направленных СМП (поликлиникой, самостоятельно обратившихся) | × | 100 |
| Число пациентов, поступивших в стационар |

Анализ самостоятельных обращений в стационар может предоставить много важной информации руководителю амбулаторно-поликлинической организации для оценки доступности и качества амбулаторной помощи пациентам, степени доверия участковому врачу, информированности пациентов о работе поликлиники.

В зависимости от результатов должны быть приняты оперативные меры реагирования. Для администрации стационара контроль показателя самостоятельных обращений также весьма актуален – именно в этой группе пациентов максимальное число непрофильных обращений и отказов в госпитализации, что в значительной степени дезорганизует работу приемного отделения.

**3.4. Отказы в госпитализации** могут составлять в структуре осмотренных в приемном отделении 10-20 %, в значительной степени они связаны с необоснованным направлением в стационар.

**Удельный вес отказов в госпитализации:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число пациентов, которым отказано в госпитализации | × | 100 |
| Число всех пациентов, обратившихся в приемное отделение больничной организации |

Анализ качества диагностики на догоспитальном этапе у этих пациентов необходим для выявления проблем в организации работы поликлиники или СМП. Администрация стационара должна предпринимать усилия для сведения к минимуму отказов в госпитализации с целью обеспечения структурированной работы приемного отделения. Способ достижения цели – дальнейшая отработка преемственности госпитального и догоспитального этапа.

**3.5. Показатель оперативной (хирургической) активности по стационару и отделениям:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число оперированных пациентов | × | 100 |
| Число пролеченных (выписанных и умерших) пациентов на койках хирургического профиля |

**3.6. Частота послеоперационных осложнений:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число операций, при которых наблюдались осложнения | × | 100 |
| Число проведенных операций |

**3.7. Структура оперативных вмешательств:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число операций по конкретному поводу | × | 100 |
| Число всех оперативных вмешательств |

**3.8. Больничная летальность** – один из основных показатель качества лечебно-диагностической работы стационара. Его рассчитывают для стационара в целом и для каждого отделения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число умерших пациентов | × | 100 |
| Число пролеченных пациентов (выписанных + умерших) |

Для проведения анализа показатель летальности необходимо рассчитывать по профилям коек, по отдельным нозологическим формам, сравнивать показатели в динамике в течение ряда лет.

Следует учитывать, что летальность зависит не только от качества медицинской помощи в стационаре, имеют существенное значение своевременность госпитализации, качество оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе, сроки обращения пациента за медицинской помощью, тяжесть заболевания.

**3.9. Послеоперационная летальность:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число пациентов, умерших после операции | × | 100 |
| Число оперированных пациентов |

**3.10. Больничная летальность от острого инфаркта миокарда:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число пациентов, умерших от острого инфаркта миокарда | × | 100 |
| Число пролеченных пациентов (выписанных и умерших) с диагнозом острый инфаркт миокарда |

**3.11. Больничная летальность от острой пневмонии:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число пациентов, умерших от острой пневмонии | × | 100 |
| Число пролеченных пациентов (выписанных и умерших) с диагнозом острая пневмония |

**3.12. Досуточная летальность:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число пациентов, умерших в первые 24 часа после поступления в стационар | × | 100 |
| Число всех поступивших пациентов |

Досуточная летальность в значительной степени связана со своевременностью диагностики, сроками начала адекватных лечебных мероприятий. В каждом случае досуточной летальности необходимо проанализировать оказание медицинской помощи на всех этапах, установить причины недостатков, организовать комплекс мероприятий по их устранению и недопущению.

**3.13. Удельный вес патологоанатомических вскрытий:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число патологоанатомических вскрытий умерших | × | 100 |
| Число всех умерших пациентов |

**3.14. Удельный вес расхождений патологоанатомических и клинических диагнозов** – один из важнейших показателей качества диагностики в стационаре:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число случаев расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов по 1-3 категориям | × | 100 |
| Число патологоанатомических исследований (вскрытий) умерших |

**Пролеченные пациенты** – сумма выписанных и умерших.

Переведенные пациенты не учитываются при расчете показателей на основании того, что случай заболевания является незаконченным.

ТИПОВОЕ ЗАДАНИЕ ПО РАСЧЕТУ И АНАЛИЗУ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ДЕЯТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНИЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ N РЕГИОНА

1. На основании приведенных ниже исходных данных типового задания рассчитайте показатели деятельности больничной организации здравоохранения для расчетного года.
2. Проведите сравнительный анализ показателей расчетного года с показателями базисного года или нормативами, приведенными в типовом задании.
3. Сделайте выводы и разработайте практические предложения по улучшению показателей деятельности организации здравоохранения, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях.

Исходные данные представлены в таблице:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отделение | Число коек | Поступило  пациентов | Выписано | Про-лечен-ных | Умерло | Проведено  койко-дней |
| Хирургическое | 55 | 2638 | 2542 |  | 17 | 18073 |
| ЛОР | 50 | 1980 | 1955 |  | 1 | 16329 |
| Травматологическое | 65 | 1881 | 1873 |  | 2 | 19652 |
| Гнойной хирургии | 40 | 1250 | 1210 |  | 26 | 13529 |
| Терапевтическое | 50 | 5017 | 4894 |  | 16 | 17084 |
| Неврологическое | 60 | 2249 | 1875 |  | 315 | 19590 |
| Проктологическое | 55 | 2768 | 2655 |  | 8 | 17761 |
| **Всего** | **375** | **17783** | **17004** |  | **385** | **122018** |

Дополнительные исходные данные.

1. Средняя (среднегодовая) численность населения обслуживаемой территории – 42000.
2. Плановое число койко-дней (число сметных коек × число дней работы койки по плану = 375 х 340 = 127500) – 127500.
3. Число занятых должностей врачей – 23.
4. Число штатных должностей врачей – 25.
5. Число случаев госпитализации с диагнозом «острый бронхит» – 256.
6. Число пациентов, госпитализированных и пролеченных с диагнозом «острый бронхит» – 218.
7. Число хирургических операций – 7443.
8. Умерло оперированных пациентов – 96.
9. Количество осложнений после операции – 14.
10. Оперировано пациентов – 6508.
11. Число умерших от острого инфаркта миокарда (ОИМ) – 3, пролеченных с данным диагнозом – 93.
12. Число умерших от острой пневмонии – 2, пролеченных с данным диагнозом – 203.
13. Умерло в первые сутки пребывания в стационаре – 45.
14. Количество вскрытий умерших – 293.
15. Количество расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов по 1-3 категориям – 18.

**ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Методика расчета**

1. **Обеспеченность населения больничными койками** – 89,3 койки на 10 тысяч населения (норматив – 90 коек на 10 тысяч населения):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число сметных больничных коек (375) | × | 10000 | = | 89,3 койки |
| Среднегодовая численность обслуживаемого населения (42000) |

2. **Уровень госпитализации** – 42,3 % (в базисном году – 36 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число госпитализированных пациентов (17783) | × | 100 | = | 42,3 % |
| Среднегодовая численность населения (42000) |

3. **Структура коечного фонда по профилям** (14,7 % хирургических коек в структуре стационара):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число больничных коек данного профиля (55 коек хирургического профиля) | × | 100 | = | 14,7 % |
| Общее число больничных коек (375) |

***Структура коек по другим профилям***:

Удельный вес ЛОР коек – 13,3 %;

Удельный вес травматологических коек – 17,3 %;

Удельный вес коек гнойной хирургии – 10,7 %;

Удельный вес терапевтических коек – 13,3 %;

Удельный вес неврологических коек – 16,0 %;

Удельный вес проктологических коек – 14,7 %.

4. **Использование пропускной способности** – 95,7 % (в базисном году – 92,4 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число фактически проведенных пациентами койко-дней за год (122018) | × | 100 | = | 95,7 % |
| Плановое число койко-дней (127500) |

5. **Укомплектованность** стационара кадрами (врачами лечебных отделений) – 92 % (базисный год – 100 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число занятых врачебных должностей (23) | × | 100 | = | 92 % |
| Число штатных врачебных должностей (25) |

6. **Показатель нагрузки** – 16,3 койки на 1 врача в стационаре (норматив, в среднем – 20 коек):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число коек в стационаре (отделении) (375) | = | 16,3 койки |
| Число занятых врачебных должностей в стационаре (отделении) (23) |

7. **Среднее число дней занятости койки** в году – 325,4 дня (в среднем плановое число дней работы койки в году – 340 дней):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число койко-дней, фактически проведенных пациентами в стационаре (122018) | = | 325,4 дня |
| Число среднегодовых коек в стационаре (375) |

8. **Оборот (функция) койки** по стационару в целом – 46 пациентов (в базисном году – 30 пациентов):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число пролеченных пациентов (17389) | = | 46 пациентов |
| Число среднегодовых коек в стационаре (375) |

9. **Средняя длительность** пребывания пациентов на койке – 7 дней (в базисном году – 8,9 дня):

Число пролеченных по стационару в целом (выписанные + умершие) = 17004 + 385 = 17389 пациентов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число проведенных пациентами койко-дней (122018) | = | 7 дней |
| Число пролеченных пациентов (17389) |

10. **Повторность госпитализации** (на примере пациентов с диагнозом «Острый бронхит») – 1,2 (в базисном году – 0,8):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Число случаев госпитализации по поводу острого бронхита (256) | = | 1,2 |
| Число пациентов госпитализированных с данным заболеванием (218) |

11. **Структура пролеченных пациентов** по заболеваниям (на примере пациентов с диагнозом «Острый бронхит») – 1,25 % составляют пациенты с диагнозом «Острый бронхит» (базисный год – 1,5%):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число пациентов, пролеченных в стационаре с диагнозом «Острый бронхит» (218) | х | 100 | = | 1,25 % |
| Число пролеченных пациентов в стационаре (17389) |

12. Показатель **хирургической активности** – 63,3 % (в базисном году – 58 %):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Число оперированных пациентов (6508) | × | 100 = | 63,3 % |
| Число пролеченных пациентов на койках хирургического профиля (10289) |

13. **Больничная летальность** по стационару – 2,19 % (в базисном году – 2,85 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число умерших пациентов (385) | × | 100 | = | 2,2 % |
| Число пролеченных пациентов (17389) |

***Больничная летальность по отделениям***:

Больничная летальность в хирургическом отделении – 0,65 %;

Больничная летальность вЛОР отделении – 0,05 %;

Больничная летальность втравматологическом отделении – 0,11 %;

Больничная летальность вотделениигнойной хирургии – 2,09 %;

Больничная летальность втерапевтическом отделении – 0,32 %;

Больничная летальность вневрологическом отделении – 14,19 %;

Больничная летальность впроктологическом отделении – 0,29 %.

14. **Послеоперационная летальность** – 1,48 % (в базисном году – 1,52 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число пациентов, умерших после операции (96) | × | 100 | = | 1,48 % |
| Число оперированных пациентов (6508) |

15. **Больничная летальность от острого инфаркта миокарда** – 3,2 % (в базисном году – 3,8 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число пациентов, умерших от острого инфаркта миокарда (3) | × | 100 | = | 3,2 % |
| Число пролеченных пациентов с диагнозом острый инфаркт миокарда (93) |

16. **Больничная летальность** **от острой пневмонии** – 1,0 % (базисный год – 1,6 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число пациентов, умерших от острой пневмонии (2) | × | 100 | = | 1,0 % |
| Число пролеченных пациентов с диагнозом острая пневмония (203) |

17. **Частота послеоперационных осложнений** – 0,2 % (базисный – 0,1 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число послеоперационных осложнений (14) | × | 100 | = | 0,2 % |
| Число оперативных вмешательств (7443) |

18. **Досуточная летальность** – 0,26 % (в базисном году – 0,29 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Число пациентов, умерших в первые сутки  (24 часа) пребывания в стационаре (45) | × | 100 | = | 0,25 % |
| Число поступивших пациентов (17783) |

19. **Удельный вес несовпадений** патологоанатомических и клинических диагнозов – 6,1 % (в базисном году – 7,4 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов по 1-3 категориям (18) | × | 100 | = | 6,1 % |
| Количество вскрытий (293) |

20. **Удельный вес патологоанатомических вскрытий** – 76,1 % (в базисном году – 60,3 %):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Количество вскрытий (293) | × | 100 | = | 76,1 % |
| Количество умерших пациентов (385) |

Отдельные рассчитанные показатели заносятся в итоговую таблицу:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отделение | Число коек  (структура) | Поступило  пациентов | Выпи-сано | Число проле-ченных | Умерло  (леталь-ность) | Прове-дено койко-дней |
| Хирургическое | 55 (14,7%) | 2638 | 2542 | 2559 | 17 (0,65%) | 18073 |
| ЛОР | 50 (13,3%) | 1980 | 1955 | 1956 | 1 (0,05%) | 16329 |
| Травматологическое | 65 (17,3%) | 1881 | 1873 | 1875 | 2 (0,11%) | 19652 |
| Гнойной хирургии | 40 (10,7%) | 1250 | 1210 | 1236 | 26 (2,09%) | 13529 |
| Терапевтическое | 50 (13,3%) | 5017 | 4894 | 4910 | 16 (0,32%) | 17084 |
| Неврологическое | 60 (16,0%) | 2249 | 1875 | 2190 | 315 (14,19%) | 19590 |
| Проктологическое | 55 (14,7%) | 2768 | 2655 | 2663 | 8 (0,29%) | 17761 |
| **Всего** | **375 (100%)** | **17783** | **17004** | **17389** | **385 (2,19%)** | **122018** |

**Выводы:**

1. Обеспеченность населения территории обслуживания койками удовлетворительная – 89,3 койки на 10 тысяч населения (норматив – 90 коек на 10 тысяч населения). Уровень госпитализации (42,3 %) – довольно высокий.

Использование коечного фонда недостаточно рациональное:

* пропускная способность составила 95,7%;
* занятость койки низкая (325,4 дня вместо 340 дней);
* высокий показатель оборота койки (46 пациентов);
* укомплектованность врачебными кадрами неполная (92 %), при этом нагрузка на врача недостаточная (16,3 койки). Это произошло на фоне снижения средней длительности лечения (с 8,9 до 7 дней).

1. Высокое качество оказания медицинской помощи подтверждается снижением уровня больничной летальности (с 2,85 % до 2,19 %), в том числе от острого инфаркта миокарда (с 3,8 % до 3,2 %), от острой пневмонии (с 1,6 % до 1,0 %), послеоперационной летальности (с 1,52 % до 1,48 %), досуточной летальности (с 0,29 % до 0,26 %), ростом хирургической активности (с 58 % до 63,3 %). Свидетельством качественной диагностики также служит снижение удельного веса несовпадений клинических и патологоанатомических диагнозов (с 7,4 % до 6,1 %) при увеличении удельного веса вскрытий (с 60,3 % до 76,1 %). В структуре летальности наибольший удельный вес приходится на неврологический профиль (14,19 %).
2. При этом прослеживаются отрицательные тенденции по ряду показателей: рост послеоперационных осложнений (с 0,1 % до 0,2 %) и повторной госпитализации (с 0,8 до 1,2).

**Предложения:**

С целью дальнейшего повышения качества оказания медицинской помощи необходимо обеспечить рациональное использование коечного фонда: недопущение необоснованного снижения средней длительности лечения будет способствовать снижению числа осложнений и случаев повторной госпитализации.